



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SÉRGIO AROUCA
ENSP

“O Papel do Preceptor na Formação de Médicos Residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino”

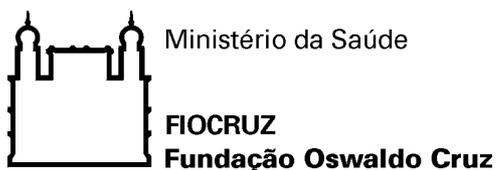
por

Sérgio Henrique de Oliveira Botti

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Sergio Tavares de Almeida Rego

Rio de Janeiro, março de 2009.



Esta tese, intitulada

“O Papel do Preceptor na Formação de Médicos Residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino”

apresentada por

Sérgio Henrique de Oliveira Botti

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Lilian Koifman

Prof.^a Dr.^a Maria Teresa Bustamante Teixeira

Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Lobato Tavares

Prof.^a Dr.^a Maria Helena Machado

Prof. Dr. Sergio Tavares de Almeida Rego – Orientador

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

B751 Botti, Sérgio Henrique de Oliveira
O Papel do Preceptor na Formação de Médicos Residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino. / Sérgio Henrique de Oliveira Botti. Rio de Janeiro : s.n., 2009.

v, 104 f., graf.

Orientador: Rego, Sergio Tavares de Almeida
Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009

1. Internato e Residência. 2. Educação Médica. 3. Tutoria.
4. Papel Profissional. I. Título.

CDD - 22.ed. – 610.7

RESUMO

Neste trabalho analisa-se o papel do preceptor na residência médica e sua visão sobre o processo de ensino-aprendizagem. Apresenta-se uma revisão bibliográfica sobre a evolução histórica da residência, o conceito de preceptor, as questões pedagógicas e os fundamentos da formação moral relacionados. Analisam-se as percepções dos preceptores dos programas de residência em especialidades clínicas de um hospital de ensino. Através de uma pesquisa descritiva, utiliza-se a técnica de entrevista não diretiva, com o intuito de estudar o fenômeno a partir da fala de 16 desses preceptores. Utiliza-se a análise de conteúdo, tecendo uma relação com as referências da literatura. O envolvimento nas atividades diárias mostrou-se a base do processo de ensino-aprendizagem, desenvolvendo-se atributos técnicos e relacionais. O estudo teórico, as discussões de casos e as reuniões científicas estimulam a capacidade de raciocínio. Apesar da força tradicional da transmissão de conhecimentos, valorizam-se a atitude ativa e a participação do residente. O preceptor assume vários papéis. Encontram-se referências a orientador, tutor, supervisor e mentor. Ele planeja, controla, guia; estimula o raciocínio e a postura ativa; analisa o desempenho; aconselha e cuida do crescimento profissional e pessoal; observa e avalia o residente executando suas atividades; atua na formação moral. Grande é a importância do preceptor como educador, oferecendo, ao aprendiz, ambientes que lhe permitam construir e reconstruir conhecimentos. O preceptor ensina, realizando procedimentos técnicos e moderando a discussão de casos. Assume papel do docente-clínico, um profissional que domina a prática clínica e os aspectos educacionais relacionados a ela, transformando-a em ambiente e momento educacionais propícios. O residente aprende de diversas formas e a residência, além do ensino de um corpo de conhecimentos e de habilidades, compreende também a aquisição de atributos relacionais, posturas e atitudes que definem o profissionalismo médico. A residência deve ser um momento da formação que abarca o desenvolvimento de atributos técnicos e relacionais, no qual preceptor e residente façam, de sua ação diária como médicos, educador e aprendiz, um processo educacional. Nesse sentido, tanto residente como preceptor devem, no relacionamento diário com os pacientes, preocupar-se com a formação técnica e ética para atingirem a qualidade profissional em plenitude.

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

ABSTRACT

This study tries to comprehend the preceptor's view upon medical residence and upon their role in the teaching-learning process. It starts from a panorama covering the historical evolution of medical residence, the building of the concept of a preceptor, the pedagogical issues and the related basis of moral construction. Based on these matters, the preceptor's perceptions of the residence program on medical specialties in a teaching hospital have been analyzed. A descriptive research was carried out, using the nondirected interviews technique in order to study the phenomenon from the saying of 16 of these preceptors. By using content analysis, a connection between literary references and data has been made. The involvement in daily practical activities proved to be the basis of the learning-teaching process, looking up the development of technical and relational features. The theoretical study, the discussion of cases and scientific meetings are stimuli to the ability of reasoning. Despite the traditional strength of knowledge transmissions, the active attitude and the truly participation of the resident are of great value. The preceptor plays different roles. References to guide, mentor, supervisor and tutor were found. He plans, controls, guides; stimulates active thinking and attitude; analyzes performance; advise and takes care of the professional and personal improvement; observes and assess the resident while doing their duties; takes part in their moral construction.. It is noticeable the importance of the preceptor as an educator who creates the atmosphere where the learner is allowed to build and re-build knowledge. The preceptor teaches by performing technical procedures and moderating discussions of cases. They take the role of a clinical teacher, a professional who dominates the clinical practice and also the educational aspects related to it, transforming this moment into a propitious one of learning. The resident learns from various forms and the residence, beyond the teaching of a body of knowledge and skills must also enhance the acquisition of relational attributes, postures and attitudes which define the medical professionalism. The residence may and must be the medical teaching moment that the development of technical and relational features are covered and in which preceptor and resident make their daily duties as doctors an educational process as teacher and pupil. Accordingly, in their daily relationship with patients, both resident and preceptor have to be concerned about technical and ethics training to achieve professional quality in full.

Key words: Internship and Residency; Preceptorship; Education, Medical; Professional Role.

SUMÁRIO

Introdução	6
I - Histórico da Residência Médica	10
II - O Preceptor.....	19
III - O Processo Ensino-aprendizagem na Residência Médica.....	35
IV - A Formação Moral.....	50
V – Metodologia.....	55
VI - Resultados e Discussão.....	63
VII- Considerações Finais.....	85
Referências.....	88
Anexos.....	102

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 : Principais diferenças entre preceptor, supervisor, tutor e mentor.....	34
Figura 1: Distribuição dos preceptores entrevistados, segundo idade.....	58
Figura 2: Distribuição dos preceptores entrevistados, segundo o sexo.....	58
Figura 3: Distribuição dos preceptores entrevistados, segundo tempo de preceptoria....	59
Figura 4: Distribuição dos preceptores entrevistados, segundo titulação.....	60

INTRODUÇÃO

A residência médica é considerada o padrão-ouro dos cursos de especialização na área pelo Ministério da Educação¹. Em geral, considera-se que o principal objetivo da residência é o aperfeiçoamento da competência profissional adquirida na graduação. Esse aperfeiçoamento consiste no treinamento em alguma especialidade médica; na aquisição progressiva de responsabilidade pelos atos médicos; no desenvolvimento da capacidade de iniciativa, de julgamento e de avaliação; na internalização de preceitos e normas éticas; e no desenvolvimento de espírito crítico^{1,2,3}.

Na busca do equilíbrio entre a formação científica oferecida pelas faculdades e uma formação que desenvolva competências indispensáveis para a atividade médica, é necessário experimentar formas conjuntas de atuação entre dois setores historicamente isolados: a educação e a saúde. A própria Constituição Federal incentiva esse diálogo, quando diz que a universidade tem total autonomia didática e, ao mesmo tempo, que cabe ao sistema de saúde ordenar a formação de recursos humanos em nosso país⁴. Nesse processo de busca, e com a própria evolução da residência médica no decorrer dos anos, essa modalidade de pós-graduação se consolidou como a melhor forma de capacitação profissional para o médico⁵. A residência deve, então, ser analisada sob vários enfoques, que abarquem seus múltiplos fatores e, principalmente, suas duas dimensões: de ensino e prestação de serviço⁶.

Discutem-se, intensamente, modos de transformação da organização dos serviços e das práticas de saúde atrelados a processos formativos e práticas pedagógicas que, conjuntamente, desenvolvam e sedimentem os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Acreditamos que estudar a residência assume, então, importância estratégica nesse movimento de mudança da formação médica, no sentido de se alcançarem novos modos de cuidar da saúde da população.

Dentre os vários fatores que compreende a residência médica, o papel do preceptor é um dos que deve ser considerado. Na história da educação médica, podemos sempre notar a figura de um profissional mais experiente, que auxilia na formação profissional. Focalizando, então, a discussão nesse profissional mais experiente, que aqui chamamos de preceptor, questionamos: qual o papel do preceptor na formação do médico residente? Como o preceptor vê o processo de formação profissional do residente e a sua própria ação nesse processo?

Logo que terminei minha graduação, ingressei na residência médica. Comecei a perceber, então, como essa etapa essencial para a formação profissional era pouco incluída no debate sobre educação médica no Brasil. A ação do preceptor nesse processo, então, era quase completamente negligenciada. Esse aspecto me incomodou e incomoda tanto, que achei necessário estudar sobre o tema. Estudar a residência médica a partir da visão do preceptor. Percebemos que o estudo criterioso e sistemático da formação profissional é um dos principais caminhos para entendermos melhor a situação atual da residência médica e analisar os meios e estratégias que podem ser estabelecidos para estimular e promover mudanças^{7, 8, 9}.

Analisamos, neste trabalho, a percepção do preceptor sobre o seu papel nos programas de residência de especialidades clínicas de um hospital de ensino. No primeiro capítulo, no sentido de compreender a constituição dessa modalidade de pós-graduação como um curso de excelência, tecemos um histórico da residência médica. Buscamos seus primórdios no ensino médico americano, seu surgimento na Universidade John's Hopkins, a sua introdução no Brasil e seu desenvolvimento em nosso país.

No segundo capítulo, estudamos o papel do profissional mais experiente, que auxilia na formação médica durante a residência. Discutimos o conceito de preceptor, tutor, supervisor e mentor, denominações utilizadas pela comunidade científica nacional e internacional para designar essa função. A partir da análise do conceito que cada uma dessas denominações expressa, pretendemos construir uma melhor fundamentação das regulamentações e das práticas de ensino-aprendizagem da residência médica.

No terceiro capítulo, buscamos compreender como acontece esse processo de ensino-aprendizagem durante a residência, o conteúdo da formação, como os residentes aprendem e o que eles aprendem. Descrevemos as relações da ciência da aprendizagem com o ensino médico, analisando essa interface e mostrando os pressupostos da aprendizagem importantes no desenvolvimento do raciocínio clínico, no ensino de habilidades e na aquisição de competências indispensáveis para a formação do residente.

No quarto capítulo, apresentamos os aspectos relacionados à formação moral do residente, tão importantes quanto àqueles relacionados à sua formação técnica. Pontuamos os pressupostos que podem orientar essa formação moral, discutimos o processo de socialização profissional dos médicos e as conjecturas em torno do ensino da ética durante a residência.

No quinto capítulo, descrevemos a metodologia de nosso estudo, que se desenhou como uma pesquisa descritiva. Nosso objetivo foi analisar o processo de ensino-aprendizagem na residência médica em especialidades clínicas de um hospital de ensino, através da percepção dos preceptores sobre o seu papel na formação dos residentes. Buscamos, ainda, identificar qual a compreensão dos preceptores sobre o que é aprender e o que é ensinar durante a residência e descrever a importância dada, por eles, a seu papel na formação da identidade profissional dos residentes. Entrevistamos, então, 16 preceptores, utilizando a técnica da entrevista não-diretiva. E, para compreender melhor as entrevistas, utilizamos a análise de conteúdo de Bardin.

No sexto capítulo, apresentamos os resultados e nossa discussão a partir de duas categorias encontradas na análise do material de pesquisa: o processo de ensino-aprendizagem na residência médica e o papel do preceptor nesse processo. Com relação à primeira categoria, pontuamos que o envolvimento nas atividades da prática diária é a base da aprendizagem dos residentes, buscando-se o desenvolvimento de atributos técnicos e relacionais. Notamos a preocupação com o estudo teórico, com as discussões de casos e com as reuniões científicas, estimulando-se o aprimoramento da capacidade de raciocínio. Almeja-se um aprendizado que contemple a coordenação de conhecimentos analíticos e experimentais, num processo progressivo de aquisição de responsabilidades pelo residente. Apesar da preocupação tradicional com a transmissão de conhecimentos, pudemos perceber também a valorização da atitude ativa e da verdadeira participação do residente em sua formação. E, ainda, certos de que um residente deve desenvolver atributos pessoais e relacionais para ser um bom profissional, percebemos uma preocupação com a formação moral durante a residência.

Discutindo o papel do preceptor, encontramos de início referências às múltiplas denominações dessa função: orientador, tutor, supervisor e mentor. Percebemos, contudo, a grande importância concedida ao preceptor como um educador, no sentido de oferecer ao aprendiz ambientes que lhe permitam construir e reconstruir conhecimentos, trilhando um caminho para formar pessoas ativas na sociedade. O preceptor ensina realizando procedimentos técnicos, moderando a discussão de casos e contribuindo para a formação moral do residente. Assume, então, o papel do docente-clínico, um profissional que domina a prática clínica e os aspectos educacionais relacionados a ela, conseguindo fazer dessa sua própria prática um ambiente e um momento propícios para a formação do residente.

Concluimos que o residente aprende de diversas formas e que a formação médica, além do ensino de um corpo de conhecimentos e de um conjunto de

habilidades, deve compreender também a aquisição de atributos relacionais, posturas e atitudes que definem o profissionalismo médico. Concluimos, ainda, que o preceptor assume vários papéis nesse processo de formação. Algumas vezes, mostra o caminho, serve como guia. Outras, estimula o raciocínio e a postura ativa do residente. Muitas vezes planeja, controla o processo de aprendizagem e analisa o desempenho. Mas também aconselha, usando de sua experiência, cuidando do crescimento profissional e pessoal do jovem médico. Outra função do preceptor é observar e avaliar o residente executando suas atividades. Essa postura permite oferecer *feedback* adequado ao neófito, além de levar em consideração a detecção de possíveis erros nas condutas com os pacientes. O preceptor tem também ação na formação moral do residente, explicitando e oferecendo valores que humanizam as relações e esperando que os residentes façam opção por eles.

Percebemos, acima de tudo, que a residência pode e deve ser um momento do ensino médico que abarque o desenvolvimento de atributos técnicos e relacionais, no qual preceptor e residente façam de sua ação diária como médicos, educador e aprendiz, um processo educacional. Nesse sentido, tanto residente como preceptor devem, no relacionamento diário com os pacientes, preocupar-se com a formação técnica e ética para atingirem a qualidade profissional em plenitude.

A residência médica é uma forma de pós-graduação considerada de excelência⁵. A fim de compreender como ela se constituiu ao longo do tempo, é importante, pois, determo-nos em alguns aspectos históricos. É impossível descrever o surgimento da residência, sem nos remeter ao caminho percorrido pela educação médica nos Estados Unidos. Partimos, então, da história do ensino médico americano, passando pela criação dos primeiros programas de residência médica, chegando à implantação dessa modalidade de formação no Brasil e descrevendo sua evolução até os dias atuais.

O ensino médico nos Estados Unidos

No território americano do século XVIII, o aprendizado e treinamento médicos eram feitos pelos mais jovens estagiando com outros médicos mais experientes, sendo a educação formal em escolas médicas apenas um suplemento desse treinamento. Com o crescimento do papel e do número das escolas médicas, alavancadas pelos interesses corporativos, estabeleceu-se o curso regular de medicina. A maioria dessas escolas localizavam-se em áreas rurais do oeste americano, não contavam com laboratórios e poucas tinham bibliotecas. O aprendizado clínico em hospitais existia apenas nas escolas urbanas. Uma faculdade de medicina do século XIX tinha de cinco a sete professores não-assalariados, que recebiam diretamente dos estudantes pelas aulas e por tutorias privadas, e indiretamente pelo prestígio na prática privada. O ano letivo durava três a quatro meses (geralmente, do final de novembro a início de março), e o curso era de dois anos, com o mesmo conteúdo em cada ano. Em 1850, foi considerada uma grande reforma haver conteúdos diferentes nos dois anos do curso¹⁰.

Originalmente, as escolas médicas ofereciam tanto bacharelado (duração de um ano) quanto doutorado (dois anos) em medicina. Mas a maioria dos bacharéis não voltavam para completar os dois anos, uma vez que qualquer certificado dava a eles o status de graduado e de médico competente. Então, em 1789, a escola médica de Filadélfia, considerada a escola padrão da época, aboliu o bacharelado e normatizou que, para ser médico graduado (Doctor of Medicine: MD), era necessário conhecimento de latim e filosofia natural e experimental, três anos de tutela como aprendiz, frequentar dois períodos de leituras, ser aprovado nos exames e apresentar uma tese. Necessitava ainda o estudante ter 21 anos de idade, no mínimo, para se graduar. Mas essas regras não eram seguidas rigidamente¹⁰.

No final do século XVIII e início do século XIX, as escolas de ensino superior estavam como que excluídas dos meios intelectuais, sem originalidade de pensamentos e com pouca pesquisa. Além disso, pagavam muito mal aos professores. Após a Guerra Civil (1861-1865), dinheiro, liderança e idéias apareceram simultaneamente: a economia melhorou e apareceram alguns homens com boas idéias relativas à educação. Todo esse panorama fez com que a reforma na educação médica começasse em 1870, conjuntamente com o surgimento das universidades americanas¹¹.

Na maioria das instituições, uma geração antiga de educadores, no comando desde as décadas de 1820 e 1830, acreditava que a educação era um assunto de caráter mental e moral, que exigia um currículo clássico, restrito, no qual a linguagem e a ciência modernas não tinham muito espaço. Contrapondo-se a essa mentalidade, insurgiu-se uma nova geração, segundo a qual a educação superior deveria ter valor prático, para preparar os alunos para o mundo real. A educação superior deveria satisfazer as necessidades de uma economia em expansão, o que significou ênfase nas habilidades dos professores, na pesquisa e no desenvolvimento do conhecimento científico. Foi uma reforma que tomou como modelo as universidades alemãs e colocou as americanas em pé de igualdade com as grandes escolas européias¹⁰.

Mas as deficiências continuaram por décadas: estudantes admitidos sem pré-requisitos mínimos, seguindo o curso da maneira que desejavam, com um programa de dois anos sem seqüência regular e com ausência de laboratórios das ciências básicas. As leituras didáticas eram o principal meio de instrução. Esperava-se que os estudantes aprendessem a arte da medicina como aprendizes, mas não havia qualquer controle dos respectivos preceptores pela escola, permitindo-se, assim, que estes pudessem ser completamente inadequados. Para ser graduado, era necessário apenas que os estudantes fossem aprovados na maioria de seus exames, sem nenhuma preocupação com a formação profissional. Charles Eliot chegou a dizer, segundo Starr¹⁰, que “a ignorância e incompetência geral da média dos graduados em medicina nos Estados Unidos, que os torna perdidos na comunidade, é algo horrível”.

O mesmo Eliot começou as reformas em Harvard em 1869, seguido pela Universidade de Pensilvânia em 1870. Em 1890, as escolas de medicina mais avançadas formaram uma associação nacional, instituindo padrões mínimos (hoje a Associação das Escolas Médicas Americanas - AAMC). Em 1893, a Universidade Johns Hopkins abriu sua escola médica, com um programa de quatro anos de duração, a qual exigia, como pré-requisito, que todos os alunos admitidos fossem já diplomados em algum curso superior. Instituiu-se um modelo de ensino médico de graduação, baseado nas ciências

básicas e na medicina hospitalar, na instrução clínica e na pesquisa científica, que iria influenciar todas as escolas do país. Nos dois primeiros anos, estudavam as ciências básicas de laboratório; e, nos dois últimos, ficavam nas enfermarias, responsáveis por poucos pacientes, sob o “olhar atento” dos professores (período chamado de internato). Foi então que, na mesma Johns Hopkins, foi usado pela primeira vez o termo residência, para designar um treinamento especializado avançado, seguindo o período de internato¹⁰. Nesse período de treinamento, os estudantes assumiriam responsabilidades progressivas no cuidado dos pacientes, mas continuariam sob supervisão de *staffs* do hospital e da faculdade. Para a corporação médica, uma boa formação exigia o contato clínico com pacientes, o que “conspirava” para a necessidade de um treinamento de pós-graduandos que permitisse progressiva autonomia no cuidado à saúde¹¹.

O surgimento da Residência Médica

Em 1889, no Departamento de Cirurgia da Universidade John’s Hopkins, William Halsted criou o primeiro programa regular de residência médica, embora já existisse previamente um tipo de treinamento semelhante tanto na Europa quanto nos Estados Unidos. O programa criado por Halsted era baseado na responsabilidade progressiva do médico recém-graduado nos cuidados com os pacientes, representando um marco histórico na especialização médica em geral¹². Halsted foi notável na história da medicina, com numerosas conquistas e tragédias em sua vida pessoal, que pode ser considerada uma síntese das muitas características encontradas nos médicos dos dias de hoje, entre elas: a imensa capacidade de trabalho, decisões ousadas (algumas trágicas) e dependência de drogas². Em 1890, William Osler, médico de Halsted, implantara também sistema semelhante para a Clínica Médica da mesma Universidade John’s Hopkins. Ao perceber a melhoria técnica do médico após o treinamento, houve uma difusão do sistema pelo território americano e um crescimento do interesse de hospitais bem qualificados pelos ex-residentes, para assumirem papel no seu quadro clínico, em postos de chefia e de ensino¹².

Em 1906, surgiu a iniciativa de inspecionar e classificar as escolas médicas americanas, através do “Council on Medical Education”. Essa classificação não foi publicada e causou certa confusão no ensino médico, o que fez com que o referido conselho procurasse a “Carnegie Foundation” para melhor assistência nesse assunto. Teve início, então, uma pesquisa envolvendo as escolas médicas americanas e canadenses, conduzida por Abraham Flexner e Colwel¹¹. Em 1910, a “Americam

Medical Association”, baseada no Relatório Flexner¹³, publicou um documento para a padronização das escolas médicas, que começaram a ministrar um curso com quatro anos de duração, sendo os dois primeiros anos de estudo das ciências básicas; o terceiro, de teoria clínica; e o último, de prática em enfermaria. O recém-graduado passaria, então, por um determinado tempo de internato para treinamento em uma especialidade, com a função de extensão e suplementação da graduação. Influenciada por todos esses acontecimentos e para dar caráter mais formal a esse tipo de internato/especialização, a Associação Médica Americana percebeu a seriedade e eficiência desse treinamento e, em 1927, foram credenciados os primeiros programas denominados **residência médica** (início do uso desse termo). Esse movimento tornou-se mais forte até que, em 1933, a residência médica tornou-se obrigatória para o exercício da profissão em território americano^{2, 11, 12}.

Esse movimento de crescente importância da residência médica tem origem no poder e na força da medicina. No século XVIII e em boa parte do século XIX, os aprendizes estudavam a arte da medicina no consultório do preceptor e nas casas dos pacientes. Com a especialização, que representou a divisão do trabalho médico, abriram-se muitas frentes de trabalho para esses profissionais. Postos estes tão variados, que precisavam ser exercidos num mesmo local para manter a força da corporação, o hospital. Então, os internos e residentes em treinamento deveriam ficar o tempo todo nas enfermarias do hospital de ensino para assim aprender a profissão. Mas, mesmo com a divisão do trabalho, os médicos mantiveram a integridade da sua arte e não perderam o seu controle, diferentemente do que aconteceu com outras profissões. E, como queriam utilizar o hospital sem se tornarem empregados dos diretores, gerentes ou gestores, precisavam de assistentes suficientemente competentes, que pudessem trabalhar no hospital, mas que não ameaçassem a sua autoridade profissional. Então, entre outras ações, contaram com internos e residentes em treinamento, o que fez crescer a importância desse segmento de pessoas que não desafiava a autoridade ou posição econômica do médico e ainda oferecia sua força de trabalho como mão-de-obra no hospital¹⁰.

Após a Segunda Guerra Mundial, houve uma valorização acentuada do título de especialista, influenciada pelos avanços científicos das pesquisas de guerra. A ciência moderna trazia uma grande carga de informações, o que levava à especialização. Durante a guerra, os especialistas ocuparam lugar de destaque nas convocações militares. Os estudantes, na escola médica, assim como os médicos jovens, nas Forças Armadas, começaram a perceber o desdém com que eram tratados os médicos

generalistas. Logo depois, nenhum médico poderia ser especialista sem o referido certificado. Houve, então, uma corrida dos profissionais que não dispunham de certificados de especialistas aos centros de treinamento. Esses hospitais, além de receberem incentivos por oferecer treinamento aos especialistas, contavam com os internos e residentes como mão-de-obra de baixo custo. Com esse “*staff da casa*” as frentes de trabalho poderiam se multiplicar no hospital, incluindo a cobertura de plantões noturnos e de final de semana. A procura dos hospitais por *staff* começou, então, a ser maior que a oferta. Em 1957, existiam 12000 vagas para internos, enquanto as escolas médicas americanas graduavam apenas 7000 por ano. Como consequência, abriu-se a porta para treinamento de médicos estrangeiros¹⁰.

A Residência Médica no Brasil

No Brasil, houve uma reestruturação geral do ensino médico, que resultou na implantação dos programas de residência quase simultaneamente no Rio de Janeiro e em São Paulo⁵. O primeiro programa oficial de residência médica aconteceu no Departamento de Ortopedia da Universidade de São Paulo (USP), em 1944, seguido por um programa de residência no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, em 1948. Nesse hospital, médicos que fizeram estágio no exterior trouxeram o modelo dos hospitais americanos e criaram a primeira turma de residência médica, com oito residentes nas áreas básicas¹⁴. Nos seus primeiros dez anos de existência, a residência era um caminho de exceção e não era considerada como necessária para o embasamento profissional. Era restrita a hospitais públicos tradicionais e a hospitais vinculados a universidades e faculdades públicas. Os graduados em medicina buscavam e encontravam um modelo profissional liberal clássico, trabalhando em seu próprio consultório, sem anseio por trabalho assalariado. O pequeno contingente de recém-graduados que escolhia a residência recebia bolsa muito abaixo da renda daqueles que entravam logo no mercado de trabalho. Era um caminho seguido por, no máximo, 10% dos médicos formados, sendo quase uma exclusividade dos poucos que almejavam uma formação de alto nível e que conseguiam conciliar o ideal da profissão com baixa remuneração (ou por sacrifício próprio ou por virem de famílias que poderiam sustentá-los por um período além da graduação)^{15, 16, 17}.

Nos anos seguintes dessa história, o caminho da residência médica começou a ser seguido por muitos dos egressos da graduação, por sentirem necessidade desse tipo de especialização. O estágio hospitalar (chamado de internato) passou a ser uma

obrigação do curso médico, e a residência tornou-se essencial para aprimoramento profissional. Quase uma obrigação, foi consolidada como uma etapa na qualificação profissional devido ao crescimento proporcional entre a oferta de especialistas e a possibilidade de exercício da profissão. Ocorreu também uma extensão dos programas de residência médica às instituições privadas¹⁷.

Na década de 70, com as mudanças na estrutura do ensino universitário, ocorreu a expansão dos cursos superiores de forma intensa e desordenada, o que não poupou a medicina (uma expansão que começara na década de 60, tornando-se mais intensa então). Ao mesmo tempo, o grande desenvolvimento técnico-científico e a grande capacidade da medicina em produzir e armazenar conhecimentos e habilidades técnicas levaram à especialização médica, gerando novas práticas profissionais e causando uma atenção à saúde excessivamente fragmentada, especializada, mais cara, pouco acessível e com baixo impacto¹⁸. Contribuiu para isso o fato de que o mercado não remunerava bem o profissional que concluía a graduação, reservando os melhores vencimentos e um maior *status* profissional para os especialistas com residência. Isso era causado por pressões da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos sobre a organização do trabalho, o que influenciava muito o mercado de trabalho médico. Além disso, havia a introdução de mecanismos de acumulação de capital no setor saúde. Todos esses fatores levaram a um modelo de atenção baseado na utilização progressiva de tecnologia e na especialização do médico¹⁹.

Então, a competição por melhores colocações num mercado de trabalho voltado à especialização, o grande número de médicos recém-formados, a insuficiência de treinamento prático nas faculdades de medicina (as novas escolas, devido às suas debilidades; e as escolas antigas, pelo processo de fragmentação da formação que já se iniciara) e o incentivo à especialização, pela própria corporação médica, causaram uma expansão nos programas de residência. Foram implantados 479 novos programas, dobrando o número existente, surgindo alguns bons programas e outros que desvirtuaram a residência por apresentarem muitas distorções, que apareceram devido à não-regulamentação, não-regulação e ao próprio crescimento desordenado. Surgiram as chamadas pseudo-residências, com afastamento do projeto pedagógico inicial e a utilização do residente como prestador de serviços na instituição. Na verdade, eram oferecidas oportunidades de trabalhar nos hospitais aos médicos recém-formados, supostamente sob supervisão e com baixa remuneração. Todo esse movimento, que teve como causa principal a excessiva importância dada à especialização, teve como consequência uma maior tendência ainda a essa especialização^{15, 16, 17, 19}. Uma

especialização que trouxe conhecimento aprofundado ao médico, mas que também o afastou do paciente como um ser integral, como um todo, assim como o fazem as tecnologias médicas (equipamentos e procedimentos). Esse movimento favoreceu a especialização precoce do estudante, condicionado por um mercado cada vez mais competitivo e por um modelo de ensino que estimulava a opção prematura por uma especialidade. Movimento que mostrou também a força da corporação médica, para reduzir as disputas internas e a possível perda de espaço profissional para outras categorias¹⁸. E, com o aumento do número de programas de residência, percebeu-se em muitos deles o não-compromisso com a qualidade do ensino, a desvalorização das necessidades de saúde da população e a degradação das condições de trabalho, ensino e moradia do médico residente^{15, 16, 17}.

Diante desse quadro, os residentes, recém-chegados à tradicional profissão, iniciaram uma atitude política inédita entre os médicos e reivindicaram melhores condições de trabalho, denunciando as variadas distorções e provocando uma reflexão sobre a prática médica e os serviços de saúde. Na verdade, durante toda década de 70, somente os médicos residentes tinham preocupação com a necessidade de regulamentação da residência. Eles iniciaram uma intensa luta política pelo aprimoramento da residência médica, e essa luta reafirmava a sua função primordial de treinamento em serviço, com sua característica peculiar de ser, ao mesmo tempo, uma modalidade de trabalho e de formação¹⁸. Num momento político extremamente autoritário, criou-se a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) no antigo Ministério da Educação e Cultura em 1977. Essa comissão passou a regulamentar a residência, atendendo a uma reivindicação dos próprios médicos residentes no referido movimento nacional organizado, que mostrou a residência médica como uma questão social e de trabalho, não apenas de ensino¹⁶.

Segundo o artigo primeiro do decreto 80.281, de cinco de setembro de 1977, que criou a CNRM e deu outras providências²⁰, “a residência médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço em regime de dedicação exclusiva, funcionando em Instituições de saúde universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional”. Com a CNRM, iniciou-se um período de intensa criação de normas e regulamentos relativos às questões sociais, de trabalho e de ensino da residência médica. Num primeiro momento após a sua criação, houve a desativação de muitos programas irregulares.

Mas, como havia uma demanda por vagas de residência médica e os residentes tinham grande importância na prestação de serviços e na manutenção da introdução de tecnologia nas instituições, houve expansão de vagas nos anos seguintes¹⁹. Estes foram marcados pelo surgimento de programas de residência médica com baixo nível de ensino, principalmente em hospitais particulares; pelo aproveitamento do médico residente exclusivamente como mão-de-obra (sem preocupações com ensino); e por novas reivindicações e luta dos médicos residentes². Em sete de julho de 1981, foi sancionada a Lei 6.932, que dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências²¹. Essa lei, ao definir residência médica, suprime a expressão “em regime de dedicação exclusiva” que constava no decreto que criou a CNRM, torna obrigatório o processo de seleção para ingressar no programa, regulamenta o contrato de matrícula, o valor da bolsa, a obrigatoriedade de alojamento e de alimentação, a licença maternidade, a carga horária prática e teórica e a folga semanal, estabelecendo ainda a conferência de título de especialista reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina (CRM) aos egressos dos programas.

A partir de então, surgiram diversas resoluções no sentido de estabelecer requisitos mínimos para os programas das diversas especialidades, de categorizá-los em programas com acesso direto e programas com pré-requisito e de normatizá-los². Essas normas são em relação ao tempo de duração; aos conteúdos mínimos; às atividades teórico-complementares; à estrutura, equipamentos e organização necessários à instituição; ao treinamento em urgências e emergência; ao sistema de avaliação periódica dos residentes; e à supervisão do treinamento. Hoje, na legislação específica vigente, é importante citar a Resolução CNRM número dois, de 17 de maio de 2006, que dispõe sobre os assuntos acima citados²².

Analisando essa evolução histórica, compreendemos as diferentes posturas dos autores e atores relacionados com esse universo sobre o qual uma multiplicidade de fatores exerce influências, que é a residência médica. Existem aqueles com postura romântica, saudosista, relacionada aos tempos iniciais; aqueles com postura tranqüila, estabilizada e definida, relacionados com a fase de consolidação da residência; aqueles que têm postura expansionista, que acham que o sistema deve ser ampliado sem limites e são relacionados ao período de expansão; e, por fim, aqueles que acreditam na força de normas e regulamentos que caracterizam o processo atual. Essas diferentes posições podem ser relacionadas aos diferentes modos como a residência médica é encarada atualmente. Os saudosistas acham que a residência é um período no qual o ideal profissional vem acima de tudo e que a busca de uma formação de excelência supera

qualquer dificuldade. Existem aqueles que analisam a residência médica como uma etapa já estabilizada e definida, sem necessidade de ajustes e modificações de acordo com as mudanças sócio-econômicas e culturais. Os expansionistas acreditam que a residência médica deve crescer a qualquer custo, com aumento do número de vagas e programas. E também existem aqueles que acreditam que basta estabelecer novas normas e critérios para melhorar e incrementar a qualidade da residência¹⁵.

Percebemos, então, que o debate sobre a residência médica ficará mais rico e profundo se analisarmos todas essas posições historicamente construídas e associarmos, a elas, outras visões atuais, relacionadas ao mundo em transformação no qual vivemos. É importante, nesse debate, considerar a residência em suas duas dimensões: ensino e produção. Uma modalidade de ensino que valoriza a qualidade da formação e do processo de transmissão de conhecimento, constituindo-se, ao mesmo tempo, como forma de produção, pois pode garantir um atendimento de melhor qualidade à população⁶. Nesse sentido, é fundamental analisar o papel do preceptor na residência médica e sua implicação em todo o processo, o que faremos no próximo capítulo.

II- O PRECEPTOR¹

Após analisar os aspectos históricos da residência médica, achamos pertinente discutir o conceito de preceptor e de outras diferentes denominações que são usadas pela comunidade científica nacional e internacional para a função exercida pelo profissional mais experiente nos diferentes programas de residência. Entendendo que cada denominação expressa um conceito, vamos analisá-los de forma a possibilitar uma melhor fundamentação das regulamentações e das práticas de ensino-aprendizagem realizadas na graduação e na pós-graduação em saúde.

A preocupação com a preparação profissional daqueles que cuidam da saúde da população é uma constante na história da humanidade. Macedo²³ afirma que, desde a época mais remota, nas tribos primitivas, os candidatos a exercerem a função de pajé eram cuidadosamente selecionados e treinados. Em seus primórdios, como aconteceu com o aprendizado da maioria das ocupações, o ensino da atividade de curar começava de maneira informal, com o treinamento profissional orientado por um prático. Nesse sistema, conforme Mattos²⁴, os discípulos aprendiam as habilidades profissionais na relação com seus mestres.

Na história da educação médica, podemos sempre notar a figura de um profissional experiente, que auxilia na formação profissional. Na Europa do século XIV, Pádua era considerada o mais importante centro do ensino médico²⁵. Nessa escola, para a obtenção do grau de doutor em medicina, era necessário, no mínimo, um ano de prática ao lado de um médico bem conhecido, além de três anos de estudos na faculdade e de outros requisitos. Nos Estados Unidos, em todo o século 18 e por muitas décadas do século 19, o aprendizado e treinamento médicos eram feitos pelos mais jovens estagiando com outros médicos, sendo a educação formal em escolas médicas apenas um suplemento desse treinamento¹¹. Também no Brasil Colônia, além dos médicos formados em universidades européias, havia aqueles que poderiam praticar a medicina sem a obrigatoriedade de frequentar qualquer estabelecimento de ensino superior. Nesse sistema, médicos e cirurgiões com diploma universitário eram acompanhados por aprendizes, que tinham um treinamento basicamente centrado na experiência e na prática diárias, sem ênfase teórica. Após certo período de acompanhamento e quando eram considerados aptos por seus mestres, esses aprendizes prestavam exames junto às instâncias administrativas e eram licenciados para a prática médica²⁶.

¹ Esse capítulo foi, quase em sua íntegra, transformado em um artigo e publicado na Revista Brasileira de Educação Médica número.

Desde então até os dias atuais, esses profissionais mais experientes que se ocupam da formação médica vêm recebendo diferentes denominações, entre as quais **preceptor, supervisor, tutor e mentor**. Cada um desses termos significa uma grande variedade de funções, intervenções e atividades ligadas à educação médica, tanto na graduação como na residência^{27,28-31}. E a proximidade semântica entre esses nomes pode gerar confusão, de modo a não sabermos ao certo de quem estamos falando e como é definida a função que cada um deles indica^{28, 31}. A Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), por exemplo, em sua Resolução 005 de 2004³², referiu-se à função como sendo preceptoria/tutoria. Ou seja, assumiu que há uma equivalência entre as duas denominações.

É importante, então, analisar o significado das diferentes denominações dadas à função de acompanhar e orientar os médicos em formação, buscando oferecer subsídios para melhor fundamentação dessa prática.

Entendendo um conceito

Um conceito é a representação mental de um objeto, instrumento fundamental do pensamento em sua tarefa de abstrair e generalizar impressões sensoriais, identificar, descrever e classificar os diferentes elementos e aspectos da realidade. É uma construção lógica para simbolizar os fenômenos, criada a partir de impressões, percepções ou experiências complexas, e que só tem sentido dentro de um quadro de referências estabelecido (um sistema teórico, uma teoria). Os conceitos, portanto, não têm significado definitivo, mas são construídos por suas relações com os fatos^{33,34}.

Uma análise conceitual tem o papel de apontar as confusões e sobreposições de uso dos termos, bem como sugestões para tentar diminuir as dificuldades de comunicação. Deve ser clara e exige raciocínio preciso sobre o fenômeno e suas inter-relações. Mostraremos, então, que conceitos que parecem tão claros e delimitados podem ter várias facetas complexas e freqüentemente contraditórias. E, como resultado final de nossa análise, iremos propor conceitos mais precisos. Esse método consiste em selecionar os conceitos principais, analisar seus elementos significativos, buscar os vários usos do termo, relacionar o fenômeno simbolizado com outros fenômenos semelhantes e, finalmente, verificar o nível de generalização desse conceito³⁴.

Chinn e Kramer (1995) *apud* Lith³⁵ consideram que um conceito se situa em um *continuum*: da experiência mais direta (extremo empírico do conceito) ao mais

abstrato dos constructos. Já Rodgers³⁶, numa abordagem mais interpretativa e construtivista, está entre aqueles que não usam indicadores empíricos, mas analisam os conceitos de forma holística. Para estes, por meio da socialização e repetição de seu uso, um conceito torna-se associado a certos atributos que passam a constituir sua definição. Nesse processo, o desenvolvimento de um conceito tem três fases – significância, uso e aplicação³⁶ –, que procuraremos observar em nossa reflexão.

Como estamos em um país periférico, onde muitas palavras utilizadas são resultado de traduções, devemos, antes, recordar que as palavras e o mundo mudam juntos, mas não em correlação direta³⁷. Quando falamos de fenômenos sociais, culturais e políticos, essa relação entre palavras e o mundo é ainda mais complexa. Pitkin³⁷ afirma que os fenômenos são constituídos pela conduta humana, que é formada pelo que as pessoas pensam e dizem, por palavras. Então, os sentidos das palavras, os significados dos conceitos entre povos que falam idiomas diferentes também são diferentes, mas não de um modo que corresponda de forma pura e simples às diferenças semânticas. A história de um conceito exige detalhados relatos paralelos de história verbal e social, política e cultural. Para Ortiz³⁸, a tradução de um conceito de uma língua para outra exige um esforço adicional de interpretação. Ao buscarmos termos equivalentes, não basta simplesmente encontrar o vocábulo adequado, mas considerar toda uma constelação expressiva. Todas essas considerações são importantes para nos ajudar no esclarecimento dos termos que denominam o profissional mais experiente que tem este destacado papel na formação médica.

Preceptor

Inicialmente, vamos buscar compreender o conceito de **preceptor** de acordo com seu uso em artigos publicados em periódicos e na legislação brasileira. Para Mills²⁹, esse conceito é usado para designar aquele profissional que não é da academia e que tem importante papel na inserção e socialização do recém-graduado no ambiente de trabalho. Ryan-Nicholls³⁹, porém, usa o termo para designar o professor que ensina a um pequeno grupo de alunos ou residentes, com ênfase na prática clínica e no desenvolvimento de habilidades para tal prática. Essa função cresce em importância atualmente, pois o ambiente de trabalho está sempre em mudança e exige que o novo profissional constantemente faça adaptações, muitas vezes difíceis, na imagem que tem desse cenário e na bagagem de conhecimentos que traz da graduação. Adquirir experiência clínica constitui uma parte importante da graduação e da pós-graduação, e o preceptor, segundo Bain⁴⁰ e Armitage³⁰, tem a função de estreitar a distância entre teoria

e prática. Os recém-formados chegam ao ambiente de trabalho com certa bagagem de conhecimentos e habilidades, mas deles são exigidas algumas competências consideradas mínimas, nem sempre já adquiridas no processo de formação. O preceptor tem, então, o papel de suporte, para ajudar o novo profissional a adquirir prática, até que este tenha maior confiança e segurança em suas atividades diárias^{29, 31, 40-43}.

A palavra **preceptor** vem do latim *praecipio*, “mandar com império aos que lhe são inferiores”. Era aplicada aos mestres das ordens militares, mas, desde o século 16 (já aparece com esse sentido em 1540), é usada para designar aquele que dá preceitos ou instruções, educador, mentor, instrutor. Mais tarde, passou a identificar alguém que educa uma criança ou um jovem, geralmente na casa do educando³³. Na literatura médica, encontram-se diferentes funções para o preceptor, sendo essenciais as de orientar, dar suporte, ensinar e compartilhar experiências que melhorem a competência clínica e ajudem o graduando e o recém-graduado a se adaptar ao exercício da profissão, que, como já dissemos, vive em constante mudança. Para que o profissional possa oferecer cuidado de qualidade em saúde, é necessária completa adesão a essas mudanças. E cabe ao preceptor criar as condições necessárias para que elas sejam implementadas de maneira satisfatória durante o processo de formação³⁰.

Houaiss apresenta como significado da palavra preceptoria “prebenda (ocupação rendosa e de pouco trabalho) dada a lentes e magistrados”³³ e nomina a atividade desempenhada pelo preceptor como preceptorado. Entretanto, apesar de ainda não constar do dicionário, preferimos usar a primeira (preceptoria) para designar tal atividade, pois é a palavra consagrada no meio médico e que aparece até mesmo em legislações³², podendo, assim, ser entendida como expressão de um conceito.

A principal função do preceptor é ensinar a clinicar, por meio de instruções formais e com determinados objetivos e metas. Portanto, entre as suas características marcantes, devem estar o conhecimento e a habilidade em desempenhar procedimentos clínicos. Nesse sentido, o preceptor se preocupa principalmente com a competência clínica ou com os aspectos de ensino-aprendizagem do desenvolvimento profissional, favorecendo a aquisição de habilidades e competências pelos recém-graduados, em situações clínicas reais, no próprio ambiente de trabalho. É importante lembrar, ainda, que as avaliações formais fazem parte também da preceptoria^{30, 44-47}.

Está claro, então, que o preceptor deve ter a capacidade de integrar os conceitos e valores da escola e do trabalho, ajudando o profissional em formação a desenvolver estratégias factíveis para resolver os problemas cotidianos da atenção à saúde^{30, 48}. Burke⁴⁹ considera que, pela natureza e extensão das relações desenvolvidas

entre os preceptores e os novos profissionais, o preceptor pode ter, além da função de ensinar, as de aconselhar, inspirar e influenciar no desenvolvimento dos menos experientes. Muitas vezes, os preceptores servem de modelo para o desenvolvimento e crescimento pessoal dos recém-graduados e, ainda, auxiliam na formação ética dos novos profissionais durante determinado período de tempo^{31, 38, 50-52}. Essas últimas funções do preceptor em muito se assemelham às funções típicas de um mentor e se confundem com elas.

Supervisor

No dicionário, **supervisor** (do latim medieval *supervisor*, pelo inglês *supervisor*; registrado na língua portuguesa desde 1640) é aquele que dirige, controla, vigia, cuida de tudo e se responsabiliza para que tudo se faça corretamente e de maneira segura^{33, 53}. No mundo do trabalho, é usado principalmente pela administração e pela engenharia de produção, com foco especial no âmbito das organizações industriais. Segundo Cordeiro⁵⁴, representa todos os níveis de comando na estrutura dessas organizações incumbidos de algum planejamento e controle, que ficam entre a direção e o nível de execução.

Na literatura da área da saúde, o supervisor tem o papel de medir e desenvolver conhecimentos e habilidades de profissionais em início de carreira em seus próprios ambientes clínicos. Ele também deve estimular a aplicação da teoria na prática, desenvolvendo habilidades e ensinando o recém-graduado a utilizar adequadamente o tempo, por meio de priorização de procedimentos e atitudes⁵⁵. Tem, portanto, importante função para melhorar o nível de qualidade da atuação profissional, o que é bom para o próprio profissional e também para o usuário do serviço de saúde. Por isso, alguns autores consideram a supervisão um componente essencial, que marca a boa qualidade do cuidado com a saúde, sendo importante para melhorar o serviço ofertado ao paciente^{32, 56-59}.

Existem teóricos que levam a ação do supervisor também aos ambientes acadêmicos. Acreditam que a supervisão é importante para a educação médica na pós-graduação e, por extensão, também durante a graduação^{59, 60}. Grealish e Carrol⁵⁵ diferenciam a supervisão da preceptoria apenas pelo número de recém-formados (ou de alunos da graduação) por professor e pela atividade básica deste. Para esses autores, supervisão ocorre quando existem de seis a oito novos profissionais por professor, que basicamente atua na pesquisa e área acadêmica; já na preceptoria, a relação é de um

único recém-formado por professor, um profissional que atua basicamente no serviço de saúde.

Na verdade, a palavra supervisor pode ser usada em várias situações. Existem artigos científicos segundo os quais o supervisor deve exercer papel de modelo, conselheiro e colega, além de saber demonstrar habilidades, ser instrutor, facilitador e, também, saber avaliar. Butterworth (1992) *apud* Lith³⁵ defende que a ação do supervisor pode estar relacionada a uma relação de troca entre profissionais com o objetivo de desenvolver habilidades; Minot (1989) *apud* Lith³⁵ afirma que a supervisão pode estar ligada a um conceito de revisão da prática profissional e das reações do profissional a seu próprio trabalho; já o United Kingdom Central Council for Nursing Midwifery and Health Visiting – UKCC (1996) *apud* Lith³⁵ define que o supervisor pode estabelecer, com um recém-graduado, uma relação baseada na prática, demonstrando as próprias habilidades e guiando todo o processo de inserção do neófito.

Ao oferecer suporte, o supervisor estimula o novo profissional no processo de aprendizagem, propiciando-lhe desenvolver seus conhecimentos e competências e ajudando-o também na construção da autoconfiança^{35, 61, 62}. Nesse conjunto de funções, o conceito de supervisão se relaciona com outros conceitos, como o de prática reflexiva, aconselhamento, formação, suporte, desenvolvimento pessoal e profissional, e também com os conceitos trabalhados neste texto (mentor, preceptor e tutor)^{35, 63}.

Existem ainda autores que relacionam a ação do supervisor ao processo de decisão em questões éticas e morais da profissão. Esses autores acreditam que a supervisão é necessária não apenas para uma boa prática, sendo essencial também para um bom desenvolvimento moral. Para eles, uma profissão deve oferecer proteção a seus clientes e respaldo no monitoramento de seus próprios modelos e padrões de qualidade da atenção^{62, 63}. Os desenvolvimentos pessoal e profissional aparecem intrinsecamente relacionados, o que faz com que a personalidade, as crenças e os valores dos supervisores e dos supervisionados tenham grande importância durante o processo de supervisão^{35, 63, 64}. Assim sendo, o supervisor promove o desenvolvimento da preocupação moral e do perfil profissional, influenciando o processo de tomada de decisões e estimulando a formação da competência e da identidade moral dos jovens profissionais. Estes, com o auxílio da supervisão, adquirem maior autoconfiança e se tornam mais capacitados a estabelecer relações mais autênticas com os pacientes e a assumir maior responsabilidade no cuidado dos mesmos⁶⁵⁻⁶⁸.

Cutcliffe⁶⁹ afirma que há uma diferença no conceito de supervisão entre americanos e europeus. Segundo o autor, na literatura norte-americana, relacionam-se

mais com o conceito de supervisor o treinamento de habilidade técnica profissional e a excelência no desempenho dessa habilidade, para que alguém possa exercer a supervisão. Já a literatura européia faz maior aproximação do supervisor com os aspectos pessoais, relacionais e também clínicos do cuidado ao paciente. Para os europeus, é essencial que o supervisor funcione como suporte e seja capaz de proporcionar reflexão sobre a prática diária do profissional de saúde, função muito semelhante à do mentor^{57, 69, 70}.

Mas observar alguém no exercício de determinada atividade, zelar por essa pessoa e ter a certeza de que ela exerce sua atividade são as principais atribuições do supervisor⁵⁸. Essa função, além de levar à adoção de padrões e modelos, leva também à análise de desempenho, o que pode dar ao supervisor um caráter muito formal, punitivo, disciplinar, de imposição e de poder³². Por isso, há aqueles que não vêem a supervisão como um fator de desenvolvimento profissional e pessoal. Acreditam que é apenas uma imposição de superiores para vigiar, para ver se a atividade está sendo desempenhada corretamente. Para eles, isso contribui para uma conotação negativa da função de supervisionar^{58, 63, 71}. Por isso, para evitar essa depreciação, ensinam que o supervisor seja escolhido entre um dos pares, que não tenha cargos superiores nem detenha maior poder que o jovem profissional, e que tenha habilidades clínicas relevantes, para facilitar o desenvolvimento do supervisionado⁶³. Mas questionamos: será que cuidar para que um jovem profissional exerça corretamente suas funções pode ser uma ação vil ou desprezível? Acreditamos, como afirma Rego²⁶, que essa função do supervisor é desejável e tem grande importância.

Ainda sobre o papel do analista de desempenho, observamos que existe uma grande discussão sobre a função da supervisão no desenvolvimento pessoal e profissional do recém-graduado. Esses dois processos de desenvolvimento não acontecem isoladamente, mas são distintos. Distinguir, então, seus aspectos particulares pode ser essencial para compreender melhor o papel do supervisor. Entender desenvolvimento pessoal e profissional como um processo único, sem particularidades, é comprometer a ação do supervisor com mais atribuições do que ela pode realmente abarcar^{64,70}.

Tutor

Vamos nos voltar, agora, para a utilização do termo **tutor**, para entender seu significado. Nas literaturas americana e européia, **tutor** designa o professor que se preocupa em ensinar o aluno a “aprender a aprender”, principalmente na chamada

Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL ou ABP). Nesse cenário, o tutor é considerado um guia, um facilitador, que auxilia no processo de aprendizagem centrado no aluno⁷²⁻⁷⁴.

Tutor (do latim *tutor, oris*) é um termo do direito romano, atribuído àquele que se encarregava de cuidar de um incapaz (como um órfão, por exemplo). Em português, a palavra já era usada no século 13 e tinha o significado de guarda, protetor, defensor, curador; significa também aquele que mantém outras pessoas sob sua vista, que olha, encara, examina, observa e considera; é o que tem a função de amparar, proteger e defender, é o guardião, ou aquele que dirige e governa. Para os ingleses, pode significar um professor para pequenos grupos, que presta atenção especial nesses alunos; e pode significar, ainda, um professor para adultos ou com papel especial na escola^{33, 53}. Na agricultura, é designação para a estaca que ampara uma planta frágil durante seu crescimento. Como se vê, em qualquer acepção, pertence ao campo semântico da **proteção**.

Na História do Brasil, temos a presença importante de um tutor: José Bonifácio de Andrada e Silva. Foi nomeado pelo imperador D. Pedro I, que, após abdicar do trono e partir para a Europa, precisava de alguém para cuidar da formação de seu filho, D. Pedro II. Descreve-se José Bonifácio como um homem de caráter forte e dominador, e, embora seu tutorado tenha sido efêmero, sua figura imponente, acentuada ainda mais pela velhice, exerceu importante influência sobre o príncipe. Considera-se que a presença do tutor e o afastamento dos pais fizeram com que a educação tivesse maior influência na formação do caráter de D. Pedro II do que a hereditariedade⁷⁵. Podemos perceber, então, um exemplo da importância e do papel de um tutor.

O tutor era uma figura comum nas diversas universidades do Reino Unido. Nesse sistema inglês, o tutor se responsabilizava por ensinar e orientar, tendo o objetivo de zelar pelo cumprimento do programa do curso, além de buscar as metas pessoais do aluno. O tutor orientava, ensinava, ajudava na busca de conhecimento e tinha também papel importante como avaliador. Podia trabalhar com um aluno individualmente ou com um grupo pequeno de alunos⁷⁶. Nos anos 1960, ainda no Reino Unido, com o estabelecimento de centros de pós-graduação médica, apareceu o conceito de **tutor clínico**; o título era conferido ao profissional que tinha a função de coordenar e desenvolver o programa educacional desses centros, identificando as necessidades de treinamento dos alunos, assegurando uma boa aprendizagem, organizando a estrutura da pós-graduação e cuidando da qualidade e da atualização dos professores. Atuava principalmente como um advogado dos médicos recém-formados, ajudando-os a buscar

seus direitos e a aprimorar sua formação. Mais tarde, no final dos anos 1990, o tutor clínico assumiu a função de representação dos professores de pós-graduação junto a órgãos centrais do governo e se afastou da luta pela causa dos médicos em treinamento^{77, 78}.

Hoje, no campo da medicina, denomina-se tutor aquele que orienta a formação de profissionais já graduados e que atuam no sistema de saúde. É a aprendizagem que acontece em ambientes de atenção primária também no Reino Unido. Médicos mais experientes, que prestam esse tipo de atenção à saúde da população, são recrutados por departamentos regionais de pós-graduação para facilitarem a educação permanente. Costumam fazer uma visita semanal e/ou se comunicam por mensagens, discutindo a prática cotidiana com os profissionais no seu próprio ambiente de trabalho⁷⁹. Já na Espanha, também dentro da atenção primária, mas em programa de pós-graduação, existe, durante a residência, a experiência dos tutores de medicina de família e de comunidade. Nesse cenário, o tutor – geralmente um médico mais experiente –, além de competência clínica e da capacidade de ajudar a aprender a aprender, precisa ter compreensão da prática profissional em sua essência e estimular o desenvolvimento pessoal. Espera-se que ele dê conselhos, atuando também como guia e modelo. Nessa pós-graduação, o tutor tem ainda o importante papel de avaliar o médico residente, o que mostra a assimetria da relação estabelecida entre este e seu tutor^{80, 81}.

Mais recentemente, usa-se a expressão **tutor pessoal** (*personal tutor*) para designar aquele que, além de ensinar técnicas e habilidades, auxiliar na busca de conhecimentos e avaliar os alunos, também aconselha e oferece suporte. Essa denominação parece ter surgido exatamente para distinguir esse profissional de outros já mencionados, aos quais se aplica o título de tutor, como também do profissional que auxilia exclusivamente no processo de aprendizagem^{27, 28, 82, 83}.

Mentor

Mentor é a designação dada a um profissional mais experiente, ao qual cabe guiar, orientar e aconselhar um jovem – a quem chamaremos “**mentoreado**” – no início de sua carreira. No processo de aprendizagem, a função do mentor pode ser considerada uma excelente ferramenta, que tem ação primordial ao longo do crescimento pessoal e profissional. O mentor tem um papel que ultrapassa a orientação para estudo e para “aprender a aprender”, perseguindo não apenas os objetivos do curso, mas também assessorando o jovem na realização dos objetivos pessoais, investindo no desenvolvimento dos mais inexperientes e interessando-se por eles^{27, 46, 82, 84}. Estabelece

uma relação complexa e multifacetada com o jovem profissional, buscando o desenvolvimento interpessoal, psicossocial, educacional e profissional. É uma relação de troca e de reciprocidade, que se firma por meio de um plano de desenvolvimento pessoal e na qual o ganho não é apenas unilateral, pois o mentor também aprende e cresce com a maneira de o jovem encarar a vida⁸⁵⁻⁸⁸.

Mentor (do latim *mentor, oris*, do antropônimo grego *Mentor*) é hoje aquele que serve como experiente conselheiro, como guia e sábio. É aquele que estimula, inspira, cria ou orienta idéias, ações, projetos e realizações. A palavra é derivada (por metonímia) de Mentor^{33, 53}, personagem da Odisséia, poema escrito por Homero no século 8 antes de Cristo. Esse poema conta a história do retorno do rei Ulisses (ou Odisseu) a sua terra, Ítaca, após a vitória na guerra de Tróia. Mentor era amigo e conselheiro do rei. Quando partiu para a guerra, Ulisses confiou sua mulher Penélope e seu filho Telêmaco a Mentor. Passaram-se 20 anos; a família de Ulisses estava humilhada e cerceada pelos pretendentes ao trono de Ítaca. O poema mostra o desenvolvimento de Telêmaco e a importância de Mentor para o seu desenvolvimento^{89,90}. Outro exemplo é encontrado na história do rei Artur, que foi educado por um mentor, Merlin⁹¹.

A função de mentor, que exprime a ação de pessoas mais maduras e experientes na vida e no exercício profissional, aconselhando, ensinando, instruindo e treinando os mais jovens e inexperientes, pode ser considerada histórica, pois acompanha a humanidade desde tempos imemoriais. Davidhizar⁹² afirma que também nas profissões consideradas modelares (pela concepção teórica hegemônica da sociologia das profissões, por primeiro reunirem as características definidoras da condição de profissão), como medicina e direito, a função de mentor é encorajada e considerada como excelente maneira de assistir os neófitos na profissão.

O uso contemporâneo do termo **mentor** tem origem nos Estados Unidos e foi motivado pelos empresários da década de 1970 pelo movimento feminista e pelo desenvolvimento das escolas de negócios nas universidades americanas^{30, 93}. Nessa área de negócios são escritos, então, vários artigos sobre a importância do mentor para o desenvolvimento especialmente da carreira de mulheres. Podemos questionar se isso não seria uma discriminação, subestimando o papel da mulher nesse meio. Depois o conceito migrou também para a área de formação do profissional de saúde, e a função tornou-se comum nas décadas de 1980 e 1990. Aparece principalmente em três áreas: no crescimento e desenvolvimento de adulto-jovens, no mundo dos negócios e nos cenários acadêmicos. Mas, devido à polissemia do conceito de mentor, não podemos

afirmar que os autores querem dizer a mesma coisa quando usam o termo. Também não foi possível estabelecer uma unidade de pensamento que pudesse auxiliar no processo de escolha de mentores, nem no desenvolvimento de políticas para melhor organizar essa atividade. Como o mentor aparece cada vez mais como um integrante da formação profissional, é importante esclarecer seu significado, suas funções e o que se espera dele^{29, 30, 93, 94}.

O mentor é um profissional experiente, que desempenha a função de se responsabilizar por um jovem – recém-graduado ou graduando – e guia o caminho deste. Mas, para a aprendizagem de adultos, é imprescindível alto grau de autonomia para escolher o próprio modo e o próprio ritmo de aprender^{95, 96}. Podemos perguntar se a relação entre mentor e estudante, ou recém-graduado, não pode estimular a dependência, a passividade e o conformismo e ser um constrangimento ao desenvolvimento da autonomia do indivíduo. Segundo Schramm⁹⁷, é preciso estar atento à definição de autonomia, que contém uma ambigüidade semântica entre o individual e o coletivo. O autor explica essa ambigüidade, explicitando um conteúdo ideal da autonomia (o agente moral como verdadeiro autor de suas ações: capacidade de autodeterminação) e um conteúdo de realidade (o ser humano vinculado a seus semelhantes, por meio de instituições legitimadas coletivamente: leis, normas, convenções e usos).

Então, nessa relação dialética, autonomia e heteronomia fazem parte de um conjunto complexo (diferente da concepção holística), cujos elementos são distinguíveis para evitar a confusão, mas inseparáveis para evitar o reducionismo⁹⁷. A partir dessa concepção, o mentor pode estimular a autonomia e não, ao contrário, reprimi-la. E ele pode fazer isso mostrando ao “mentoreado” o sentido crítico da autonomia moral⁷⁸, que consiste em aliar o reconhecimento (mas não necessariamente a aceitação) das regras existentes à análise crítica e vigilante de eventuais preconceitos vigentes no imaginário social, responsáveis por histerias coletivas, discriminações e injustiças. Porém, alguns autores consideram que essa relação, que possibilita a autonomia, está mais ligada à função de facilitador e que essa função encontra melhor representação no conceito de preceptor e não no de mentor. Outros acreditam que a função de se responsabilizar por profissionais recém-graduados ou por estudante em treinamento se ajusta mais ao conceito de supervisor^{93, 98}.

A grande diferença da função do mentor é que ele não desempenha nem o papel clínico, nem o de avaliador. E, embora conheça as características do processo de ensino-aprendizagem, o mentor não baseia sua ação nelas, nem se preocupa

exclusivamente com o desenvolvimento de habilidades clínicas. Segundo Armitage, ele tenta manter uma relação mais próxima e mais pessoal com o aluno ou com o recém-graduado³⁰. Serve como guia e influencia as ações do jovem “mentorado”, influenciando também na formação de sua personalidade, por meio do desenvolvimento da capacidade crítica desse jovem. O mentor deve ser capaz de ouvir o profissional em formação, suas posições, seus juízos e seus valores. Deve questioná-lo, buscando suas justificações e estimulando que o mais jovem desenvolva sua capacidade de raciocínio crítico. Aqui está a riqueza dessa relação bilateral, na qual um cresce com o outro^{27, 92}.

Já nesse aspecto (raciocínio crítico), a função de mentor se relaciona com um dos conceitos essenciais do processo de aprendizagem, que é a reflexão. Refletir é analisar e avaliar uma ou mais experiências pessoais, generalizando determinado pensamento. Com isso, o aprendiz se informa melhor, adquirindo mais habilidades e sendo mais efetivo que anteriormente. A reflexão na ação sempre envolve uma etapa analítica (“como faço algo?”) e outra avaliativa (“o quão bem eu faço esse algo”)⁸⁷. Estimulando a reflexão, o mentor estará incentivando a habilidade de resolver problemas pessoais e profissionais, fazendo com que o mais jovem descubra ferramentas que o ajudem nesse processo de busca do conhecimento próprio e de sua independência.

Seguindo esse pensamento, sabemos que existe certo momento em que o jovem “mentorado” adquire independência completa e pode “andar com suas próprias pernas”. Mas como e quando o mentor deve saber que esse momento chegou? Aqui temos mais um ponto em comum com a relação entre pais e filhos, pois sempre chega um momento em que se “rompe o cordão umbilical”, e os filhos podem caminhar sozinhos na vida^{91, 98}. A atividade do mentor se caracteriza, portanto, por uma mudança gradual, que vai desde a dependência quase completa do jovem no início da relação até um aumento de independência e autonomia, que se tornam máximas no final dessa relação^{85, 99}. Achemos importante ficar atentos, nesse ponto, para que a ação do mentor não represente mais um fator que influencie e estimule a chamada adolescência prolongada¹⁰⁰, representando um incentivo ao paternalismo.

Bellodi²⁷, Spicer⁸⁷, Tobin¹⁰¹ e Larkin¹⁰² incluem, entre as funções do mentor, estimular o desenvolvimento ético e moral. O mentor permite que o jovem aprenda muito sobre o ambiente no qual está começando a entrar, assim como sobre prioridades, costumes, modelos e líderes, instituições e estruturas que fazem parte da vida profissional. Com isso, o mentor assume importante papel na trajetória pessoal e profissional do formando. Mas podemos considerar que atuar no desenvolvimento

peçoal desse jovem profissional pode ser uma atividade que vai muito além do ofício de mentor. Este pode apresentar ao neófito as características, personagens, regras e normas, dificuldades e os mais variados caminhos do mundo do trabalho. Isso contribui para o desenvolvimento da identidade profissional do mais jovem. Mas, considerando que desenvolvimento pessoal e profissional se distinguem, embora não se separem, e que o último pode ser apenas um dos componentes do primeiro, acreditamos que o mentor deveria atuar apenas na parte profissional do desenvolvimento pessoal, o que não quer dizer que atue apenas na formação técnica.

As grandes mudanças que tanto a medicina como o ensino médico sofreram e continuam sofrendo suscitam dúvidas sobre se ainda é possível ou desejável a existência da função de mentor. O grande desenvolvimento científico, a crescente especialização, a fragmentação do conhecimento e a dificuldade de estabelecer relações mais próximas e duradouras entre professores e alunos modificaram o cenário da relação entre mentor e jovem profissional. Acredita-se, porém, que ainda é uma relação importante para a formação e para a profissionalização na medicina, que reforça o altruísmo e idealismo entre aqueles que estão se formando ou iniciando a atividade de médico. Isto porque cada geração oferece uma contribuição para a contínua evolução da prática e da ciência médicas por meio de suas próprias atividades e da educação e treinamento das gerações subseqüentes. E a atividade do mentor personifica essa contribuição e essa preocupação com os futuros profissionais⁸⁶.

É notório que existem diversas congruências entre os termos aqui discutidos. Concordamos em que, muitas vezes, o profissional deve saber desempenhar as funções de **preceptor, supervisor, tutor e mentor** ao mesmo tempo, ou cada uma delas em momentos diferentes^{27,44}. Percebemos, ainda, que esse desempenho simultâneo, ou sucessivo, das atividades ocorre com freqüência no ambiente de formação médica. Mas julgamos importante padronizar o uso das palavras, para termos certeza do que estamos falando ao utilizá-las. Esclarecer melhor o significado de cada termo e as funções que eles indicam pode contribuir para uma melhoria na formação médica e, conseqüentemente, na oferta de saúde à população. Então, com base principalmente em Mills²⁹ e Bellodi²⁷, mas também nos vários outros artigos consultados, queremos lançar uma proposta no intuito de tentar esclarecer e uniformizar a utilização desses termos no cenário da formação médica em nosso meio (Quadro 1).

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.

O supervisor é o profissional que tem sua atividade no ambiente de trabalho, mas que se encontra com o profissional em formação também fora da área e do momento de prática imediata. Sua atividade se estende por um período longo de tempo, que atravessa diferentes fases de interação. Os encontros geralmente são particulares, com pouca formalidade, e não objetivam apenas o progresso clínico do supervisionado: o supervisor mantém uma relação altamente compromissada (que idealmente deve se dar apenas durante as horas de trabalho, mas que pode exigir atividades extras), tendo como objetivo principal desenvolver o desempenho clínico como um todo, e não apenas as habilidades clínicas, permitindo ao supervisionado ser mais efetivo em seu trabalho. O supervisor tem ainda a função de avaliar como o mais jovem está desenvolvendo sua atitude profissional.

Já o mentor é aquele que se relaciona com o jovem “mentoreado” fora de seu ambiente imediato de prática profissional. Sua ação também se dá por um período longo de tempo e atravessa diferentes fases de interação. Os encontros podem ser coletivos ou particulares, confidenciais, com pouca formalidade, e não objetivam apenas o progresso clínico, numa relação de colaboração que exige alto grau de compromisso fora do cenário de prática e do ambiente de trabalho. Essa relação é assimétrica, porém não é hierárquica (nenhuma parte tem poder sobre a outra) e tem, então, os objetivos amplos de desenvolvimento pessoal e profissional, progressão na carreira, melhoria na prática clínica e no desempenho acadêmico. É uma relação centrada menos nos problemas e mais nos desafios e tarefas cotidianas, características da fase de desenvolvimento pessoal e profissional na qual se encontra o jovem em formação. O mentor não tem a função de avaliador e, embora dê conselhos, possibilita ao mais jovem andar sozinho. O significado crucial do termo mentor está ligado à relação de suporte entre um profissional mais maduro e experiente, e outro, em formação ou recém-chegado à profissão. Esses dois profissionais, com diferentes idades, personalidades, estágios de vida e *status* profissional, desenvolvem, por certo período de tempo, uma relação que vai acrescentar conhecimentos e capacidade de tomada de decisões à história de ambos^{27, 29, 85, 99, 103}.

Por fim, podemos apontar duas oportunidades de uso para o termo tutor em nosso meio: como substituto do termo mentor, em cenários onde seja preferível a este último, devido à inexistência de tradução para os termos *mentorship* e *mentoring*, em

nossa língua, para designar a atividade exercida pelo mentor; ou ainda para designar as funções daquele que auxilia e estimula a “aprender a aprender” no cenário da Aprendizagem Baseada em Problemas.

Especificamente na residência médica, muito se tem discutido sobre competências essenciais que dêem maior efetividade ao processo de formação, melhorando os resultados dessa modalidade de pós-graduação. Além da redução das horas de trabalho dos médicos residentes, a principal recomendação é ter um profissional mais experiente que os acompanhe¹⁰⁴. Esse profissional é aquele que ajuda o residente a perceber e reconhecer suas potencialidades e fraquezas profissionais e pessoais; e tem importante papel na escolha da especialidade a seguir e do caminho a ser percorrido pelo jovem profissional. Sua ação envolve a exploração das virtudes e vícios do neófito e ajuda no discernimento da vocação e da missão profissional, auxiliando o jovem a encontrar seu lugar no mundo da medicina^{29, 99, 102, 105}.

Graças a essas características, a relação entre o mais jovem e o mais experiente é importante durante o processo de profissionalização¹⁰⁶, incluindo o desenvolvimento de um corpo de conhecimentos e atitudes dos médicos. É importante sublinhar que não se pode confundir essa função com a de outros profissionais aos quais o jovem médico pode e deve ser encaminhado quando necessário: psiquiatra, psicólogo, psicopedagogo, assistente social e, até mesmo, algum religioso. O profissional experiente deve ser aquele que faz o jovem em formação honrar seus sonhos e pontos de vista. Ele pode trazer à tona o que o mais novo tem de melhor e ajudá-lo a desempenhar seu papel, mostrando que cada um é realmente importante no mundo em que vivemos^{29, 85, 102, 103}.

Assim, chegamos a um ponto crucial de nossa análise: compreender como acontece o processo de ensino e de aprendizagem nesse desenvolvimento profissional. É o que faremos no capítulo que se segue.

QUADRO 1 : Principais diferenças entre preceptor, supervisor, tutor e mentor

Profissional	Principais papéis	Principal local de atuação	Deve avaliar?	Principais requisitos
Preceptor	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar a clinicar, por meio de instruções formais e com determinados objetivos e metas; • integrar os conceitos e valores da escola e do trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> • Situações clínicas reais, no próprio ambiente de trabalho. 	Sim	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento e habilidade em desempenhar procedimentos clínicos; • competência pedagógica.
Supervisor	<ul style="list-style-type: none"> • Observar o exercício de determinada atividade, zelar pelo profissional e ter a certeza de que ele exerce bem sua atividade; • atuar na revisão da prática profissional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Situações clínicas reais, no próprio ambiente de trabalho; • situações fora do ambiente de trabalho. 	Sim	<ul style="list-style-type: none"> • Excelência no desempenho de habilidade técnica profissional; • capacidade de proporcionar reflexão sobre a prática diária do profissional.
Tutor	<ul style="list-style-type: none"> • Guiar, facilitar o processo de ensino-aprendizagem centrado no aluno; • atuar na revisão da prática profissional 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambientes escolares 	Sim	<ul style="list-style-type: none"> • Competência clínica e capacidade de ajudar a aprender a aprender; • compreensão da prática profissional em sua essência.
Mentor	<ul style="list-style-type: none"> • Guiar, orientar e aconselhar na realização dos objetivos pessoais, buscando o desenvolvimento interpessoal, psicossocial, educacional e profissional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fora do ambiente imediato de prática profissional. 	Não	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidade de se responsabilizar, de servir como guia, de oferecer suporte e de estimular o desenvolvimento do raciocínio crítico; • capacidade de ouvir, questionar e estimular justificações.

Após discutirmos os aspectos históricos e o conceito de preceptor, é necessário desenvolvermos algumas idéias sobre como se dá o processo de formação na residência médica. O processo de ensino-aprendizagem durante a residência é ainda pouco estudado^{107, 108,109}. A maioria dos trabalhos existentes discute, quase exclusivamente, a titulação do corpo docente, as condições de trabalho dos residentes e a organização dos programas. O conteúdo da formação, como deve ser esse processo, como os residentes aprendem e o que eles aprendem ainda é muito pouco discutido^{107, 110}.

Um dos principais atributos da *expertise* médica é identificar, entre as informações colhidas do paciente e entre os achados do exame físico, dados pertinentes para a construção de um diagnóstico de trabalho, que contemple o desenvolvimento de estratégias de ação adequadas para o caso^{111, 112}. Aliado a esse atributo fundamental, Lipkin¹¹³ cita que o bom médico deve ainda ter compreensão precisa e completa do doente e da doença, conhecimento profundo e pessoal da história de cada pessoa que o procura, capacidade de ouvir e escutar, empatia, compromisso e respeito. A formação durante a residência pretende desenvolver os atributos técnicos e também os atributos relacionais (comportamentos e atitudes) em busca do profissionalismo que marca profundamente a medicina^{114, 115, 116}.

O exercício e, conseqüentemente, o ensino da profissão médica se encontram diante de algumas encruzilhadas, afirma Lipkin¹¹³. O autor relata que se exige, principalmente dos médicos em formação, serem breves, objetivos, irem ao centro dos assuntos e apresentarem questões complexas de forma resumida e concisa. Por outro lado, afirma também que há aqueles que esperam, dos médicos, compreensão precisa e completa do doente e da doença, conhecimento profundo e pessoal da história de cada pessoa que os procura, capacidade de ouvir e escutar, empatia e respeito (atributos relacionais). Apesar de muitos acreditarem que essa última visão é uma utopia, alguns a apresentam como parte dos elementos críticos da melhor medicina¹¹³.

Outro conflito citado pelo autor está entre buscar os padrões institucionais (satisfação do paciente para que ele retorne, eficiência, custo-efetividade e redução dos riscos para a própria instituição) que mantêm viva a organização e torna os médicos mais rápidos e mais “baratos” ou econômicos, ou procurar atitudes, comportamentos, conhecimentos e princípios que levem a um bom desempenho da “melhor medicina”¹¹³.

Para Lipkin¹¹³, essa “melhor medicina” é a medicina que queremos para as pessoas que mais gostamos.

Podemos ainda adicionar o conflito entre o diagnóstico clínico, baseado em entrevista e exame físico, e a excessiva importância à tecnologia, defendida pelo complexo médico-industrial. McGee¹¹⁷ afirma que quanto mais precoce na formação médica, maior ênfase se dá ao treinamento de habilidades clínicas e que, posteriormente, essa importância vai diminuindo enquanto se fortalece a dependência e o crédito nos exames complementares.

Entendemos que abordar esses conflitos e as questões educacionais no âmbito da residência é essencial para uma melhoria na formação médica em nosso meio. Num momento em que muito se fala sobre a medicina baseada em evidências, não podemos acreditar que encontramos nela uma receita pronta para a profissão⁵⁰. Segundo McGee¹¹⁷, existem muitas sutilezas no encontro entre um médico e seu paciente que os estudos clínicos não conseguem atingir e que nenhum teste ou manobra, por maior acurácia que tenha, conseguem suplantar.

Mas, como acontece o raciocínio que constrói as decisões clínicas e que leva aos comportamentos e atitudes? E mais, como se ensinam e como se aprendem essas competências e atributos durante a residência? A literatura internacional oferece vários estudos sobre esse modo como os médicos raciocinam e chegam aos diagnósticos^{111, 118, 119, 120} e como eles podem aprender comportamentos e atitudes pertinentes a uma boa prática^{113, 121, 122}. Achamos que discutir esses aspectos pode qualificar ainda mais a discussão sobre a residência médica em nosso país, buscando sistematizar de forma crítica contribuições da Educação para essa modalidade de pós-graduação médica.

O conhecimento

O que é o conhecimento? Como aprendemos? Para os empiristas, o conhecimento vem do mundo externo ao sujeito, entra através dos sentidos e se fixa, independentemente da vontade do indivíduo. Os aprioristas acreditam que o conhecimento acontece porque o indivíduo já o possui em si, inato em sua bagagem genética. Esse conhecimento será desenvolvido no decorrer da vida, em etapas previstas. Embora opostas, essas duas visões (empirista e apriorista) tomam o sujeito como passivo¹²³. É importante esclarecer aqui a noção de sujeito que pretendemos compartilhar. Entendemos o sujeito como um ser pensante que, ao atribuir qualidades características ao mundo, identifica a si próprio. E a qualidade de ser sujeito, a subjetividade, é

expressa pela relação entre as pessoas e seria mais bem conceituada como “intersubjetividade”, sendo o sentido existencial dessa relação o colocar-se diante do outro e conceber as “compossibilidades” de ambos, em busca de um sucesso existencial¹²⁴.

Adotando esse conceito de sujeito, os construtivistas acreditam que o conhecimento não acontece somente pelo mundo externo, nem pela bagagem genética, mas por uma combinação dos dois. Aham que o conhecimento é uma construção, na qual o indivíduo age espontaneamente, independentemente do que lhe é ensinado (sujeito ativo). O conhecimento utiliza as estruturas inatas do indivíduo e também os estímulos do meio físico e social no qual ele se encontra: retira do meio o que é interessante e reconstrói o que é próprio do indivíduo, pois esse próprio já não será mais o mesmo, visto que foi modificado por tudo que foi captado do meio. Concordamos que essa visão, que dá importância tanto ao meio (físico e social) quanto ao indivíduo e que privilegia a relação entre ambos é a que mais se aproxima do verdadeiro sentido de conhecimento¹²³.

A aprendizagem é uma função básica do ser humano e serve como instrumento de adaptação. Outras espécies animais são capazes de aprender, mas é muito mais próprio do homem ser um aprendiz flexível e ser um agente ativo nesse processo de adquirir conhecimentos e habilidades¹²⁵. Quando falamos de aprendizagem, notamos que ela pode se dar, ou não, através da educação formal que é representada principalmente pela escola. Mas queremos discutir, aqui, a validade do que é aprendido no ensino formal e, principalmente, a sua relação com o mundo real.

Aprender é adquirir conhecimentos, habilidades, compreensão. Significa ainda “agarrar” intelectualmente³³. Para Teixeira¹²⁷, até o século XX, aprender tinha o significado de “fixar um fato ou uma habilidade na memória ou no hábito”. Saviani¹²⁸ afirma que a escola tinha a formação intelectual como o centro, tendo o professor um papel primordial de transmitir os conhecimentos e os alunos, o de assimilá-los.

Ocorre, então, uma evolução no sentido do *aprender*. O que inicialmente significava apenas memorizar passa a ter sentido de compreender o que havia memorizado. Depois, aprender torna-se formular com palavras próprias o que se havia compreendido. Mais tarde ainda, segundo Teixeira¹²⁷, *aprender* assume o significado de “ganhar um modo de agir”, isto é, a aprendizagem só ocorre quando, após assimilarmos algo, conseguimos agir de acordo com o que aprendemos. Aprender, nessa concepção, é um processo ativo que se desenvolve a partir da seleção de reações apropriadas, que depois são fixadas¹²⁷. Não se aprende apenas por absorção. O cerne do ensino é

transferido da compreensão intelectual para a prática, do lógico para o psicológico e dos conteúdos para os processos¹²⁸.

Uma nova ciência da aprendizagem

Mas como conseguimos aprender? Grandes são os esforços que tentam relacionar os achados das pesquisas e a prática no dia-a-dia da escola. Os estudos das últimas décadas do século XX influenciaram e modificaram a educação¹²⁶. Educar é muito mais do que treinar. Treinar, segundo Houaiss³³, tem origem no francês “*traîner*”, usado inicialmente no português como termo de volataria, com o sentido principal de adestrar, condicionar, domesticar, arrastar, levar alguém à força. Aqui, em sintonia com Struchiner e Giannella¹²⁹, entendemos educação como um “*processo de transmissão, construção e reconstrução do conhecimento e da formação de cidadãos competentes e conscientes de seu papel em nossa sociedade, capazes de atuarem produtivamente e de forma comprometida em seus ambientes sociais e em suas atividades profissionais*”.

Estudos recentes nos trazem novos conceitos sobre o processo de ensino-aprendizagem. Eles têm permitido compreender melhor como se dá o raciocínio ao resolver problemas e como adquirimos compreensão e habilidades específicas. Contribuindo para isso, o importante desenvolvimento da neurociência e da psicologia da cognição tem confirmado várias teorias sobre o desenvolvimento intelectual. A experiência, modificando o cérebro, parece ter papel fundamental na formação da estrutura mental. A prática estimula a aprendizagem, havendo correspondência entre o grau de interações com fatores externos e a mudança estrutural cerebral. A aprendizagem muda a estrutura física do cérebro e essa mudança altera sua organização funcional¹²⁵.

Uma boa aprendizagem não depende exclusivamente de métodos perfeitos de treinamentos e de exímias práticas de ensinar, mas de uma excelente compreensão e do uso adequado do conteúdo pelo estudante no dia-a-dia. Isso se dá através de uma rede de estruturas de informação que organiza o conhecimento e que funciona como substrato da compreensão e do pensamento. A estrutura dessa organização, a expressão e representação dos significados relacionam a memória não mais com simples associações. Observemos o modo como os *experts* desenvolvem sua maneira de pensar e raciocinar. Não que o objetivo de uma boa aprendizagem seja formar *experts* em cada conteúdo. Mas, aprendendo como eles operacionalizam seu conhecimento, podemos identificar fatores importantes. Parece que a diferença dos *experts* não está na

capacidade de memória, no coeficiente de inteligência ou no uso de estratégias gerais para resolver problemas específicos, mas no direcionamento do olhar diante do todo que observam e na maneira de organizar, representar e interpretar essas informações. Essas características fazem com que eles tenham um profundo entendimento de determinado assunto, contextualizando-o e sendo capaz de aplicá-lo na vida prática e não apenas no ambiente escolar^{125, 126}.

As habilidades médicas

Na formação do profissional de saúde, a capacidade de aplicar o que se aprende na escola é essencial. Muitas iniciativas e práticas pedagógicas são ainda pautadas no conteúdo, na memorização de informações, cada vez mais volumosas e menos relacionadas à prática profissional. Menospreza-se a observação do todo e a organização, representação e interpretação do estudante àquilo que lhe é ensinado, correlacionando ao mundo profissional¹³⁰.

Analisar o problema a ser solucionado e raciocinar sobre ele é um processo que parece utilizar estratégias gerais (modelos de experiências prévias) para situações específicas. Reconhece-se o impacto que o conhecimento deve exercer no ambiente/contexto no qual ele é adquirido, isto é a capacidade de transferência de conhecimento. É imprescindível, para quem aprende, desenvolver a capacidade de questionar quando e onde os conhecimentos e habilidades adquiridos poderão ser utilizados e quais as suas condições de aplicação. Para ajudar nesse objetivo, é muito importante priorizar os aspectos gerais, ao contrário de querer ensinar tudo a todos: essencial é entender bem os princípios básicos que poderão ser aplicados em outras situações, em outros contextos. Outro fator importante, para que se consiga a transferência de conhecimentos, é habituar-se a construir conceitos. Isso significa representar mentalmente os problemas a serem solucionados, identificando seus componentes na estrutura global, e utilizar critérios de similaridade e de diferença para, depois, solucionar outros problemas¹²⁶.

A formação tradicional do profissional de saúde, baseada na organização disciplinar e nas especialidades, conduz ao estudo fragmentado dos problemas de saúde das pessoas e das sociedades, levando à formação de especialistas que não conseguem mais lidar com as totalidades ou com realidades complexas. Formam-se profissionais que dominam diversos tipos de tecnologias, mas cada vez mais incapazes de lidar com a subjetividade e a diversidade moral, social e cultural das pessoas. Também são

incapazes de lidar com questões complexas como a dificuldade de adesão ao tratamento, a autonomia no cuidado, a educação em saúde, o sofrimento da dor, o enfrentamento das perdas e da morte e o direito das pessoas à saúde e à informação¹³¹.

Essa formação tradicional é basicamente centrada em hospitais, com grande ênfase na atenção terciária e na especialização. Isso geralmente vem acompanhado de uma distância do que é comum e prevalente, além de impedir o acompanhamento de toda a evolução dos casos. O professor, especialista na maioria das vezes, tenta ensinar o máximo de conteúdo da sua disciplina, sempre achando que ela é a única importante e nem sempre considerando o conhecimento que o estudante traz consigo e nem a relação que ele faz, do que aprende, com o mundo em que vive¹³¹.

No ensino-aprendizagem de habilidades médicas, sabemos que a coordenação de diversas formas de conhecimentos é necessária durante o desenvolvimento do raciocínio diagnóstico e de atitudes profissionais, sendo mais importante que qualquer outra habilidade ou tarefa mental isolada^{112, 118, 132}. Estudos mostram que conhecimentos sobre as ciências básicas, sobre os scripts das doenças (sinais, sintomas, apresentações típicas, qualificadores semânticos como bilateral/unilateral, simétrico/assimétrico), os esquemas mentais que os relacionam (matrizes com suas probabilidades ou árvores de decisões) e conhecimentos advindos da experiência (o aprender com a prática clínica, com exemplos passados) são coordenados num processo que se torna mais importante que o uso isolado de qualquer um desses itens^{120, 133}. Norman¹³³ chama esse processo de coordenação de “raciocínio clínico”.

Vários modelos que tentam explicar esse raciocínio diagnóstico são descritos na literatura^{132, 134, 135}. Elstein e Schwarz¹³⁵ mostram que a estratégia usada na solução de problemas clínicos depende da dificuldade encontrada e do conhecimento adquirido, sendo as conclusões finais dependentes tanto desse conhecimento quanto da força das evidências (raciocínio clínico baseado em evidências). A intuição clínica e a teoria das probabilidades são utilizadas nesse processo que consiste em testar hipóteses, comparar com padrões já estabelecidos e categorizá-las¹³⁵. Custer et al¹³² e Bordage¹²⁰ destacam três principais teorias que explicam o raciocínio clínico: estruturada em protótipos, num processo de abstração que constrói uma via comum de pensamento a partir da experiência com outros pacientes; estruturada em exemplos, na qual exemplos de pacientes são memorizados, mantêm-se imutáveis e são utilizados quando necessário, sem nenhuma abstração; e estruturada numa rede semântica de esquemas e scripts, representada por numerosos nós (menores unidades do conhecimento) conectados por

elos, na qual a estrutura e a função do conhecimento estão intimamente relacionadas, e que é ativada por estímulos específicos para determinados nós.

Mas poucos são os estudos que analisam esses modelos de explicação do raciocínio clínico de maneira não excludente, caracterizando-o como multifatorial, combinado e flexível^{111, 113}. Ark, Brooks¹¹⁸ e Eva¹¹¹ também afirmam que o uso de estratégia de raciocínio, combinando vários fatores é bem mais efetivo que o uso de um ou outro componente isolado. O raciocínio clínico confere ao médico, frente a um paciente, uma visão própria e específica do caso. No encontro clínico, o profissional vai construindo várias questões e vai tecendo respostas que levam a determinada direção. Mas os médicos experientes não conseguem explicar facilmente como eles chegam ao diagnóstico final, pois essa tarefa não depende exclusivamente de conhecimentos específicos¹³⁶.

Remetendo-nos ao sistema educacional, não é mais seu objetivo a simples aquisição de habilidades literárias, como o ler, o escrever e o calcular, nem mesmo a aquisição exclusiva de conhecimentos específicos. O mundo complexo e global em que vivemos já exige das pessoas essas condições. A educação preocupa-se em estimular o pensamento, a leitura crítica, a expressão clara e contundente de idéias e opiniões e a solução de problemas reais¹²⁶. No ensino da medicina, tanto na graduação quanto na residência, conhecimentos e habilidades isolados não tornam um médico competente, mas sim a capacidade de usar esses atributos, quando necessário, em situações clínicas particulares¹³⁶. E, ainda, para um bom desempenho da medicina, sabemos serem necessárias, além de competências técnicas, a satisfação profissional, a satisfação dos pacientes e uma atenção de qualidade, que seja eficiente e custo-efetiva. Isso exige comportamentos, atitudes, conhecimentos e princípios cientificamente comprovados, que podem e devem ser desenvolvidos durante a residência médica^{113, 121}.

Bransford et al¹²⁶ nos mostram uma teoria da aprendizagem que aborda o currículo, o aprender/ensinar e a avaliação de uma maneira muito diversa do que estamos acostumados a praticar no cotidiano de nossas escolas. Essa teoria dá maior importância às relações traçadas entre alunos e professores. Nesse sentido, o Ministério da Saúde, em relação ao ensino médico, privilegia posturas ativas, críticas e reflexivas, que incentivem a abertura de caminhos para a transformação e não para a reprodução acrítica da realidade social¹³⁷. Tal pensamento ganhou mais força por ser o resultado de um trabalho multidisciplinar, que envolve pensadores da ciência da cognição, da psicologia social, da antropologia, da neurociência, utiliza modelos computadorizados e conta com professores de grande experiência prática. Esse trabalho conjunto contribui

para encontrar resultados importantes, factíveis e com a capacidade de mudar e melhorar a prática educacional, buscando, como afirma Simon¹³⁸, a “*aplicação da nova ciência da aprendizagem no ensino e aprendizagem das ciências*”.

A humanidade sempre conviveu com o ensinar e o aprender, mas a revolução cognitiva nos leva a uma nova visão. Ela respeita o conhecimento prático já adquirido e contribui com considerações que aperfeiçoam e enriquecem os fundamentos desse processo. Compreender profundamente como conhecemos, aprendemos e ensinamos é importante para desenvolver ou perseguir o potencial pessoal e profissional de cada um. E, cada vez mais, conseguimos subsídios que nos permitem aprofundar nessa compreensão¹³⁸.

A medicina combina características de arte e de ciência. Nesse ambiente, o residente observa os preceptores, tomando-os como modelo, não apenas de conhecimento e de habilidades técnicas, mas também como espelhos de comportamentos e atitudes¹²¹. E esse processo pelo qual adquirem seus conhecimentos, suas habilidades, seus valores, e começam a aprender a exercer o seu papel na sociedade é chamado de formação da identidade profissional¹²², que se inicia desde a graduação e continua durante a residência médica.

Sabemos que existe grande diferença, no processo cognitivo, entre decorar e entender, e assim compreendemos melhor a formação da identidade médica que se relaciona mais com o entender. Quem entende algo, tem a capacidade de reter esse conhecimento por um período de tempo mais longo e de usá-lo, quando pertinente, em novas situações¹³⁸. Podemos, com isso, considerar que o primeiro passo no caminho do ensino-aprendizagem durante a residência é explicitar o que deve ser compreendido e o que o aprendiz deve ser capaz de fazer com o que compreendeu¹⁰⁹. A base dessa compreensão, afirma Simon¹³⁸, são regras procedimentais do tipo “SE... ENTÃO”, que devem ser internalizadas pelo médico em formação, para demonstrar o conhecimento e as habilidades objetivados. O segundo passo é oferecer, então, experiências variadas que permitam ao residente aprender a captar pistas ou sinais relevantes nas situações encontradas e a buscar, na memória, ações apropriadas, efetivas e pertinentes para serem usadas em situações posteriores¹³⁸.

Durante a residência, a aprendizagem deve ser significativa, com seus objetivos bem explícitos, para que possa motivar o residente¹⁰⁹. Simon¹³⁸, falando-nos sobre educação em geral, afirma que a motivação pode vir da descoberta, do deixar descobrir. E que o oferecimento de um ambiente no qual novos conhecimentos e habilidades são obtidos regularmente é um ponto essencial. Um bom caminho a seguir

é, então, orientar o médico recém-formado a fazer sucessivas descobertas e ofertar exemplos que o façam perceber a existência de alguns padrões, para tomar atitudes pertinentes; e deixar bem claro os objetivos da aprendizagem¹⁰⁹.

O raciocínio clínico

A residência médica, segundo Huddle e Heudebert¹³⁶, deve mostrar a importância de perceber os aspectos essenciais e não se confundir com características superficiais e supérfluas dos casos clínicos. É preciso estar dentro do contexto, discriminando os fatores relevantes daqueles não muito importantes. E, ainda, é necessário que o residente aprenda a construir questões pertinentes a cada caso, mesmo que ainda não saiba as respostas. Estas serão atingidas com o tempo e serão guardadas na memória com muito mais sucesso do que as respostas/ensinamentos que não forem oriundos de questões próprias¹³⁶.

Simon¹³⁸ afirma que a escola nos mostra apenas uma das muitas maneiras de aprender. Isto é, a escola não é o único local onde aprendemos. A educação formal já não consegue mais oferecer tudo e um de seus objetivos é, então, o desenvolvimento do potencial de cada um, através de ferramentas intelectuais e estratégias de aprendizagem que ensinam a aprender e que serão usadas por toda a vida^{126, 138}. A grande preocupação de que a escola simplesmente seleciona talentos e não os desenvolve é combatida, então, através das novas práticas educacionais. Mesmo aqueles bons alunos nos métodos tradicionais de ensino ganham em desenvolvimento de habilidades, conhecimentos e atitudes com essas novas práticas¹²⁶.

A residência pode ser um espaço para se aprender a habilidade em utilizar várias abordagens na resolução de um caso clínico, o que faz parte da *expertise* médica. Para compreendermos melhor, recorremos a Ark et al¹³⁹, que afirmam que, no raciocínio clínico, o médico lança mão de dois tipos de mecanismos não excludentes, operacionalizados de várias maneiras: analítico e não-analítico. O mecanismo analítico é representado por considerações sistemáticas, que podem ser controladas. Estas se relacionam a características isoladas dos fatores que levam à construção dos diagnósticos (por exemplo: edema mole, frio e indolor). Isso é o tradicionalmente ensinado, dando especial atenção à identificação de todas as características clínicas e ao seguimento de algoritmos para se traçar a hipótese diagnóstica¹³⁹. Huddle e Heudebert¹³⁶ chamam de conhecimento da medicina e suas técnicas.

Esse **mecanismo analítico** do raciocínio clínico tem como base a concepção behaviorista de conhecimento, considerando que este vem do mundo externo ao sujeito, já pronto e acabado¹²⁶. Então, entraria através dos sentidos e se fixaria, independentemente da vontade do indivíduo. Conhecer, para um behaviorista, é descobrir. Mas essa descoberta já está presente no mundo externo, por isso o homem é produto do meio onde vive¹⁴⁰. No mesmo caminho, para a abordagem tecnicista da educação, que tem suas origens no pensamento behaviorista explicitado por Skinner^{141, 142}, a organização sistemática dos conteúdos, as técnicas e os recursos são os principais fatores do processo de aprendizagem. Isso porque essa abordagem acredita que somente esses fatores podem ser explicitados pela ciência, através de comprovação e validação empíricas. Então, educar é transmitir conhecimentos, habilidades, práticas sociais e comportamentos, numa tentativa de controlar o ambiente a cultura e a sociedade. E a escola, local onde se dá o processo formal de educação, ensina de acordo com as condutas úteis e desejáveis para a sociedade, privilegiando o planejamento e a organização, buscando objetivos determinados previamente e que possam ser mensurados, e oferecendo o “feedback” necessário, como reforço às respostas dos estudantes. Com esse reforço, tem-se a garantia de que o conhecimento e as condutas vão se enraizar e se tornarem permanentes¹⁴⁰. É a base do ensino por módulos, no qual o aprendiz realiza uma experiência individual e no seu ritmo, muito comum durante a graduação e que persiste na residência. O professor tem, nessa abordagem, uma função de planejar, avaliar e elaborar os materiais para permitir/possibilitar que todos, ao final, cheguem ao mesmo objetivo.

Já os **mecanismos não-analíticos** do raciocínio clínico, explicitados no fim do século XX por Norman e Brooks¹³⁴ são representados pelas considerações diagnósticas feitas, rápida e inconscientemente, a partir de similaridades do caso atual com outros do passado, num fenômeno que pode ser denominado reconhecimento padrão¹²⁹. Não quer dizer que seja necessário que o médico em formação construa protótipos e os guarde em sua memória. Os protótipos existem. Porém, decorar listas de sinais e sintomas e, a partir deles, tentar encontrar um diagnóstico, não deve ser a base do ensino médico, como tem acontecido nos últimos anos. Existem outras instâncias importantes para o raciocínio, que permitem identificar, manipular e dar nova interpretação ao que foi guardado na memória, sem respeitar regras explícitas ou conferir pesos pré-determinados aos mais variados fatores. Isso foi comprovado por estudos nos quais modelos computacionais, com enorme capacidade de acúmulo de

informações e de regras para utilizá-las, apresentaram pior desempenho que pessoas experientes^{134, 143}.

Percebemos que o sucesso no raciocínio clínico depende de uma abordagem do paciente como um todo, reinterpretando as características isoladas à luz desse todo¹³⁴. Os conhecimentos da medicina e as técnicas são ferramentas importantíssimas, que devem ser usadas na apreensão dos pacientes, dentro de seus contextos¹³⁶. Entendemos, ainda, que esse raciocínio utiliza mecanismo analítico e não-analítico conjuntamente e pode ser treinado, ensinado e aprendido na residência médica, através de táticas instrucionais adequadas^{134, 139}. A experiência pode ser compreendida como uma familiaridade com vários exemplos e o ensino durante a residência deve organizar as experiências dos neófitos para conseguir o máximo de eficiência da aprendizagem. Isso não depende de qualquer regra ou heurística, mas de métodos que arranjam a seqüência de exemplos de modo que o residente possa caminhar da identificação das características de determinado protótipo até a comparação com exemplos de outras condições, explicitando as semelhanças e diferenças. O ambiente e o modo como se dá essa formação são de suma importância: aprende-se muito mais com o estímulo para chegar a um diagnóstico, levando em conta seus diferenciais, do que com uma simples argüição de variados diagnósticos diferenciais em exemplos fixos e estanques¹³⁴.

O raciocínio clínico e o construtivismo

Os fundamentos que explicam o raciocínio clínico são encontrados na chamada nova ciência do conhecimento. Novas ferramentas, metodologias e teorias possibilitaram a exploração das funções mentais relacionadas ao pensamento e à aprendizagem no decorrer da segunda metade do século XX. Associa-se, a esses avanços, a compreensão da importância dos contextos sociais e culturais no processo de ensino-aprendizagem¹²⁶.

A capacidade de compreender passa a ser essencial para a aprendizagem. Intuitivamente, sempre se deu importância à compreensão, mas historicamente ela foi pouco estudada. Ao mesmo tempo, a escola cobra mais memória que compreensão, oferecendo conteúdos e uma grande quantidade de conhecimentos que devem ser decorados pelos estudantes, o que podemos perceber também durante a residência. As novas teorias concebem importância a um corpo de conhecimentos estruturados, mas afirmam também que, mais importante, é a conexão entre os conteúdos desse conhecimento, sua organização em conceitos, a percepção dos contextos em que podem

ser utilizados e da possibilidade de transferência para outros contextos, quando pertinente¹²⁶.

Focalizando o ensino médico durante a residência, Whitcomb¹⁴⁴ afirma que apenas competências informativas, baseadas no domínio de conhecimentos, habilidades e atitudes clínicas, não conferem a um residente a qualidade de ser um bom profissional. É necessário, para isso, que o médico em formação consiga traduzir essas competências e integrá-las, de uma maneira que lhes permita desempenhar tarefas complexas, que caracterizam uma atividade médica de qualidade. Nesse sentido, a residência deve oferecer oportunidades clínicas variadas para que os neófitos exerçam o cuidado aos pacientes nas diversas circunstâncias da vida de um médico^{136, 144}. Não deve exigir apenas atributos cognitivos dos residentes, mas estimular que eles cuidem bem de seus pacientes nas situações clínicas reais¹⁴⁵. O treinamento desses atributos cognitivos isolados pode anatomizar o cuidado médico, o que é prejudicial para a qualidade da atenção. A ênfase nas competências informativas não consegue evidenciar a habilidade médica de escolher, entre os elementos dessas competências, aqueles que devem ser utilizados em cada situação¹³⁶. E, segundo Huddle e Heudebert¹³⁶, essa habilidade essencial para um bom profissional só é conseguida se treinada durante a residência Médica, destacando o cuidado do paciente como um todo e não o treinamento de habilidades isoladas.

Para Bransford et al¹²⁶, esse importante ponto das teorias da aprendizagem, o foco na compreensão, leva a um estudo minucioso do processo do conhecimento, das teorias de Piaget e Vygotsky. Para eles, todos chegam à escola com conhecimentos prévios, crenças, conceitos e habilidades já adquiridas que influenciam a sua maneira de ver o mundo, de percebê-lo e de interpretá-lo. Então, esses fatores agem em seus atributos de memória, raciocínio, solução de problemas e no processo de aquisição de novos conhecimentos¹²⁶. É o construtivismo essa teoria que acredita que as pessoas são aprendizes ativos, que procuram o conhecimento e trazem consigo uma série de fatores e conhecimentos já adquiridos que vão compor o seu ponto de vista sobre os diversos cenários de aprendizagem. A partir dessas características próprias, constroem novos conhecimentos e compreendem novos assuntos^{146, 147}.

Na prática, isso afirma a preocupação do ensino com os conceitos já trazidos e com o entendimento, a interpretação e as convicções que o estudante tem, baseados nesses conceitos (que podem ser ou não corretos, exatos, precisos). A escola amadurece esses conceitos, conferindo-lhes maior precisão e acurácia. Alguns confundem esse pensamento construtivista, retirando toda a função de ensinar da escola, como se o

estudante aprendesse isoladamente, por si só. Não é isso. O construtivismo afirma que o ensino pode e deve mostrar diretamente os caminhos e os conceitos, mas que eles serão reinterpretados pelos estudantes e que devemos ter especial atenção para essas interpretações¹²⁶.

Huddle e Heudebert¹³⁶ posicionam esse pensamento construtivista dentro do ensino durante a residência médica, através do conceito proposto por Schon¹⁴⁸ de “*reflexão na ação*”. Os autores caracterizam o trabalho médico como uma construção de um problema, como um raciocínio feito com base no conhecimento específico, em técnicas e na capacidade de percepção do outro e de seu mundo (do paciente). Portanto, um processo que traz muito de ambos (do médico e do paciente)¹³⁶. E afirmam, ainda, que o ensino dessa habilidade não pode ser fragmentado em vários elementos. O que se espera do residente como competência geral é que ele se arme de conhecimentos e de técnicas específicos, mas que consiga responder, com eles, aos diferentes pacientes que vai encontrar em sua vida profissional, pacientes com seus diferentes contextos. Porque o que realmente se pretende com a residência é que ela traga, ao futuro médico, o domínio de uma série de competências que respondam às necessidades da sociedade, e a capacidade de integrá-las em sua prática profissional¹⁴⁹.

Kipper e Loch¹⁵⁰ afirmam que a residência médica deve aperfeiçoar as competências adquiridas na graduação. Isto é, o residente deve aprimorar o comportamento ético em suas relações; a sua percepção dos determinantes sócio-culturais, político-econômicos e bio-psíquicos do processo saúde e doença; a sua compreensão da diversidade de comportamentos, idéias e crenças; seu domínio em realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis ao médico geral e ao especialista; e sua habilidade de comunicação, empatia e trabalho em equipe¹⁵¹. Nesse ponto, o papel do preceptor é crucial, pois só alguém que acompanhe realmente o residente em suas atividades diárias poderá ficar atento ao ensino/aprendizagem dessas competências¹³⁶.

Outro fator importante no construtivismo é a meta-cognição, isto é, a capacidade do estudante perceber, avaliar e controlar o seu processo de aprendizagem e a sua performance em desempenhar tarefas. É o aprendiz desenvolvendo um diálogo interno e percebendo o próprio entender, as novas informações imprescindíveis para a compreensão, o quanto são coerentes com os conceitos adquiridos previamente e como construir analogias que o auxiliem em todo esse processo. A meta-cognição é um forte componente da *expertise* adaptativa. Estimulá-la é um dos papéis da escola e auxilia no

desenvolvimento da capacidade de transferência de conhecimentos para novas situações, quando se julga necessário que isso ocorra¹²⁶.

Klass¹⁴⁵ aponta que essa é uma das maiores mudanças no ensino médico: examinar a própria prática, acompanhar o processo ensino-aprendizagem e buscar as necessidades educacionais. Seguindo esse pensamento, podemos afirmar que o residente deve desenvolver a capacidade de meta-cognição baseado em suas atividades práticas, refletindo sobre elas e buscando novas competências que ele julgue necessárias para melhorar sua performance como médico. Isso, segundo Ten Cate e Scheele¹⁵¹, ajudaria a aproximar a distância entre a teoria e a prática no ensino durante a residência médica e levaria a um ensino-aprendizagem baseado na competência, no qual atingir os resultados seria mais importante que cumprir determinado tempo de treinamento.

Percebemos que a escola precisa trabalhar com o conhecimento prévio do aluno, criando espaço para que esse conhecimento seja explicitado. O ensino deve, ainda, ter um foco que abarque desde a atividade, o processo de produção e o produto, estimulando a execução de determinadas tarefas (supervisionando a quantidade e qualidade do trabalho); passando pelo foco na aprendizagem ao desempenhar a tarefa (preocupando-se com o que o neófito está aprendendo durante a execução da tarefa e com os passos seguidos); até chegar ao foco na percepção de todo o processo por quem está aprendendo (preocupando-se com o que está aprendendo, mas com especial atenção ao “feed-back” para o estudante sobre todo o processo de aprendizagem e sobre qual o propósito, o passo inicial que levou à execução da tarefa)¹²⁶. Esse pensamento está ligado ao ensino de competências, tão discutido na formação profissional.

Ten Cate e Scheele¹⁵¹ afirmam que o residente deve adquirir uma competência profissional, que representa muito mais do que a soma de competências operacionais detalhadas (atividades importantes que devem fazer parte do ensino, como interpretar determinado exame complementar ou entrevistar um paciente). Na verdade, os residentes devem adquirir durante seu processo de ensino-aprendizagem, além de competências operacionais, atributos gerais de um médico, que são uma gama de qualidades que um bom profissional deve ter. Isto é, além das atividades específicas que caracterizam a profissão e que devem fazer parte da residência médica, existem atributos gerais que permitem que o médico em formação possa executar essas atividades independentemente, sem auxílio de um preceptor, a partir de certo momento de sua formação. Esses atributos devem ser adquiridos na prática clínica diária durante a aprendizagem na residência¹⁵¹.

Na nova ciência da aprendizagem, então, aprender significa agir de maneira diferente. Encarar a formação profissional durante a residência médica como um processo educacional é considerá-la algo mais que um treinamento. E esse processo se baseia no desenvolvimento coordenado de diversas formas de conhecimentos e habilidades, e na aquisição de atributos técnicos e relacionais.

Para que essa formação profissional tenha sucesso, a aprendizagem deve ser significativa e com objetivos bem explicitados. Na aquisição da *expertise* médica, o residente deve adquirir habilidades para aprimorar seu raciocínio clínico, utilizando mecanismos analíticos e não-analíticos, traduzindo as competências informativas e conseguindo integrá-las, o que permite que ele consiga desempenhar tarefas complexas exigidas pela profissão.

Outro fator importante para o êxito da aprendizagem durante a residência é a ênfase na meta-cognição. Através desse exercício, o residente vai adquirindo atributos técnicos e relacionais que o permitam responsabilizar-se progressivamente pelos atos profissionais, até que ele não precise mais da ajuda do preceptor.

Acreditamos, então, que o desenvolvimento de competências médicas específicas, de habilidades clínicas e o desenvolvimento da identidade profissional, baseados em princípios da nova ciência da aprendizagem e nas pesquisas em educação médica, encontram, na residência, terreno fértil e adequado para o seu crescimento em qualidade. Nesse caminho, percebemos que estaremos no sentido certo para a construção de uma medicina melhor.

Feitas tais considerações acerca do processo de ensino-aprendizagem, impõe-se esta questão: é possível ensinar/aprender ética durante a residência médica?

Observamos os aspectos históricos da residência médica e o papel do preceptor na discussão sobre o processo ensino-aprendizagem que ocorre nessa modalidade de pós-graduação. Como já mencionamos anteriormente, tal discussão deve abranger os aspectos relacionados à formação moral do residente, tão importantes quanto àqueles relacionados à sua formação técnica. Assim, passaremos agora a descrever os pressupostos que podem orientar essa formação moral durante a residência.

Lind¹⁵³ mostra que a formação médica preocupa-se mais com a busca pela excelência clínica e menos com a formação moral e com o desenvolvimento da responsabilidade profissional. O profissional de saúde, que tem a missão de cuidar da saúde da população, deve fazer uso do juízo crítico para avaliar sua prática e as repercussões dessa prática nas relações com o paciente, com o colega e com os meios de trabalho. E, nessa discussão, é importante considerar o que faz um indivíduo ser capaz de tomar decisões sobre o certo e errado, o justo e injusto, o bem e o mal. Importante também é situar o papel da escola médica e do professor nesse processo de desenvolvimento da moralidade⁹.

A definição sociológica de uma profissão é aquela ocupação que está a serviço da necessidade pública, faz uso de conhecimento esotérico, apresenta habilidade complexa, necessita de treinamento especializado de longa duração. Deve ser ainda exercida em tempo integral e permitir ao indivíduo que ele viva da remuneração recebida por ela, adotar padrões individuais e coletivos de atuação (códigos de ética) e, principalmente, ter autonomia, isto é, o controle do exercício e da formação profissional é feito pelos próprios pares¹⁵⁴. O código de ética de uma profissão tem duas grandes funções. Uma, de defender os interesses corporativos, estabelecendo critérios e normas de disputa e convívio profissional. Ele padroniza o comportamento corporativo através de princípios a serem observados. Uma segunda função é a de defender os interesses da sociedade, através da orientação para a coletividade, impedindo que maus profissionais exerçam a atividade⁹.

Profissionalização

A profissionalização do médico é um tipo de socialização secundária¹⁰. A grande motivação para essa socialização é tornar-se médico, isto é, adquirir habilidades específicas e a identidade profissional, identificando modelos, assim como as antíteses do ideal profissional. O estudante constrói sua identidade para pertencer ao grupo, assimilando, com suas particularidades, partes da cultura médica^{155, 156}. Tal socialização pode ser melhor compreendida recorrendo-se a duas teorias, duas formas diferentes de explicação: a estrutural funcionalista e a interacionista simbólica²⁶.

Na abordagem funcionalista, a formação médica serve para adquirir conhecimento especializado, valores e normas para exercer a profissão. Dá-se importância ao universo social em que o estudante se forma, treinando e cumprindo ritos para ser aceito pela coletividade. Isto é, essa abordagem toma o estudante/residente como um médico aprendiz, que se identifica precocemente com seu papel social, assumindo valores, atitudes e comportamentos padronizados¹⁵⁶. Na perspectiva interacionista, o estudante é um membro de uma coletividade que estabelece estratégias comuns para atingir o seu objetivo: terminar os estudos e sobreviver à dominação. Essas estratégias podem ser até comportamentos desviantes, como a “cola”, para superar os obstáculos que aparecem. Importam mais os aspectos psicológicos, o desenvolvimento pessoal e o impacto das experiências dos estudantes na sua formação¹⁵⁵.

Essas duas abordagens, que apresentam diferenças e semelhanças entre si, mesmo se utilizadas conjuntamente, são ainda insuficientes para compreendermos a socialização profissional dos médicos²⁶. Essa socialização tem, ainda, um componente muito importante que é chamado de treinamento para a incerteza. Os estudantes são doutrinados para três grandes incertezas, que se originam na sua incapacidade de aprender todo o saber técnico da biomedicina, nas limitações desse próprio saber técnico e nas dificuldades em discernir entre essas duas primeiras incertezas na prática médica. Baseado nessas três incertezas, o estudante não é treinado para lidar com suas dúvidas, com seus erros e nem com os erros de seus colegas, preferindo, na maioria das vezes, ignorá-los. Legitimar a incerteza parece ser uma manifestação de adesão à corporação médica²⁶.

Notamos, então, que a socialização profissional compreende uma aprendizagem direta através do ensino didático de técnicas e conhecimentos específicos e também uma aprendizagem indireta de atitudes, valores e padrões de comportamento através do contato com professores, colegas, pacientes e profissionais da equipe de

saúde. Impressionante saber que esse aprendizado não é apenas espelhado em modelos ou padrões, mas principalmente no envolvimento com a organização social que representa a comunidade de profissionais, estudantes e pacientes da escola médica¹⁵⁶. Estamos diante do chamado currículo oculto, que se estende desde as influências da mídia até esse grande envolvimento com a comunidade acadêmica²⁶.

Mas o residente não é apenas um sujeito passivo durante todo esse processo, recebendo somente influências do meio no qual se forma. Pelo contrário, é ator durante a formação profissional, trazendo, em sua bagagem, influências de seu espaço social e conteúdos interiorizados durante a socialização primária (que ocorre na infância, no seio familiar). Ele usufrui ainda de sua liberdade pessoal, que o leva a fazer escolhas diante de tudo o que a escola médica lhe oferece. É claro, ainda, que a socialização profissional exerce certa coação sobre o estudante, num sentido de “obrigá-lo” a seguir um padrão mínimo de conhecimentos, valores e atitudes típicas da corporação médica. Segundo Rego²⁶, existem estudos que mostram o progressivo aumento do cinismo e diminuição do idealismo à medida que o estudante progride na escola. O autor relata, ainda, que outros estudos mostram esse desenvolvimento do cinismo na construção de uma preocupação maior com os aspectos biomédicos em detrimento dos aspectos psicossociais, mas que culmina com um retorno ao idealismo do início do curso, agora mais bem informado, no final da graduação. Na mesma linha, Kottow¹⁵⁷ conclui que o curso de medicina tolhe as atitudes humanistas e críticas e produz estudantes que primam pelo respeito a normas e códigos.

O Ensino da ética

O ensino da ética na escola médica – realizado de maneira tradicional, em disciplinas isoladas, centrado na discussão do código de ética ou na apresentação de modelos idealizados – não é o mais adequado, pois leva ao pensamento de que a moral é exclusivamente heterônoma, isto é, que devemos seguir um conjunto de normas e princípios pré-estabelecidos (**ética deontológica**) e não considera todos os aspectos da socialização profissional. Discute apenas a moralidade do agente, o que é complicado em nosso tempo e não consegue abarcar as necessidades atuais de um profissional em formação. Podemos desenvolver um ensino baseado na moralidade dos atos, frente aos dilemas e às relações sociais contemporâneas, que têm alto grau de complexidade, o que mostra um respeito ao contexto real⁹. Entra em cena, então, a **Bioética**, considerada por

Rego³⁰ como o campo que questiona o caráter absoluto e fora de contexto dos valores morais tradicionais, dos direitos e dos princípios. Esse questionamento é feito através do diálogo, do respeito às diferenças e de acordos e consensos.

Faz-se necessário, a nosso ver, compreender melhor o processo de formação moral do indivíduo. Analisemos, assim, três modelos teóricos, com pontos opostos, mas suplementares, que nos ajudarão a ter essa compreensão. São eles a psicanálise, o aprendizado social e o estruturalismo/cognitivismo²⁶. Segundo Biaggio¹⁵⁸, a **psicanálise freudiana** explica esse desenvolvimento através do complexo de Édipo. A fim de dissolver o amor pelo genitor do sexo oposto, a criança identifica-se com o genitor do mesmo sexo, assimilando seus valores morais. Para livrar-se da ansiedade causada pelos desejos a criança se imagina no lugar do genitor, incorpora as regras, a partir da proibição do incesto, generalizando para outras regras morais. Os teóricos behavioristas (ou da **aprendizagem social**) acreditam que a moralidade se dá pela resistência à extinção. Após várias punições por comportamentos indesejáveis, a punição torna-se desnecessária e o comportamento desaparece, mesmo na ausência de possibilidade de punição. Inversamente, o comportamento desejável é reforçado positivamente muitas vezes, até se manter, mesmo sem reforço. A consciência é, então, formada, por meio de prêmios e castigos, ou mesmo por imitação¹⁵⁸.

Tanto para psicanálise quanto para o behaviorismo, porém, a moral vem de fora, da sociedade, e deve ser internalizada, assim como diz a teoria da socialização de Berger e Luchman. Ou seja, nessas concepções, predomina ainda uma heteronomia indesejável. Só com Piaget e Kohlberg (**estruturalismo/cognitivismo**) é que aparece o sujeito humano como agente do processo moral. Suas teorias focalizam não o sentimento de culpa ou o comportamento moral, mas o julgamento moral (o que a pessoa acha certo ou errado). Foram influenciados por Kant (no seu conceito de imperativo categórico e de princípios universais da moral) e por Durkheim (importância do social e do coletivo)¹⁵⁸. Rego²⁶ afirma que esse modelo teórico estrutural/cognitivo é o que melhor contribui para a formação moral do profissional de saúde. Isso porque é o único que considera a importância do agente desse processo.

A teoria de Kohlberg mostra os estágios de desenvolvimento moral. Descreve uma evolução de um estágio egoísta, autocentrado e cegamente obediente à autoridade externa até um estágio de preocupação com a coletividade, que leva em consideração os interesses da comunidade. É um processo de descentramento, no qual as pessoas utilizam cada vez mais fundamentos autônomos para seus julgamentos

morais³⁰. Para que ocorra essa evolução na capacidade de julgamento moral, é necessária a sucessiva exposição a conflitos que determinem a construção de novas estruturas cognitivas, necessárias para responder às novas situações. Chegamos então à função da escola médica e do preceptor na formação moral do residente: a formação deve propiciar conflitos cognitivos, que permitam o desenvolvimento do raciocínio moral²⁶.

A formação moral do residente deve, então, oferecer ao neófito possibilidade de desenvolvimento e aperfeiçoamento na sua capacidade de tomar decisões frente a questões éticas, além de formar cidadãos conscientes e comprometidos com o bem da comunidade. Os residentes devem ser apresentados à “caixa de ferramentas da Bioética”, isto é, à sua fundamentação teórica e a seus métodos, sendo estimulados, sobretudo, a tecerem considerações relacionadas às condições concretas de sua prática diária. Esses dois pontos são essenciais: fundamentação teórica, que evite que o bom senso ou a moral espontânea de residentes ou preceptores sejam o centro do raciocínio; e aplicação em situações concretas do dia-a-dia, evitando a improdutividade da abstração e dos casos modelos³⁰.

Outro ponto crucial para o sucesso da formação moral é a ênfase na discussão e no raciocínio: o preceptor não deve impor seu sistema de valores e crenças aos residentes, mas sim provocar conflitos cognitivos e estimular o questionamento dos valores dos residentes (questionamento do senso comum). Agindo dessa maneira, o preceptor não se preocupa em transmitir teorias ou valores, mas incentiva a construção da autonomia do médico em formação. Deve-se ainda ficar atento para que as discussões sejam em torno de situações quotidianas, vividas pelos residentes e nas quais eles tenham poder de resolução, evitando meras especulações³⁰.

Para que os preceptores tenham essa postura, é preciso, antes, explicitar os valores morais defendidos pela escola. Isso leva a um comprometimento com esses valores, também por parte dos docentes, em suas práticas como médicos e como professores. E, ainda, é preciso rejeitar o que é “natural” e aceitar o que é “correto”, lembrando que, em nossa sociedade, apesar das características competitivas que estimulam reforçar o próprio status e buscar o poder, a maioria das pessoas vão aderir a oportunidades de cooperação, caso sejam apresentadas a elas. Assim, estaremos ajudando a construir uma sociedade mais solidária, em busca de transformações e da justiça social³⁰.

Não há um caminho único para toda pesquisa, existem múltiplos caminhos, existem múltiplos pontos de chegada. Pesquisar é viajar, partir em busca do conhecimento. Geralmente, quando se inicia a viagem, não se sabe com exatidão aonde se chegará. Por isso não se pode normatizar a pesquisa. Assim como nos ofícios artesanais, existem técnicas, existem métodos e existem insumos. Cada um deles apresenta vantagens e desvantagens que o artesão da informação deverá avaliar, tentando escolher o mais adequado.

Tobar e Yalour

Alves¹⁵⁹ acredita que a ciência vive uma constante tensão entre o conhecimento construído pelas operações da razão e aquele que advém dos fatos, da experiência. Entendemos, porém, que a experiência não gera conhecimento por si só. Utilizando a razão sobre as experiências, num processo de interação entre ambas, construímos tudo que conhecemos¹²³. Estudar a residência médica, à luz dessa afirmação, tornou-se então um grande desafio. Decidimos enfrentá-lo realizando um trabalho que contemplasse a interação entre os aspectos racionais e empíricos, através de uma pesquisa descritiva¹⁶⁰ que pretende expor as principais características da preceptoria na residência, estudando esse fenômeno a partir da fala de alguns de seus atores. Estas dizem além e através delas e nos permitem interpretar o processo social a partir das pessoas envolvidas nele¹⁶¹. Por isso, procuramos as visões do preceptor, que representa um dos verdadeiros protagonistas desse fato social. Estudamos os dados subjetivos que caracterizam essa função de preceptor, isto é, partimos de um determinado lugar social, na tentativa de realizar uma investigação mais completa que possibilitasse revelar o “ambiente inatingível dos acontecimentos que fazem parte da experiência”¹⁶² desse grupo determinado.

Nosso objetivo foi analisar o processo de ensino-aprendizagem na residência médica em especialidades clínicas de um hospital de ensino, através da percepção dos preceptores sobre o seu papel na formação dos residentes. Buscamos, ainda, identificar qual a compreensão dos preceptores sobre o que é aprender e o que é ensinar durante a residência e descrever a importância dada, por eles, a seu papel na formação da identidade profissional dos residentes. Consideramos especialidades clínicas, todas as clínicas de adulto, excetuando-se as especialidades cirúrgicas e a ginecologia-obstetrícia.

Nessa trajetória, optamos pela pesquisa de campo, realizada no local onde o fenômeno ocorre – o hospital de ensino –, buscando elementos para bem caracterizá-lo¹⁶⁰. Consideramos campo como “*o recorte que o pesquisador faz em termos de espaço, representando uma realidade empírica a ser estudada a partir de concepções teóricas que fundamentam o objeto da investigação*”¹⁶³ (p. 53). Além dessa dimensão do recorte espacial, consideramos essenciais o lugar ocupado pelas pessoas, o momento e as interações sociais que ali acontecem. Utilizamos a técnica de entrevista por uma necessidade, pois ela permite uma rica interação entre pesquisador e entrevistado, ambos interferindo no conhecimento da realidade em questão. Utilizamos a entrevista não-diretiva, que combina perguntas estruturadas com questões abertas e que, segundo Michelat¹⁶⁴, permite que o entrevistado possa discorrer mais livremente sobre o tema proposto, assumindo o papel de explorador do tema, em função do que pensa e sente. Nesse tipo de entrevista, o entrevistador tem função maior de facilitador e de apoio. Acreditamos que essas entrevistas permitiram captar alguns aspectos subjetivos da realidade social dos preceptores de residência, através de suas percepções, significados e motivações, além de possibilitarem evidenciar suas atitudes e valores¹⁶⁴. Consideramos, então, os preceptores da residência como nossas unidades de análise, nosso objeto de pesquisa, para os quais apontamos nossa ferramenta de coleta e análise de dados¹⁶⁰.

O pesquisador também é preceptor de residência, o que facilitou a inserção no campo de estudo. Por outro lado, fazer parte do grupo com o qual desenvolvemos o estudo trouxe algumas particularidades, como aborda Cicourel¹⁶⁵. Para nós, houve extrema preocupação em obter o distanciamento adequado. Foi necessário dar um passo atrás, buscando uma necessária distância dos fatos, através do esforço racional, para conseguir entrevistar os colegas e analisar os conteúdos. O campo de estudo compreendeu, então, os programas de residência em especialidades clínicas de um hospital de ensino. Limitar o estudo a um hospital de ensino não significou perder a abrangência, mas teve a intenção de aprofundar a compreensão¹⁶² do grupo social em questão, o grupo de preceptores. Como escolhemos um desenho de estudo do tipo descritivo, buscamos, no universo dos preceptores de um hospital de ensino, a maior heterogeneidade possível para chegarmos a uma certa representatividade de tipos específicos em nossa seleção¹⁶⁰. Buscamos incluir o maior número possível de percepções diferentes sobre o assunto, dentro do universo estudado. Perseguimos essa heterogeneidade através de três características conhecidas dos preceptores: **idade, sexo e tempo de exercício da preceptoría**. Escolhemos essas variáveis por não conhecermos

outras variáveis estratégicas, no sentido dado por Michelat¹⁶⁴, devido à escassez de dados da literatura sobre os preceptores de residência. Como esse mesmo autor sugere, sexo, idade e tempo de profissão podem ser indicadores de realidades diferentes, nas quais os fenômenos de socialização acontecem também de maneiras díspares.

Nosso universo foi formado pelos preceptores de residência. Consideramos preceptores todos os profissionais médicos, com cargo de professor ou não, que trabalham diretamente com o residente e convivem com ele durante todo o período de sua formação.

Nesse hospital de ensino, o perfil dos 74 preceptores das áreas clínicas em 2008 (ano do estudo) é o seguinte: em relação à idade, 32 % têm de 30-39 anos, 26 % de 40-49, 31% de 50-59 anos e 11% de 60-69 anos de idade. Podemos considerar, aqui, que não temos preceptores com menos de 30 anos, provavelmente pela inexistência de concursos para o cargo nos últimos anos no referido hospital. Destacamos ainda o fato de termos preceptores com idade entre 60-69 anos, período geralmente final da vida do profissional na instituição¹⁶⁶. Não encontramos dados semelhantes em outra pesquisa sobre o mesmo tema¹⁶⁷. De acordo com o sexo, 70% são do sexo masculino e 30% do sexo feminino. Esses achados sobre a idade e sexo dos preceptores são semelhantes aos encontrados em pesquisa nacional sobre o docente do curso médico^{168,169}. Em relação ao tempo de exercício da preceptoria, 30% exercem a preceptoria há até 10 anos, 38% de 10 a 20 anos e 32% são preceptores há mais de 20 anos. Acreditamos que esses achados também têm relação com a não-realização recente de concursos para os cargos. Eles coincidem também com achados de outro estudo¹⁷⁰. E, a respeito de sua titulação acadêmica, 23% dos preceptores têm mestrado, 27% doutorado e 50% residência como sua maior titulação. Observamos que a metade dos preceptores têm a residência médica como sua maior titulação, dados também semelhantes aos achados em uma pesquisa nacional^{168,169}.

Selecionamos, então, nossa amostra, constituída por 16 preceptores, que foram entrevistados. Nossa escolha levou em conta aspectos como disponibilidade e interesse em participar da pesquisa, além das três características já citadas. Chegamos a esse número de preceptores utilizando o critério de saturação de dados, ou seja, decidimos não mais realizar novas entrevistas quando percebemos uma propensão à reincidência das falas.

Dos 16 preceptores entrevistados, destacamos as principais características:

- a) Idade: quatro preceptores têm entre 30- 39 anos; seis preceptores, entre 40-49 anos; cinco preceptores, entre 50-59 anos; e um preceptor, entre 60-69 anos de idade:

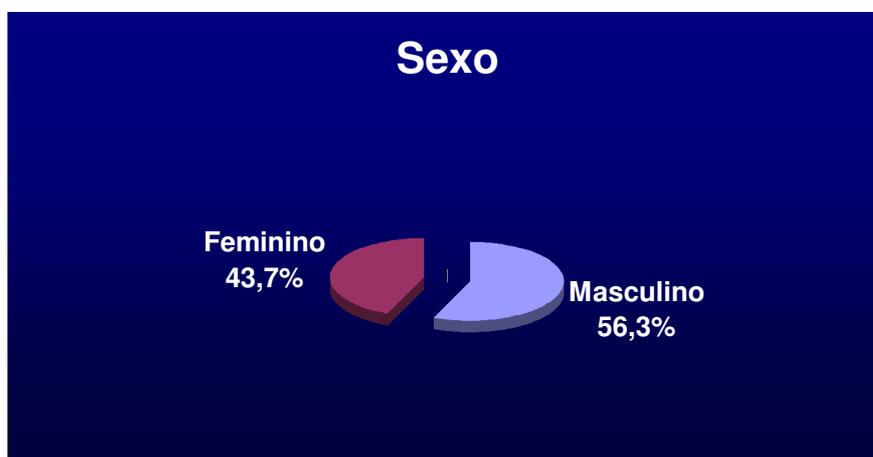
Figura 1: Distribuição dos preceptores entrevistados, segundo idade.



Fonte: Pesquisa do autor

- b) Sexo: nove preceptores eram do sexo masculino e sete preceptoras do sexo feminino. Buscamos, desrespeitando a proporcionalidade existente no universo dos preceptores, entrevistar um número semelhante de preceptores e preceptoras, porque tentamos ofertar uma visão que contemplasse tanto o universo masculino como feminino.

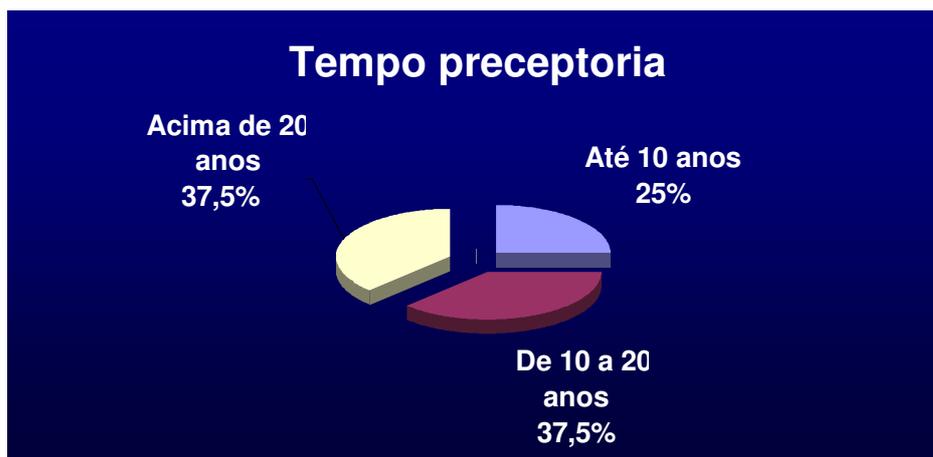
Figura 2: Distribuição dos preceptores entrevistados, segundo o sexo.



Fonte: Pesquisa do autor

- c) Tempo de preceptoria: quatro preceptores exercem a preceptoria há até 10 anos, seis preceptores, entre 10 e 20 anos; e também seis dos entrevistados, há mais de 20 anos.

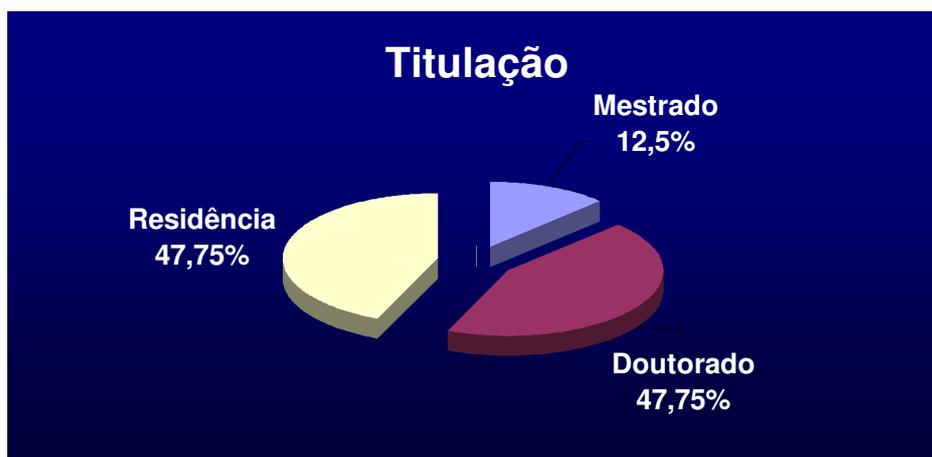
Figura 3: Distribuição dos preceptores entrevistados, segundo tempo de preceptoria.



Fonte: Pesquisa do autor

- d) Titulação: sete preceptores têm doutorado, dois têm mestrado e também sete, residência médica como sua maior titulação. Podemos notar que mais da metade tem a residência com sua principal titulação, embora igual número tenha doutorado.

Figura 4: Distribuição dos preceptores entrevistados, segundo titulação.



Fonte: Pesquisa do autor

Para auxiliar no processo, elaboramos um roteiro de entrevista (Anexo I), que expressa, como diz Minayo¹⁶², nossas hipóteses e pressupostos e traz uma “teoria em ato”. Esse roteiro contém questões sobre o papel do preceptor, o processo de formação e sobre a aprendizagem de habilidades técnicas e relacionais (atitudes e comportamentos) durante a residência médica. O trabalho recebeu a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Anexo II). Apresentamos, previamente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo III) a todos os entrevistados, que o leram com atenção e consentiram espontaneamente em participar do estudo. Gravamos as entrevistas, com a anuência dos preceptores. Depois, transcrevemos cada uma delas em seu formato original, com a maior fidelidade possível.

Para analisar nossas entrevistas, decidimos utilizar a análise de conteúdo de Bardin¹⁷¹, por ser uma técnica que, ao contemplar “o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade”, procurando o que está escondido, velado, não explicitado, nos ajudaria a perseguir o latente, o inédito que pode estar contido na mensagem. Isto é, através da análise do conteúdo, almejamos detectar conteúdos e estruturas que confirmassem ou infirmassem nossas hipóteses, esclarecendo elementos de significações, através da descrição de mecanismos que não compreendíamos de início¹⁷¹.

Seguindo os conceitos de Bardin¹⁷¹, buscamos fazer um trabalho de desvelamento, que serviu como uma reflexão crítica e amadurecida de nossas hipóteses iniciais até as interpretações ulteriores. Algo que auxiliou a digerir o estímulo representado pela enumeração e descrição dos caracteres da mensagem inicial, coletada

pelas entrevistas, e produzir a reação interpretativa, contida nos “saberes deduzidos dos conteúdos”, o que nada mais foi do que a realização do exercício de construir inferências. Pretendemos, assim, evitar a “ilusão da transparência dos fatos sociais”. Tentamos afastar os perigos da compreensão espontânea, do saber subjetivo e da intuição. Esforçamo-nos incessantemente para compreender além dos significados imediatos, numa tentativa de correlacionar as estruturas semânticas ou lingüísticas com as estruturas psico-sociológicas dos enunciados, que representam as condutas, ideologias e atitudes dos atores envolvidos e as condições de produção e recepção das mensagens¹⁷¹.

Procuramos, como recomendam Tobar e Yalour¹⁶⁰, nos interessar mais pela observação do cotidiano dos preceptores e não por fatos extraordinários, com o intuito maior de descobrir e não tanto de justificar, preocupando-nos mais com os significados do que com a frequência dos fatos. Por isso, trabalhamos com conceitos, narrativas e descrições, em detrimento de números e estatísticas, procurando interpretar os dados coletados e considerar o fenômeno social como algo particular e ambíguo, muitas vezes não definido com clareza e muito menos repetível.

Inicialmente, realizamos a leitura exaustiva das entrevistas, procurando organizar, operacionalizar e sistematizar nossas idéias para o desenvolvimento da análise. Essa etapa foi como um processo de “impregnação”¹⁶⁴. Depois, começamos a codificar os dados, isto é, transformá-los sistematicamente e agrupá-los em unidades que permitissem uma boa descrição e representação do conteúdo dos textos. Utilizamos, então, a análise temática. Como resultado dessa classificação progressiva dos elementos dos textos, criamos as categorias de análise¹⁷² (temas) e, a partir delas, começamos a tecer uma relação com as referências e com nossa percepção, buscando extrair desse tripé – fala dos preceptores, pesquisador e literatura - aspectos essenciais ao tema.

Michelat¹⁶⁴ relata que a rigidez na categorização dos textos, o isolamento das categorias a serem analisadas e o excesso de importância às frequências dessas unidades de análise podem trazer uma interpretação esfacelada da mensagem, com perda de conteúdos latentes. Ele ainda reforça que elementos importantes podem aparecer apenas uma vez. Considerando suas observações, buscamos permitir que todos os elementos do material analisado encontrassem seu lugar, numa análise do conjunto, podendo aparecer em muitos sítios ou unidades de significação. Tivemos ainda o cuidado de dar atenção especial a cada entrevista em sua singularidade, ao mesmo tempo em que relacionávamos as diversas entrevistas entre si, alternando leituras

verticais e horizontais. Partimos para a elaboração de um esquema explicativo inicial, que foi se modificando no decorrer da análise¹⁶⁴.

Todo o nosso trabalho tem como base essa frutífera relação, porque acreditamos, como afirma Demo¹⁷³, que não é a ciência quem conduz a realidade, mas exatamente o oposto. A realidade, que é “interdisciplinar, dinâmica e fugidia”⁵ (p. 33), que não pode ser confinada em nenhuma teoria, é analisada por vários olhares (todos parciais) e é quem realmente conduz a ciência.

Uma organização ou grupo pode ser visto de muitas maneiras diferentes; nenhuma delas é a certa, mas nenhuma é errada, elas são simplesmente alternativas e talvez complementares.

Howard S Becker¹⁷⁴

Após a leitura do material contido nas entrevistas, identificamos duas categorias de análise: o processo de ensino-aprendizagem na residência médica e o papel do preceptor nesse processo. Em cada uma dessas categorias, encontramos outras subdivisões, que explicitaremos no decorrer do estudo. Mas é preciso destacar que todas as nossas considerações serão traçadas a partir, então, desses dois eixos temáticos. Chamamos os preceptores entrevistados de preceptor 1, preceptor 2 e assim sucessivamente, para mostrarmos suas falas.

O processo ensino-aprendizagem

Os documentos oficiais definem a residência como um treinamento em serviço²⁰. O envolvimento nas atividades da prática diária é a base da aprendizagem dos residentes, pois a informação que será transformada em conhecimento está contida nessas atividades¹⁰⁹. Notamos que os preceptores também consideram a prática como estruturante do processo de aprendizagem durante a residência médica e, muitas vezes, explicitam nos textos que o residente aprende através da prática. Observem como o Preceptor 2 mostra a importância desse aprendizado pela prática, relatando que “o milagre da residência é o residente aprender fazendo”. O Preceptor 1 também acredita que “se aprende mesmo é na prática, no ensino prático”, enquanto o Preceptor 15 nos diz que a residência “é um período onde o residente vai intensificar a sua prática, vai aprender a lidar com o paciente na prática”.

Mas precisamos entender o que significa essa prática médica, que é vista como a fonte da formação especializada ou mesmo da arte médica. Precisamos, como nos alerta Whitcomb¹⁷⁵, responder aos anseios da sociedade, compreendendo qual o significado de ser médico no mundo atual. Eva¹¹¹, Montgomery¹¹² e Norman¹⁷⁶ acreditam que a prática da medicina é baseada na capacidade de identificar, entre as informações colhidas do paciente e entre os achados do exame físico, dados pertinentes para a construção de um diagnóstico de trabalho que contemple o desenvolvimento de

estratégias de ação adequadas. Lipkin¹¹³ adiciona ainda, como integrantes da prática médica, a habilidade de compreensão do doente e da doença; o conhecimento profundo e pessoal da história de cada pessoa que procura o médico; a capacidade de ouvir e escutar, a empatia, o compromisso e o respeito.

A literatura científica, então, coloca o desenvolvimento do profissionalismo como uma aquisição progressiva de atributos técnicos e relacionais^{114,115,116,175}. Atributo tem o sentido, aqui, daquilo que é próprio e peculiar a alguém³³, isto é, o que marca profundamente a medicina. São conhecimentos, habilidades e qualidades pessoais que os médicos precisam ter e que os distinguem na sociedade em que vivemos¹⁷⁵. Outrossim, os preceptores nos dizem que aprender pela prática significa desenvolver esses atributos técnicos e relacionais (comportamentos e atitudes), perseguindo o profissionalismo desejado. Observem o que nos diz o Preceptor 1, que valoriza aspectos tradicionais dessa prática: “... é importante a cobrança e valorização do exame clínico, do aprendizado à beira do leito, do método clínico e da utilização criteriosa de exames complementares [...] Temos que trabalhar com a clínica”. Embora possamos entender que o que está sendo valorizado sejam esses componentes que historicamente são vinculados com a chamada “Arte Médica”, o que ele parece estar querendo mesmo enfatizar é a “prática”: a aplicação efetiva, em situações reais, dos conhecimentos teóricos. Este outro aspecto vem representado nas considerações do Preceptor 10, que afirmou que “o residente aprende através do paciente, do dia-a-dia [...] do envolvimento adequado e da discussão adequada do caso. O residente aprende através do envolvimento emocional de atender o paciente, estando presente quando as intercorrências acontecem. Isso é mais importante que o aprendizado teórico. O aprendizado ocorre na beira do leito, no ambulatório... se não, não aprende”.

Por outro lado, aprender não se relaciona apenas com o praticar. O ambiente/contexto no qual o conhecimento é adquirido e a capacidade de transferir esse conhecimento para ser usado em outros momentos são muito importantes. E Bransford, Brown e Cocking¹²⁶ mostram que raciocinar sobre um problema implica em usar estratégias gerais (modelos de experiências prévias) para situações específicas. É imprescindível aprender a construir conceitos, representando mentalmente os problemas, identificando seus componentes e utilizando critérios de similaridade e de diferença para, depois, solucionar outros problemas.

Encontramos, nas entrevistas, essa importância da prática associada à teoria. Isto é, para os preceptores, o conhecimento teórico deve ser utilizado nas discussões dos casos reais, e esses casos devem ser um estímulo para a busca de informações,

necessárias para o desenvolvimento de uma boa prática médica. Vejam o relato do Preceptor 11, enfatizando que “o aprendizado do residente é também o estudo teórico (carga teórica), que faz com que o residente tenha sua posição nessa discussão de casos da prática e possa debater com o preceptor, traçar sua própria conduta e não apenas seguir o que o preceptor fala [...] O residente deve estudar mais por conta própria, para ter uma visão diferente, para que ajude o preceptor a crescer, para trazer ao preceptor coisas novas e não apenas ficar copiando o preceptor, o que limita o aprendizado do residente”. O Preceptor 2 também julga importantes as discussões de caso e as reuniões, mostrando que “o residente precisa de uma parte teórica, que às vezes é feita em reuniões científicas, em visitas mais discutidas”. Acreditamos que os conceitos da ciência da aprendizagem relacionados à construção de conceitos, à contextualização e à transferência de conhecimentos¹²⁶ podem iluminar essa percepção dos preceptores sobre o processo de ensino durante a residência.

Nesse caminho, abre-se espaço para dois pontos que encontramos em nossa análise temática da residência médica como processo de ensino-aprendizagem: a discussão de casos e o desenvolvimento da capacidade de raciocínio. O Preceptor 4 explicita que aprender é discutir o conhecimento científico aplicado à prática, é uma “oportunidade de discutir com os preceptores as condutas propedêuticas e terapêuticas. O processo ensino aprendizagem é isso: juntar o que vê na prática, no serviço, com os dados da literatura científica e fazer essa discussão”. Já o Preceptor 5 pontua a capacidade de raciocínio como uma grande dificuldade do residente, acreditando que a discussão de casos é um excelente modo de contornar essa dificuldade, pois através de uma “vivência orientada de casos e com reflexão [...] o residente apresenta uma anamnese [...] Fazemos então, um processo de reflexão continuada, de correções de técnicas de anamnese e dados do exame físico [...] O grande problema do residente é raciocínio. Se desenvolvermos técnica de anamnese, estamos desenvolvendo raciocínio e formação de hipóteses diagnóstica. Esse é a melhor maneira pela qual o residente aprende [...] O maior treinamento que existe é o treinamento de como raciocinar”.

Mas, como vimos no Capítulo III, Norman et al¹⁷⁶ destacam a complexidade da aprendizagem dos atributos profissionais. Esses autores estabelecem que a habilidade de ser médico envolve a coordenação de conhecimentos analíticos e experimentais, o que repercute obviamente na aprendizagem, tanto na graduação quanto na residência. Destacam ainda que a ciência está começando a entender a interação entre esses dois tipos de conhecimento. Nessa mesma perspectiva, Teunissen¹⁰⁹ e Kennedy et al¹⁷⁷ afirmam que são raros os relatos sobre o processo de aprendizagem durante a residência

médica. Em nosso estudo, perseguindo entender a percepção, pelos preceptores, dessa maneira exata como os residentes aprendem, deparamo-nos com as incertezas dos entrevistados. Essa dificuldade em explicitar como é essa aprendizagem na realidade é explicada por considerações da literatura, mas devemos dizer que ela pode ser causada pela pouca reflexão sobre a própria prática e por uma formação pedagógica deficiente dos preceptores. Vejam como o Preceptor 14 nos fala que “como o residente aprende é uma coisa muito complicada. [...] é uma pergunta que não tem resposta clara: a gente não sabe. A psicologia cognitiva estuda muito, hoje em dia, os processos mentais que a gente coloca em prática durante o aprendizado. Certamente o aprendizado é um processo muito sofisticado, a gente não tem muita clareza como ele se dá”. Notem ainda a fala do Preceptor 1, que nos diz que “o que faz aprender é aprender”. Podemos perceber claramente que como o residente aprende ainda é uma grande questão para eles.

Observar a ação de uma outra pessoa é uma das maneiras de aprendizagem encontrada nas falas dos preceptores. Podemos dizer que elas são ilustradas por um ditado remoto da língua inglesa: “watch one, do one, teach one”¹⁷⁸. Porém, muito se contesta a simplicidade e o primitivismo desse pensamento, que, quando levado ao pé da letra, faz com que a imitação oriente com exclusividade um processo de formação. Imitação é conceituada por Subiaul, Cantlon, Holloway e Terrace¹⁷⁹ como aprender a realizar certa ação, ao ver alguém realizá-la, como uma cópia de algum ato. Segundo esses mesmos autores, essa teoria é estudada com o foco exclusivo no que o sujeito realiza (o ato), em detrimento do que esse sujeito conhece, sabe. Duffy e Holmboe¹⁸⁰ afirmam que esse modelo de aprendizagem deve ser abandonado pela educação médica.

A imitação representa, seguindo essa linha de pensamento, uma forma mais simples de aprendizado social, não exclusiva do homem, mas também utilizada por outros animais, o que é comprovado por estudos sobre comportamento e neurofisiologia^{179,181}. Essa concepção explica melhor o que chamamos de treinamento³³ no Capítulo III, em contraposição à formação, à educação, termos mais próprios e aplicáveis ao processo ensino-aprendizagem durante a residência médica. O Preceptor 7 nos fala que “o residente aprende primeiro vendo alguém fazer, depois ouvindo a explicação sobre o que foi feito e, depois, tentando fazer, acompanhado de uma pessoa lhe orientando”. Na mesma linha, o Preceptor 10 relata que “o residente fica um período com o preceptor o tempo todo e, depois, começa a exercer as habilidades técnicas sozinho. Primeiro o residente aprende, depois ele observa o preceptor executando os procedimentos, depois o residente começa a executar os procedimentos sob supervisão

do preceptor e, depois, sozinho”. E o preceptor 15 diz que “o residente aprende através de exposição de procedimentos técnicos, vendo condutas”. Parece-nos que todos eles falam, aqui, de imitação, de treinamento e muito pouco ou quase nada de aprendizagem crítica, reflexiva.

Percebemos, contudo, que os preceptores, embora demonstrem depositar grande importância na aprendizagem através da exposição, preocupam-se com essa discussão entre modalidade de treinamento por imitação e formação/educação. Isso fica bem explicitado pela seguinte fala do Preceptor 14, que diz que saber “como o residente aprende é uma coisa muito complicada. Existe um aforismo antigo [...] que diz assim: ‘vê um, faz um, ensina um’. O aprendizado em medicina, então seria assim: você vê um procedimento, depois você faz esse procedimento sob supervisão e depois você já está ensinando aquele procedimento para um outro alguém. Não é tão simples assim. Isso possivelmente acontece com procedimentos mecânicos, mas está muito longe daquilo que a gente entende como aprendizado”.

Outro fator que aparece na análise da residência como processo de ensino-aprendizagem é a responsabilidade progressiva que o residente deve assumir, a autonomia profissional. Historicamente, quando surge a residência médica em 1889, o programa criado por Halsted tinha como sua principal base a responsabilidade crescente do médico recém-graduado nos cuidados com os pacientes¹². Atualmente, é considerada de suma importância a construção da competência clínica através dessa responsabilização progressiva, o que só acontece com o residente assumindo gradativamente papel cada vez mais central no cuidado do paciente^{177,182,183}. Podemos perceber essa mesma importância através do relato do Preceptor 2, que acredita que “o residente aprende se sentindo responsável pelo procedimento, pelo paciente [...] quando se sente o médico daquele paciente, responsável por aquele paciente”. O mesmo sentido demonstra o Preceptor 13 ao dizer que “o residente só aprende se tiver ‘*in charge*’, isto é, se ele for responsável por determinada atividade”.

É interessante destacar que todos os médicos residentes são profissionais formados, portanto legalmente capazes de responder por seus atos profissionais. Esse cuidado em assegurar a restrição dessa autonomia profissional só parece razoável de ser imaginado quando pensamos em uma formação especializada, mas vemos esse discurso associado até mesmo a campos que deveriam ser de competência de todos os médicos, como a Clínica Médica. É importante questionarmos, então, a terminalidade do curso médico. Pois, em vários momentos, percebemos que os preceptores associam a residência não com a formação especializada, mas com a essência da formação médica.

Em alguns países, como nos Estados Unidos e no Canadá, a graduação médica é reconhecidamente não-terminal, sendo a residência oficialmente obrigatória³. Mas no Brasil não, o curso médico é legalmente terminal. Podemos observar essa preocupação quando o Preceptor 10 afirma que “... os residentes chegam cada vez mais crus, mais incapazes de tomar decisões sozinhos, precisando de uma muleta para tudo[...] Em alguns setores é necessário, mas [...] nas áreas mais gerais, a maioria das habilidades deveriam ser aprendidas durante o curso, como coletar uma história do paciente, fazer um exame físico adequado para o caso e formular uma hipótese sindrômica.”

Acreditamos, de acordo com Chaves e Rosa³, que uma graduação terminal deve rejeitar a falsa polaridade entre o preparo científico e o preparo para a prestação de serviços. Deve ter como finalidade preparar tanto para o exercício profissional como para a pós-graduação. Mas sabemos que, em nosso meio, este último propósito é o que prevalece. Prefere-se formar médicos bem informados, que saibam os extensos conteúdos das disciplinas biomédicas e dominem os avanços tecnológicos a elas associados, supondo que serão capazes de prestar serviço de alta qualidade, bem como prosseguir em cursos de pós-graduação. Mas, com a referida terminalidade legal do curso de Medicina, consideramos que o serviço deve ter precedência, e a educação médica deve se pautar nas ações necessárias para atender determinada população e no papel que cabe ao médico nessas ações, tendo em mente os limites impostos pela disponibilidade de recursos e pelas necessidades sociais. Não queremos negar a importância das disciplinas biomédicas, mas destacar o lugar que elas ocupam na formação: atender às necessidades dos serviços de saúde, e não apenas funcionar como uma apresentação de conteúdos. E acreditamos, ainda, que a graduação deve preparar o médico para trabalhar como parte de um sistema de saúde que conta com outros profissionais que exercem individualmente funções definidas ou trabalham em conjunto, como membros de uma equipe. Os médicos recém-graduados seguirão diferentes carreiras em várias situações sociais e organizacionais, mas deverão possuir um conjunto definido de competências que lhes permitam atuar na prática médica e continuar sua própria formação. A residência, então, teria função de uma formação especializada. Mas não é o que vemos pelas falas.

Uma grande facilidade oferecida pela residência médica, na visão dos preceptores, está no fato de que ela possibilita uma aproximação entre o aprendiz e quem está ensinando. Isso se deve ao fato de um preceptor trabalhar com poucos residentes. Aparece ainda, nas entrevistas, uma concepção da educação como um processo de troca entre preceptor e residente. Em comparação com a graduação médica,

cristalizada em nosso meio como um ensino de massa, com muitos alunos, e na qual a transmissão de conhecimentos factuais é o pilar¹⁶⁸, parece ser um grande avanço. O Preceptor 1, comentando essa característica, afirma que a “residência é uma oportunidade de proximidade com aluno, proximidade de quem aprende com quem ensina [...] facilita o corpo-a-corpo, o estar do lado é muito mais fácil. As discussões tanto teóricas, quanto práticas são mais fáceis porque você trabalha com poucos residentes [...] O processo ensino-aprendizagem baseia-se mais na oportunidade de estar do lado e estimulá-lo”. E o Preceptor 7 continua, dizendo que “a grande vantagem da residência é colocar o residente mais perto do preceptor”. Reforçando ainda essa idéia, o Preceptor 8 mostra como a característica é importante, considerando que se “aprende na convivência entre preceptor e residente [...] O conhecimento final da formação do residente é o somatório de todas as preceptorias que ele recebeu”.

Os empiristas e os construtivistas tecem uma longa discussão sobre o significado de aprender. Ultrapassando esse antagonismo, na evolução do conceito de aprender, concordamos com as concepções educacionais que privilegiam a prática, o psicológico e o processo, conferindo à aprendizagem o significado de ganhar um modo de agir¹²⁷. Aprendemos quando somos capazes de construir um novo modo de agir, baseado em novas estruturas mentais advindas de um processo de equilibração, que modificou outras formas pré-existentes de equilíbrios. Esse processo é o que caracteriza o desenvolvimento da cognição. O aprendiz não absorve conhecimento de alguém que o detém ou de algo que lhe é exposto, mas é um sujeito ativo, responsável pela intenção consciente de aprender, assim como pelo encontro de meios necessários para corrigir as falhas e chegar ao sucesso¹⁴⁶. Esse indivíduo aprende e passa a agir conforme esse novo conhecimento¹²⁸. O longo debate, polarizado entre a transferência de conhecimentos factuais e o modelo do aprendiz, recebeu de Marckmann¹⁸⁴ uma importante constatação - “a educação médica deve conter ambos: a transmissão de conhecimentos científicos e a exposição a casos concretos” (p.85). Mas acreditamos que os dois devem possibilitar uma construção ativa do conhecimento pelo aprendiz, caso contrário servirão como simples exposição, e não aprendizado.

Percebemos, ainda, que a preocupação com a excessiva transmissão de conhecimentos, a aula teórica, levando a uma aprendizagem passiva, continua presente nas falas, como esta do Preceptor 6, dizendo que a residência “não é um treinamento bem feito hoje. Geralmente se impõem informações ao residente e ele segue, sem discutir”. Também o Preceptor 11 critica a transmissão pura de conhecimentos, relatando que o residente muitas vezes “aprende [...] como se o preceptor fosse a única

fonte de conhecimento. Isso não é bom, pois limita muito o potencial que o residente pode atingir”.

Mostrando que os preceptores estão inseridos no mesmo debate dos teóricos da educação, a construção de conhecimento e a atitude ativa do residente são também percebidas. Notem como o Preceptor 16 caracteriza a residência em seu “princípio básico que é pegar a experiência que a pessoa tem e construir uma nova experiência, dentro da realidade do atendimento. É preciso deixar o residente ver o que ele tem de base, confrontar isso com a realidade do atendimento, e construir junto com ele um conhecimento que lhe permita fazer o atendimento na prática [...] É um processo no qual lidamos com aquilo que o residente trouxe, com o que é necessário saber, com o que tem que construir além. Mas nunca, em momento algum, deve ser uma construção do preceptor, mas uma construção do residente na qual o preceptor participa”.

Como aponta Whitcomb¹⁷⁵, um corpo de conhecimentos e um conjunto de habilidades que podem ser aplicados na prática médica não são o bastante para a definição da profissão. Ser médico é muito mais que isso. Um residente deve desenvolver atributos pessoais e relacionais para ser um bom profissional^{102, 114, 115, 116, 122}. Chegamos então à discussão sobre as posturas e atitudes que definem a essência do real significado de ser médico¹⁷⁵. A formação moral é um importante componente da educação médica, e como devemos conduzi-la é uma questão que precisa ser abordada^{9, 26,60}.

A preocupação exclusiva com o ensino da ética deontológica, que orienta um conjunto de normas e princípios pré-estabelecidos a serem seguidos, é uma característica da formação médica¹⁵⁷. Esse modelo, que aceita a moral como exclusivamente heterônoma e pretere atitudes humanistas e críticas, estimulando exclusivamente o respeito aos códigos, é percebido nas falas. Percebam a visão sobre a formação ética do Preceptor 12 ao explicar que “existem objetivos escritos parcialmente [...] criamos o Manual do Residente que engloba o funcionamento do hospital [...] dos diversos serviços, suas chefias, [...] apresenta algumas das resoluções do CFM que normatizam as relações do residente com o preceptor, o atestado de óbito, fala sobre os direitos universais do homem. De uma maneira que não é tão completa como deveria ser, esse manual é uma maneira, um norte, um embrião que pode ser melhorado a cada ano”. Notamos também que o termo **defesa profissional** aparece com o sentido de uma das preocupações da formação ética. Ou seja, ética representa para muitos, como Rego²⁶ já havia relatado, apenas as relações entre os profissionais, o não-discordar de outro médico, ou seja, existe ética exclusivamente para a proteção dos médicos. Isso é o que

nos parece quando o Preceptor 1 afirma que a formação “ética, de humanização, discussão de erro médico, de atitude de defesa profissional o residente não faz [...] Ele não sabe como abordar isso com a família. Ele tem uma dificuldade de trabalhar com problemas críticos ou com conflitos. Ele não tem a calma para explicar para a família de um paciente grave que, infelizmente, aquela é a situação do paciente”.

Existe ainda a crença de que se aprende ética pelo modelo. Cortina¹⁸⁵ afirma que o educador moral não pode ser um modelo a se reproduzir, pois a reprodução e a cópia “matam a vida” (p.71). O que deve ser estimulada na formação moral é a percepção dos valores, o aprender a saboreá-los, entendendo que, por melhor, mais perfeita, que seja uma outra pessoa, é imprescindível que cada um crie o seu próprio personagem na história da vida. E essa criação será muito melhor se for realizada com base em valores importantes. A imitação, o modelo, reforçam uma moral puramente heterônoma, desconsiderando a discussão, a reflexão sobre as atitudes, o raciocínio crítico, isto é, a capacidade de desenvolvimento da habilidade para formular julgamento moral genuíno e coerente¹⁸⁶. Ignora-se a capacidade criadora e o processo se torna apenas uma doutrinação, e não uma educação/formação como queremos¹⁸⁵.

Observamos nos relatos a concepção de que se ensina ética exclusivamente pelo exemplo, pelo modelo. Isso fica claro quando o Preceptor 5 nos diz que “ética, o residente aprende pelo exemplo”; ou quando o Preceptor 7 complementa que “nesse aspecto (dos atributos relacionais) já passou do ponto de ensinar. Acho que o preceptor funciona aqui mais como um modelo”. Sabemos que a socialização profissional compreende sim uma aprendizagem indireta de atitudes, valores e padrões de comportamento através do contato com professores, colegas, pacientes e outros profissionais da equipe de saúde. Mas esse aprendizado não é apenas espelhado em modelos ou padrões, mas principalmente no envolvimento com a organização social que é a escola médica e na discussão das relações que ocorrem nesse meio¹⁵⁶. Esse é o currículo oculto, que se estende desde as influências da mídia até esse grande envolvimento com a comunidade acadêmica²⁶.

Um outro ponto observável é o pensamento de que ser ético é algo que se aprende exclusivamente na socialização primária, no seio familiar, o que justificaria a ausência de necessidade de se investir em formação moral. Quando o Preceptor 12 fala que “estamos formando excelentes residentes tanto do ponto de vista técnico quanto do ponto de vista ético humanístico” e não apresenta nenhum outro modo de formação moral, exceto o do exemplo - “acho que é o exemplo do preceptor que o residente segue e o que observamos é que todos são muito preocupados com isso (atitudes e

comportamentos”-, podemos interpretar como uma reafirmação dessa crença. Outras falas também apontam nesse sentido, como a afirmação do Preceptor 2, que acredita que ética “depende muito da pessoa, da história que ela tem, do passado que ela teve [...] As atitudes dependem de toda uma história de vida, não apenas da parte profissional. É tudo o que o residente é como pessoa”; e do Preceptor 6, que diz confiar em que os residentes “trazem do próprio berço as atitudes e posturas”. Já o Preceptor 13 completa, negando qualquer função na formação moral: “do ponto de atitudes e comportamentos, têm pessoas que não vão mudar de jeito nenhum”. Finalizando as falas com essa conotação, o Preceptor 7 acredita que “como médico, a pessoa já assume uma postura mais respeitosa e adequada”.

Rego ²⁶ chama a atenção para o fato de muitos acreditarem que ser ético é apenas ter bom senso. Isso é assumir um entendimento de que a moral é apenas espontânea, intuitiva, aquela que, segundo Schramm ¹⁸⁷, é a moral que todos têm e que deveria ser contraposta a uma moral crítica, que nos permite ir contra nossas intuições, através da argumentação, do raciocínio moral. Esse raciocínio deve ser imparcial e surgir a partir da análise das relações que se desenvolvem no encontro com um outro e em novas situações ¹⁸⁷

Mas, por outro lado, as falas dos preceptores explicitam a importância que eles conferem aos aspectos relacionais na formação dos residentes. Por mais que nossas últimas considerações demonstrem o pouco que se sabe sobre como proceder para uma melhor formação moral durante a residência, percebemos que existe uma preocupação nesse sentido quando o Preceptor 4 relata que “a gente tem enfatizado que o maior patrimônio do médico não é o que ele tem de bens materiais, mas o relacionamento que ele tem com os pacientes e com os colegas”; e o Preceptor 6 completa: “não adianta nada o residente ser muito competente tecnicamente, mas não ter o lado humano desenvolvido. Metade da medicina é técnica e a outra metade é o lado humano”.

O Preceptor 12 afirma que “a medicina é a arte de você misturar o conhecimento técnico com suas habilidades humanísticas”, e o Preceptor 14 não tem dúvidas em dizer que “quem o sujeito é como médico é muito mais importante do que ele sabe como médico”. Aqui, podemos ter a impressão de que, para o preceptor, é aceitável um médico que não saiba cuidar e tratar de um doente, mas que tenha um bom papo, que seja bom de relacionamento. Porém, compreendemos melhor quando observamos, em outro ponto da entrevista do mesmo Preceptor 14, a afirmação de que “como preceptor, não posso ficar falando apenas sobre relacionamento, sobre como tratar o paciente, e não ensinar nada sobre ausculta cardíaca, interpretação de

eletrocardiograma, de radiografia de tórax”. Percebemos então que, na fala sobre quem o sujeito é como médico, o referido preceptor destaca a pessoa, como se o domínio das habilidades técnicas fosse uma obrigação inerente e inquestionável da formação profissional.

Estimular o raciocínio moral, observando os novos conteúdos e primando pela decisão autônoma, é um caminho para uma formação moral aberta. E esta não está baseada em respostas prontas, que seriam ofertadas ao residente, numa tentativa de evitar o pensamento próprio e confiná-lo em um universo moral fechado a outros horizontes. Porém, transmitir valores que humanizam as relações e esperar que os residentes façam a opção por esses valores não é ferir a autonomia, no sentido moderno do termo¹⁸⁵. É o que Cortina¹⁸⁵ define como educar em valores, mais próprio e eficaz do que educar a partir de modelos. Razak et al¹⁸⁸ também acreditam nesse processo de aprendizagem durante as interações clínicas do dia-a-dia da residência e afirmam que é preciso abandonar o ensino “implícito” das habilidades relacionais através da simples e pura observação.

Os preceptores sinalizam nesse sentido, quando demonstram que a formação moral deve ser aliada à formação técnica, evitando-se a artificialidade dos ambientes educacionais produzidos tanto para uma, quanto para outra, e preocupando-se com que esses momentos sejam realmente didáticos, isto é, façam que o residente desenvolva um raciocínio a partir deles. Observem como o Preceptor 14 relata que “a melhor maneira de trabalhar os atributos de comunicação (relacionais) e os técnicos é justamente de uma maneira conjunta, fundindo isso. Isto é, o aprendiz deve ter a oportunidade de ver alguém, com maior experiência, usando esses atributos de comunicação e fazendo um procedimento técnico, que foi pensado para ser didático (estímulo o raciocínio crítico do residente). Não sendo assim, os preceptores não são educadores, são profissionais que fazem o procedimento apenas. O educador pensa nisso, não é”.

Por fim, os preceptores deixam claro que o processo ensino-aprendizagem durante a residência médica deve compreender também uma avaliação, no sentido de sinalizar ao residente como ele está percorrendo esse caminho, como está avançando e o que é preciso melhorar, como percebemos nessa fala do Preceptor 16, que acha que “é importante avaliar sim [...] É um processo muito rico, comparar o primeiro dia de um residente com o seu momento atual de residência. É uma avaliação sempre muito conversada. A gente chama, senta, questiona como o residente acha que ele está, em que precisa melhorar”.

Já o Preceptor 14 explica que “é preciso verificar se o residente está desenvolvendo os atributos necessários, cobrar o desenvolvimento desses atributos. Porém a avaliação dos residentes é quase exclusivamente factual, avaliação de retenção de fatos. Assim como em toda a graduação [...] não avalia atributos [...] você pode ter um conhecimento muito grande dos fatos, ser muito bem avaliado e ser um profissional muito ruim. A avaliação privilegia a retenção de informações e a habilidade em responder a questões relativas a essa retenção de informação e não avalia atributos. Em relação a atributos relativos a atitudes e comportamentos, o residente não é avaliado mesmo”. . Nesse sentido, aparecem, com muita clareza, as críticas às avaliações de retenção de conhecimento, que infelizmente ainda marcam o processo de formação médica como um todo. É o que confirma também o Preceptor 15 quando diz que “a avaliação, quando existe, é uma avaliação do conhecimento teórico que o residente desenvolve. Como a residência existe para melhorar a prática, essa avaliação de conhecimentos teóricos fica meio fora”.

Terminamos a discussão desse eixo temático com mais uma fala na qual encontramos a importância da exposição a situações próprias para aprendizagem, pensadas por alguém com formação pedagógica, e a postura ativa do aprendiz, pronto para desenvolver tanto habilidades técnicas como relacionais. Vários autores^{182,188-194} também comungam desse pensamento, o que mostra o apoio na literatura da área. O Preceptor 14 pontua essas duas características como principais para o processo ensino-aprendizagem, relatando que “para o residente aprender ele precisa de exposição. Mas não exposições simples e puras [...] Tem que ser exposto a situações, às realidades julgadas por alguém serem importantes de se aprender [...] E que o residente seja realmente um aprendiz, não apenas um estudante. Alguém que aprende tudo: ele não aprende só qual é a droga, qual a dose da droga, qual é o novo nome do exame complementar com seu ponto de corte [...] aprende tudo que lhe é colocado: atitudes, agir de maneira diferente e aprende também o nome da droga, do exame, seu ponto de corte”.

Os múltiplos papéis do preceptor

Como descrevemos no Capítulo II, a definição do papel a ser desempenhado pelo preceptor ainda é assunto muito controverso na literatura científica e nos documentos oficiais^{27,28-32}. Quando pedimos aos preceptores que definissem essa função com apenas uma palavra, pudemos notar o grau de variação dos significados.

Eles acreditam que um preceptor deve ser: **orientador** (quatro preceptores), **exemplo** (três preceptores), **supervisor, tutor, guia, pai** (dois preceptores), **amigo, professor, moderador, facilitador, parceiro e educador** (um preceptor). Notem que, embora solicitados a definirem com apenas uma palavra, alguns caracterizaram o papel do preceptor com mais de um vocábulo.

O preceptor como orientador, supervisor, tutor, mentor

Na concepção empirista, aprender e ensinar aparecem sob a visão de que o conhecimento advém de alguém ou de algo fora do indivíduo, independentemente da vontade do mesmo, que se torna um sujeito passivo nesse processo¹²³. Orientar, nas falas dos preceptores, aparece muito com esse sentido empirista, de alguém, algo de fora ser capaz de mostrar o caminho, de guiar. Isso aparece quando o Preceptor 1 revela que “atua como uma luz, um norteio para o residente saber o que tem que fazer”; ou quando o Preceptor 6 afirma que sua principal função é “mostrar o caminho que o aluno deve seguir para adquirir conhecimento”. O Preceptor 8 continua, relatando que é sua função “conduzir o residente, com preceitos técnicos, éticos, morais e sociais”, pensamento que encontra eco na fala do Preceptor 9, que acredita ser necessário “moldar, encaminhando, orientando, mostrando ao residente os caminhos [...] orientação para evitar desviar do caminho certo e encontrar com mais facilidade o que deveria fazer, isto é, a solução do problema”.

Mas, em outras falas, o mesmo termo *orientar* aparece com o sentido de estimular o raciocínio ou, como nos diz o Preceptor 2, de “tentar fazer com que o residente raciocine, tente achar o caminho”. Na entrevista do Preceptor 13, orientar é “conseguir fazer com que o residente, frente a determinadas situações, consiga reunir essas informações e ajudá-lo a traçar um caminho próprio para tomar decisões”, sugerindo uma conotação de permitir que o residente assuma um papel ativo, observando as exposições e informações, criando novas estruturas mentais, construindo assim o seu conhecimento. Nesse sentido, o Preceptor 16 concorda que é necessário “questionar sempre o que o residente acha que deve ser feito, não falar como deve ser feito antes do residente se pronunciar”. Aprender e ensinar, então, assumem um conceito relacionado ao construtivismo^{127, 128}:

Supervisionar é uma outra função que percebemos com clareza nos relatos. Para o Preceptor 3, “o papel é o de supervisionar o trabalho do residente [...] no sentido de supervisão, de corrigir erros, se estão fazendo as condutas corretas e até mesmo na

maneira de se relacionarem com o paciente [...] supervisionar, corrigir, dar segurança”. Esse sentido se relaciona com o de analisar o desempenho. Já o Preceptor 5 acredita que “o papel do preceptor é esse: estar sempre gerenciando esse aprendizado”, no sentido de planejar, controlar o processo. Vigiar, outra função relatada como de supervisor, aparece claramente quando o Preceptor 2 descreve que sua função é de “assessorar o residente de maneira teórica ou prática também, como se fosse uma vigia”. Todas essas características marcantes do papel de supervisor^{33, 53, 54} permeiam essas várias falas dos preceptores, embora muitas vezes não venham acompanhadas pelo vocábulo **supervisor**.

Tutor não aparece nas exposições dos preceptores apenas como um guia, um facilitador, que auxilia no processo de aprendizagem centrado no aluno⁷²⁻⁷⁴. Essa visão que a Aprendizagem Baseada em Problemas oferece, de um profissional focado no “aprender a aprender”, pode gerar a falsa impressão de que apenas habilidades pedagógicas são necessárias, minimizando ou desconsiderando as habilidades médicas (técnicas). É importante notar que esse modelo de aprendizagem ainda não é considerado o modelo perfeito, sendo alvo de muitas críticas¹⁹⁵. Mas os preceptores associam as funções pedagógicas ao “como fazer”, deixando claro que o profissional responsável pela formação do residente deve ter o domínio dessa habilidade. Essa associação aparece quando o Preceptor 13 relata ser um “facilitador dentro de um processo de co-responsabilidade nas atividades da prática diária” e quando o Preceptor 2 diz que atua “ajudando o residente naquilo onde ele tem dificuldades, principalmente em executar procedimentos”.

O Preceptor 12 diz que é um “moderador, instrutor, organizador, indicando e auxiliando na busca de literatura adequada [...] fornecendo ao residente um subsídio de como seria a metodologia adequada e, a partir daí, aperfeiçoar o residente nessa metodologia”. Mas continua, mostrando a faceta de fazer para mostrar como é o correto, quando explicita que “auxilia no diagnóstico diferencial de algumas manobras de exame físico. Nas dúvidas, às vezes, é preciso pegar na mão do residente para poder ensinar”.

Um profissional mais experiente que guia, orienta e aconselha um jovem no início de carreira e que tem ação primordial ao longo do crescimento pessoal e profissional, ultrapassando a orientação para estudo, é o **mentor**^{27, 46, 82, 84}. Ele também está presente nos relatos, compondo assim a função dos preceptores na sua própria visão, como nessa fala do Preceptor 3, dizendo que atuar como preceptor é “passar um pouco de nossa experiência [...] Preceptor é uma pessoa que tem mais experiência, já viveu situações que o residente está vivenciando, até mesmo como residente”. O mesmo

podemos notar no relato do Preceptor 16, que afirma “ter o papel de passar um dado a mais, que é a experiência [...] estar ali para dar suporte nesse momento de dar os primeiros passos. Com a voz da experiência, ele está facilitando o processo”.

O preceptor como um educador

A palavra “doutor” vem do latim *docere*, significando ensinar. Então parece lógico que, se sou um bom médico, serei um bom professor. Essa conclusão, claro, não é uma verdade absoluta. Ensinar requer habilidades distintas das necessárias para cuidar de um paciente, embora eu não acredite que você possa ser um bom educador clínico sem ser um excelente médico.

Robert B. Taylor¹⁹⁶

Educador tem uma função de oferecer ao aprendiz ambientes que lhe permitam construir e reconstruir conhecimentos, num caminho que se trilha para formar pessoas ativas na sociedade a que pertencemos. Pessoas estas comprometidas com essa sociedade e que percebem a importância de seus papéis profissionais na construção da cidadania¹²⁹. Nesse sentido, educar é muito diferente de treinar, que, como já dissemos no Capítulo III, nos lembra um sentido preferencial de condicionar, adestrar³³.

O Preceptor 2 acha “que uma das funções do preceptor é explicitar os pontos importantes do aprendizado ao residente. O médico tem a função só de fazer, o preceptor tem a função de ensinar como fazer, como chegar”. Para Taylor¹⁹⁶, o preceptor tem um instinto de transmitir ao residente tudo que ele (o preceptor) sabe, mas isso é insuficiente para o verdadeiro aprendizado, não sendo o ideal porque não se foca no verdadeiro significado do aprender. Várias características do preceptor, efetivo educador, são citadas na literatura¹⁹⁶⁻²⁰⁰. Explicitar os pontos importantes do processo de ensino-aprendizagem é uma maneira de tornar o residente mais ativo, mais independente, nessa construção²⁰¹. Essa explicitação é um dos fatores que Meyers et al¹⁹⁷ acreditam serem importantes para um novo desenho da formação durante a residência médica. Irby¹⁹⁹ chama esse importante componente da ação do preceptor de “diagnosticar a compreensão” do residente. Ampliar o conceito de educação na formação médica significa, então, passar de um processo de exclusiva aquisição de conhecimentos ou habilidades (baseado na exposição simples e pura de conteúdos e técnicas) para o desenvolvimento de uma consciência crítica profissional, com a qual o neófito aprende conteúdos, técnicas e, sobretudo, aprende a “pensar e detalhar” todos os

aspectos profissionais¹⁸³. Conseguimos detectar esses aspectos nas considerações feitas pelos entrevistados.

Numa das falas do Preceptor 14, ele apresenta que o “o preceptor deve escolher os cenários de exposição, o que é muito difícil e uma tarefa muito sofisticada [...] ter a capacidade de identificar quais são as oportunidades de aprendizagem, descobrindo os cenários de exposição [...] Como eu posso tornar isso uma oportunidade de aprendizado? [...] O preceptor é um educador. E isso é tão difícil de encontrar. Temos preceptores excelentes técnicos, mas não educadores. Educar é proporcionar a alguém reais condições de aprendizado. [...] O preceptor, então, deveria ser um educador, isso que faria uma grande diferença e a gente não tem isso. Eu uso uma expressão que é o **docente-clínico**. O que temos na verdade é o clínico pseudo-docente [...] Não compreendem o processo educacional [...] Ou o facilitador não-clínico que, oficialmente, não tem que saber nada sobre aquele assunto específico, desde que tenha bons atributos de facilitação [...] O que precisamos efetivamente é de docentes clínicos: docentes, educadores de verdade, e que tenham formação clínica. O preceptor é um educador. Mas como educador pega todas as áreas, diria que o preceptor é, na verdade, um **docente-clínico**. Se conseguirmos formar docentes clínicos, vamos melhorar muito. Para formar docentes clínicos precisamos de pessoas com atributos de educador, com bagagem teórica muito grande e que tenham excelente formação clínica”. Notamos aqui a expressão docente-clínico, que se aproxima muito do que Taylor¹⁹⁶ utiliza como “**clinical teacher**”, definindo bem quem o preceptor deve ser. Esse autor acredita que a centralidade da preceptoria está na relação estabelecida entre o docente-clínico e o aprendiz, e no encontro de ambos com o paciente. Esse encontro deve se focar tanto no problema clínico que o paciente está enfrentando como também na maneira como o paciente percebe esse problema. Irby^{198,199} também relata, entre as características essenciais do conhecimento do preceptor, o domínio da prática clínica e dos aspectos educacionais relacionados a ela. Tudo isso porque o preceptor atua na sua própria prática médica, trabalha como preceptor em ação, como médico e educador; ao desempenhar suas funções no cuidado à saúde do paciente, preocupa-se também com suas funções educacionais¹⁹⁹. Observem então, como o trecho das entrevistas citado acima ilustra essas afirmações da literatura científica, explicitando a importância de professores que sejam excelentes educadores e ótimos clínicos – os **docentes-clínicos**, para conseguirmos uma formação médica de qualidade.

O preceptor que ensina, realizando os procedimentos técnicos

O Preceptor 1 afirma que uma de suas funções é “voltar ao leito do paciente, repetir o método clínico, mostrando ao residente o que é importante”. Se o preceptor é educador, mas também um bom clínico, ele deve dominar a execução de procedimentos técnicos, mostrando ao residente como se faz. Essa prática é considerada como um fator que melhora a aprendizagem¹⁷⁸ e também pode servir como uma resposta à advertência para que os preceptores não percam suas habilidades clínicas ao entrarem na vida acadêmica¹⁹⁶. Numa das falas do Preceptor 3, percebemos a importância desse papel de “ficar próximo, do lado, demonstrando a técnica passo a passo, para que ele possa fazer em situação semelhante”, o que nos parece mostrar ainda uma função que justifica a cobertura de todas as atividades dos residentes pelos preceptores, uma grande reivindicação em nosso meio e também em outros países²⁰². E esse papel do preceptor de execução dos procedimentos clínicos é uma reafirmação de que não existe nenhuma contradição ou separação entre o exercício da preceptoria (educar) e a prática médica (execução de procedimentos). Pelo contrário, a execução de ambas as funções só pode e só tem lugar, na formação médica, se ocorre conjuntamente, definindo a função de preceptor³⁰.

Quando o Preceptor 2 nos fala que deve “ficar ao lado do residente para que ele tente fazer inicialmente[...] Caso não seja possível, o preceptor deve fazer o procedimento, o residente assiste então e o residente vai fazer em outra oportunidade”, reforça mais uma vez a necessidade de cobertura das atividades dos residentes pelos preceptores. A literatura nos informa pouco sobre os riscos, para os pacientes, de médicos em formação realizarem procedimentos para os quais ainda não estão totalmente preparados^{203,204}. Porém, alguns autores mostram que, quando os preceptores permitem menor ação do residente, aumenta a aderência aos consensos, ocorrem melhores mudanças nos planos terapêuticos e melhoram também os resultados finais. Isso permite concluir que diminuir a autonomia dos residentes melhora o cuidado aos pacientes e também a sua segurança^{177,205}. É preciso, então, preocupar-se com os aspectos técnicos e éticos dessa prática de formação, mesmo sob preceptoria²⁰³.

Em outro trecho de sua entrevista, o Preceptor 4 mostra também uma aceitação desse tipo de aprendizagem, dizendo “que o residente aprende por modelo, imitação, tentativa e erro [...] Ela (uma residente) tentou, puncionou, não conseguiu, eu peguei e puncionei para ela. Mas deixei inicialmente ela fazer e falei dessa vez foi assim, mas da próxima vez vai dar certo”. É importante, contudo, ressaltar que isso é

muito comum quando se trata de procedimentos que não são de risco, sendo totalmente abominável caso ocorra em situações claras de risco de morte. Nota-se, por outro lado, conforme nos mostra o Preceptor 7, que “os residentes têm fugido de aprender a realizar alguns procedimentos técnicos, deixando para residentes de especialidades cirúrgicas ou de laboratório”. Outros autores já constataram que os residentes de especialidades clínicas têm evitado realizar muitos procedimentos técnicos, limitando-os a outros profissionais ou aos residentes mais especializados, o que não ocorria no passado¹⁸⁰. Isso não é bom e demonstra que a graduação médica não tem ensinado/valorizado nem os procedimentos mais simples, o que é preocupante.

Uma constatação do Preceptor 10, afirmando que “damos um substrato teórico que é muito necessário, o residente fica um período com o preceptor o tempo todo e, depois, começa a exercer as habilidades técnicas”, é corroborada pela literatura. Recomenda-se que o residente só execute procedimentos técnicos sozinho quando essa execução já tenha se transformado em uma ação automática, sem interrupções²⁰⁵. Sabemos que as habilidades motoras necessárias para a realização desses procedimentos são adquiridas em três etapas. Num primeiro momento, a etapa cognitiva, o neófito consegue explicar e demonstrar o procedimento, mas não consegue desempenhá-lo sem desvios por inteiro. Na etapa integradora, o procedimento é repetido inúmeras vezes, com observações de preceptores, até conseguir executá-lo com técnica, livre de interrupções. Na terceira etapa, consegue executar o procedimento automaticamente, com técnica eficiente. Então, compreendemos melhor quando o Preceptor 4 explica que “uma maneira seria usar bonecos, manequins, para o residente saber o mínimo ideal” e os autores também nos dizem que as primeiras duas etapas do aprendizado das habilidades médicas motoras devem ser realizadas em simulações¹⁸⁰.

O preceptor como moderador na discussão de casos

Por outro lado, o Preceptor 12 acha que “não precisa executar atividades/procedimentos para mostrar como se faz [...] o papel é de moderação, acompanhamento e orientação”. Outros preceptores também acreditam não ser preciso executar ações e procedimentos, como relata o Preceptor 11, dizendo que “as habilidades técnicas são treinadas pelos preceptores quando, nas discussões e visitas, nós corrigimos as falhas que notamos [...] O papel do preceptor é mais de orientação e menos de executar essas habilidades e de ser seguido pelo residente”. O Preceptor 15 também considera que “nesse processo de aprendizagem técnica, o preceptor tem papel

mais de orientação, coordenação, mostrar o que pode estar errado, como funciona. Um papel mais de discussão e menos de supervisão, pois na maioria das vezes o preceptor também não assiste/observa ao residente executando essas ações”. Sobressai, nesses relatos, uma função de discutir os casos com os residentes, estimulando o raciocínio clínico.

Dos 16 preceptores entrevistados, 12 explicitam essa função como a principal do preceptor. Irby¹⁹⁹ também considera essa função primordial e relata que, para bem realizá-la, os preceptores baseiam seu raciocínio clínico e suas instruções em scripts mentais¹³³, que interagem com a improvisação. Isso é exigido pela necessidade de adaptação dos conhecimentos à prática clínica. Ou seja, na discussão de casos, o intelecto do preceptor, suas reflexões e pensamento interativo para o diagnóstico, planejamento e condução da situação em questão, conecta-se com o exercício prático da medicina, num processo dinâmico da preceptoria.

Mas torna-se preocupante quando o Preceptor 16 relata que evita “executar ações para mostrar ao residente como se faz [...] acho fundamental que o residente pegue e faça [...] Eu observo os residentes em ação, deixo fluir. Depois, questiono o que ele achou, onde teve dificuldades, quais as dúvidas que ele teve”. Pois, como uma consequência desses pensamentos, notamos uma diminuição das oportunidades de treinamento de habilidades à beira do leito, com os residentes observando os preceptores coletando a história clínica, executando o exame físico ou outros procedimentos técnicos e aplicando seus conhecimentos na tomada de decisões²⁰⁶⁻²⁰⁹. As discussões clínicas, distantes do paciente, têm sido a tônica da formação médica, com foco principal nos exames laboratoriais e de imagem²⁰⁹.

Podemos notar, ainda, nas entrevistas, que existe discordância sobre a importância, ou mesmo sobre a existência, desse papel de observar o residente executando suas atividades. Isso é também relatado na literatura, chamando-se a atenção para a perda de oportunidade de oferecer *feedback* ao residente e para o perigo da desconsideração de possíveis erros nas condutas com os pacientes^{207,210-212}. Retornamos então à questão ética da formação dos residentes. Santen et al²⁰³ publicaram um artigo que discute as percepções dos pacientes sobre serem “utilizados” nesse treinamento e as dificuldades sobre essa discussão, que incluem desde a compreensão do sistema de treinamento da residência médica pelo paciente, até a consciência do mesmo de que estará sendo atendido por médicos em formação. Os autores determinam três pontos fundamentais: a capacidade de compreensão de todos os pacientes, a vontade de ser/servir como voluntário e a informação oferecida pelo residente sobre os

procedimentos que irá realizar e sobre sua experiência nessas atividades. Com essa discussão, introduzimos o papel do preceptor na formação moral do residente.

A contribuição do preceptor para a formação moral

O Preceptor 1 nos lembra que tem papel “na ética, no profissional, no coletivo. Quando se trabalha com residentes em hospital é preciso ensinar a respeitar o paciente, o colega, a enfermagem, a bioquímica”. O Preceptor 4, seguindo a mesma linha, acredita que “temos que ensinar o bom relacionamento com o próprio preceptor, com a enfermagem, com o paciente e com os colegas”. Ponderamos, porém, que não conseguimos ensinar a respeitar ou a desenvolver um bom relacionamento. Não no sentido tradicionalmente compreendido de ensinar. Podemos contribuir para que o indivíduo respeite o outro e assim construa bons relacionamentos em sua vida profissional.

Percebam que o Preceptor 2 afirma que “atua nos comportamentos e atitudes [...] Relacionamentos com a família do paciente, com as pessoas, com o paciente, com situações”. Mas não estamos convencidos de como se dá essa atuação. Já chamamos a atenção no Capítulo IV para o fato de que, na socialização profissional, existe uma aprendizagem das técnicas e dos conhecimentos específicos, assim como de atitudes, valores e padrões de comportamento⁴¹. E, ainda, que esse aprendizado baseia-se no envolvimento com a comunidade da escola médica formada por preceptores, outros profissionais de saúde, estudantes e pacientes¹⁵⁶. Podemos pensar, então, que essas menções sobre o papel do preceptor são relatos de sua função nesse currículo oculto, propiciando condições e ambientes nos quais se estimule a percepção e o respeito ao outro.

Mas qual a ação efetiva do preceptor nessa formação? É preciso esclarecer que, apesar desse papel do preceptor, o residente não é passivo nesse processo, apenas recebendo influências. Com sua bagagem, seu espaço social e os conteúdos interiorizados na socialização primária, seu *habitus*²¹³, o residente é o ator principal. Livre para escolher entre tudo que escola médica lhe oferece, mas também sofrendo certa coação a seguir um padrão mínimo de conhecimentos, valores e atitudes típicas da corporação médica²⁶.

O Preceptor 1 abre suas considerações sobre formação moral dizendo que “no ensino da ética, o principal papel do preceptor é mostrar como se faz na prática. Você leva o residente com você e ele vê como você conversou, depois ele repete as

orientações numa mesma situação posteriormente [...] a gente tem que trabalhar melhor e é na prática, dando o exemplo”. Reforça o papel do exemplo e é apoiado pelo Preceptor 5, que afirma que “o papel do preceptor é seguir e demonstrar uma diretriz básica de conduta [...] uma diretriz de trabalho. Estar empenhado em resolver a situação do paciente da melhor maneira possível e atuar de maneira firme, mas sem conflito, com outros colegas [...] Essa é a melhor maneira que o preceptor tem de ensinar atitudes, isto é, basicamente através do exemplo”. Mas é importante que a formação moral na residência médica não seja centrada na discussão do código de ética ou na apresentação de modelos idealizados, mostrando uma moral exclusivamente heterônoma, baseada no seguimento de normas e princípios pré-estabelecidos (**ética deontológica**)³⁰. Notamos, contudo, esses relatos do papel do preceptor que explicitam o ensino da ética deontológica e baseada no exemplo do preceptor.

Esse tipo de ensino da ética deontológica discute apenas a moralidade do agente. Precisamos de um ensino baseado na análise dos aspectos morais dos atos dos humanos, frente aos dilemas e às relações sociais cotidianos da prática médica, respeitando um contexto real⁹. O Preceptor 10 mostra sua preocupação em “saber orientar melhor as atitudes e comportamentos, baseado em algo escrito e sedimentado, e menos em sua própria experiência”. Patey²¹³ afirma que o melhor cenário para ensino das habilidades éticas é o próprio local de trabalho, através da observação e discussão dos comportamentos e atitudes e do oferecimento de “feedback” pelos preceptores. O Preceptor 16 acredita que “devemos assentar e conversar. Deixar que os residentes vivenciem os conflitos e ficar do lado, dando suporte”. Entra em cena, então, a **Bioética**, considerada por Rego³⁰ como o campo que questiona o caráter absoluto e fora de contexto dos valores morais tradicionais, dos direitos e dos princípios. Esse questionamento é feito através do diálogo, do respeito às diferenças e de acordos e consensos.

Quando o Preceptor 1 comenta que “devemos avaliar as atitudes do dia-a-dia [...] uns sabem muito de livro, mas não sabem conversar com os pacientes, têm uma relação médico-paciente muito, muito conturbada, defeituosa [...] você consegue ver isso, qual residente tem posturas mais adequadas” e o Preceptor 3 completa que “deve existir avaliação das atitudes, devem-se criar mecanismos para isso. É importante fazer, o problema é como fazer”, percebemos que os preceptores acreditam que o ensino da ética e da moral aos residentes é uma de suas funções, mesmo que não saibam exatamente como. Avaliar a aquisição de atributos também é um papel relatado pelo Preceptor 14 ao afirmar ser necessário “verificar se o residente está desenvolvendo os

atributos técnicos e relacionais necessários, cobrar o desenvolvimento dos atributos necessários [...] servir como um avaliador, cobrando o desenvolvimento de atributos, dando um retorno, oferecendo uma informação se o processo está caminhando da maneira adequada. O aprendiz precisa de retorno, precisa saber se está fazendo a coisa certa, se não, a coisa fica muito no ar”. Notamos, então, a importância conferida à formação moral através de suas preocupações em avaliar os comportamentos e atitudes dos neófitos, assim como através da explicitação de que esses atributos relacionais são essenciais para a construção de uma melhor prática médica.

Finalizando esse segundo eixo temático, podemos afirmar que ensinar as habilidades relacionais, que compreendem a formação ético-moral, ao mesmo tempo em que se preocupa com o desenvolvimento dos atributos técnicos, é o grande desafio dos preceptores²¹⁴. Quando o Preceptor 14, em sua entrevista, caracteriza o preceptor como aquele que “atua trabalhando em ação (seja lá o que for que se faça: ambulatório, centro cirúrgico, sala de hemodinâmica, sala de endoscopia, etc.). Mas o que o preceptor deve tentar passar pra quem ele está orientando e chamar a atenção para isso, acho que são os atributos. Todos os atributos, desde pontualidade, roupa, maneira de lidar com a pessoa até os atributos para colocação em prática de determinada técnica profissional. Acho que esse é o grande papel do preceptor, e isso é muito difícil, isso não é simples [...] Servir como uma vitrine de atributos, um estímulo, mostrando como se faz [...] o preceptor deve encarar os dois lados da moeda. Ele deve se sentir responsável pela exposição de atributos relacionais e pela exposição de técnicas, simultaneamente. Essa deve ser a atitude do preceptor” percebemos eco na literatura científica que nos mostra a própria prática clínica diária como o momento e local adequados para essa formação conjunta²¹⁵, sem a necessidade de recorrer a artificialidades. Essa é a riqueza da residência médica. O preceptor, que atua atendendo pacientes e, ao mesmo tempo, educando os residentes, deve estar atento para a discussão dos aspectos morais desse cuidado, baseado na “caixa de ferramentas” da bioética³⁰. Atuar na fusão dessas frentes, na ação diária como médico e educador, relacionando-se com pacientes e residentes, preocupando-se com a formação técnica e ética, compreende a ação do preceptor em plenitude. Segundo Patey²¹⁴, o preceptor consegue, então, a possibilidade de utilizar e ensinar atributos técnicos e morais no próprio momento da ação.

VII- CONSIDERAÇÕES FINAIS

O pensamento dos preceptores sobre o processo de ensino-aprendizagem durante a residência médica e sobre o seu papel nesse processo foi trazido por esse estudo. Analisamos e interpretamos as falas dos entrevistados, identificando suas relações com essa modalidade de pós-graduação, conhecendo e fazendo-os conhecer um pouco mais de sua realidade educacional.

A residência é considerada uma modalidade de treinamento em serviço, tendo como base a aprendizagem pela prática cotidiana. Essa prática é marcada pela aquisição progressiva de atributos técnicos e relacionais, marcantes no desenvolvimento do profissionalismo. Não é simplesmente uma prática pura. É uma exposição a situações próprias para a formação, que não sejam artificiais nem artificializadas, mas que representem momentos do dia-a-dia profissional pensados para serem didáticos. Compreende ainda um cenário para raciocinar sobre a prática, criar conhecimentos que partem dela, contextualizar esses conhecimentos e desenvolver a capacidade de transferi-los quando necessário. E esse componente acontece nas discussões orientadas dos casos e nas sessões onde se estimula o raciocínio clínico.

O residente aprende de diversas formas. Observar uma outra pessoa em ação é uma maneira. Mas não pode ser tomada de forma pura, exclusivamente como imitação. A imitação, o treinamento, focaliza o ato realizado, enquanto a educação, a formação, tem o sujeito que conhece como foco. A transmissão passiva de conhecimentos, maneira de aprender já cristalizada na educação médica, mostra-se necessária, desde que bem dosada com o modelo do aprendiz. Nesse modelo, o residente não absorve conhecimento do preceptor, mas é um sujeito ativo. Seleciona reações apropriadas, consegue fixá-las e passa a agir conforme esse novo conhecimento. Ganha importância a prática, o processo e seus aspectos psicológicos e não apenas o conhecimento factual. O residente, a partir do modelo do aprendiz, aprende atitudes, comportamentos e técnicas, sendo agente dessa transformação.

Isso porque, além do ensino de um corpo de conhecimentos e de um conjunto de habilidades, a formação médica deve compreender também a aquisição de atributos relacionais, posturas e atitudes que definem o profissionalismo médico. Nesse sentido, preocupar-se apenas com o ensino de normas e códigos não é o bastante, pois caracteriza a moral como exclusivamente heterônoma. Também não devemos nos portar como se a ética existisse apenas para a proteção dos médicos. Precisamos desenvolver uma educação baseada na percepção de valores importantes para a prática, na discussão

e reflexão sobre as atitudes e no raciocínio crítico para a formulação de julgamentos morais coerentes. Com isso, ultrapassamos a crença de que existe uma moral inata ou baseada no bom senso e seguimos no caminho da moral crítica, da argumentação e do raciocínio que nos permite abandonar nossas intuições.

O preceptor assume vários papéis nesse processo de formação que é a residência médica. Algumas vezes, mostra o caminho, serve como guia. Outras, estimula o raciocínio e a postura ativa do residente. Muitas vezes planeja, controla o processo de aprendizagem e analisa o desempenho. Mas também aconselha, usando de sua experiência, cuidando do crescimento profissional e pessoal do jovem médico. Aqui, percebemos a interação que o conceito de preceptor tem com orientador, supervisor, tutor e mentor.

Na grande maioria das vezes o preceptor tem o papel de moderador na discussão de casos, estimulando o raciocínio clínico. Ele se utiliza de sua bagagem intelectual, de suas reflexões baseadas na experiência para desenvolver e estimular o desenvolvimento, pelos residentes, da condução adequada da situação em questão. Essas discussões não devem ser distantes dos pacientes, o que diminuiria as oportunidades de o residente desenvolver habilidades à beira do leito e observar o preceptor em ação. Outra função do preceptor é observar o residente executando suas atividades. Essa postura permite oferecer *feedback* adequado ao neófito, além de levar em consideração a detecção de possíveis erros nas condutas com os pacientes.

Nesse ponto, torna-se imprescindível pontuar a ação do preceptor na formação moral do residente. Aqui, também, o preceptor não tem papel exclusivo de exemplo, modelo. Mas uma de suas funções é explicitar e oferecer valores que humanizam as relações e esperar que os residentes façam opção por eles. E isso não significa ir contra ao desenvolvimento do raciocínio crítico. Para que a formação ética não se transforme numa transmissão de valores e códigos, o preceptor deve se utilizar das situações diárias de seu próprio local de trabalho, observando e discutindo os comportamentos e atitudes com o residente. Essa discussão deve se basear na “caixa de ferramentas” da Bioética, questionando o caráter absoluto e sem contexto de outros enfoques.

Porém, o preceptor tem uma função primordial de educador. Inicialmente ele identifica as oportunidades de aprendizagem, os cenários de exposição, tornando sua prática uma possibilidade para ensinar ao residente. Não atua apenas como um facilitador, pois é também um bom médico. Ele mostra ao residente como se faz. Então funciona como uma vitrine de atributos técnicos e relacionais, tendo habilidades

pedagógicas, o que lhe permite trocar e construir conhecimentos, formando verdadeiros cidadãos. Seu grande desafio é, então, proporcionar verdadeiras condições de desenvolvimento técnico e ético nos cenários de prática.

Além de todos esses papéis, é ainda função do preceptor avaliar o residente nas questões morais e técnicas da prática profissional, oferecendo um retorno sobre o seu desenvolvimento e sinalizando se o médico em formação está ou não no caminho certo. Atuar, então, na ação diária, como médico e educador, relacionando-se com pacientes e residentes, preocupando-se com a formação técnica e ética e oferecendo retornos constantemente ao residente, compreende a ação do preceptor em plenitude.

Terminamos com a preocupação constante de termos explicitado, através das falas dos entrevistados, nossa visão do processo de ensino-aprendizagem e do papel do preceptor na residência médica. Concordo com Pierret²¹⁶, quando afirma que “esses homens não falam em nome de uma geração, mas em seu nome para uma geração” (p. 311). E me utilizo então dessas palavras para assegurar que não falo em nome dos preceptores, mas em meu nome para uma geração de preceptores e residentes envolvidos na melhoria de todo processo de formação médica.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. Residência Médica/Latu sensu. <http://portal.mec.gov.br/sesu> (acessado em 30/Jul/2008).
2. Martins LAN. Residência Médica: estresse e crescimento. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.
3. Chaves MM, Rosa AR, organizadores. Federação Pan-Americana de Faculdades e Escolas de Medicina. Educação médica nas Américas: o desafio dos anos 90. São Paulo: Cortez; 1990.
4. Constituição de 1988. Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
5. Sampaio SAP. A implantação da residência médica no Hospital das Clínicas: 40 anos de história. ESTUDOS FUNDAP. Residência Médica 1984; 4-32.
6. Sampaio SAP, Gallucci MLFL, Conceição SB, Sant'Anna VM. O programa de residência médica do governo do Estado de São Paulo: análise histórica e tendências de desenvolvimento. Cadernos FUNDAP 1996; 21:216-27.
7. Nunes MPT. Residência médica no Brasil – situação atual e perspectivas. Boletim Informativo da Associação Brasileira de Ensino Médico 2003; XXXI (6).
8. Villar MAM e Cardoso MHCA. Residência médica em pediatria: no campo de prática. Cad Saúde Pública 2002; 18(1): 329-39.
9. Rego S, Palácios M, Schramm FR. Ensino da bioética nos cursos de graduação em saúde. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB e Araújo JGC. Educação Médica em transformação – instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Editora Hucitec; 2004. p.165-85.
10. Starr P. The social transformation of American medicine. Nova Iorque: Basic Books, Inc., Publishers, 1982.
11. History of accreditation of medical education programs. JAMA 1983; 250(12): 1502-8.
12. Barbosa H. A residência médica no Brasil. Residência Médica 1984; 6(1/2): 02-12.
13. Cooke M, Irby DM, Sullivan W, Ludmerer K M. American Medical Education 100 Years after the Flexner Report. N Engl J Med 2006; 355:1339-44.
14. Hospital dos Servidores do Estado [site na Inetrnet]. Rio de Janeiro: HSE, c2004. <http://www.hse.rj.saude.gov.br> (acessado em 24/Ago/2006).
15. Bevilacqua RG . Residência médica: uma visão pluridimensional. ESTUDOS FUNDAP. Residência Médica 1984; 40-43.

16. Hahn NS. A residência médica: um capítulo na história da formação profissional do médico. ESTUDOS FUNDAP. Residência Médica 1984; 2-3.
17. Lopes AC, Oliveira HR, Cunha CL. A residência médica no Brasil. Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica 2006; 4(1):16-23.
18. Machado MH. O mercado de trabalho médico: os especialistas. Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo 2002; 12 (6): 872-878.
19. Feuerwerker LCM. A Formação de Médicos Especialistas no Brasil. Área: Formação e Capacitação. Organização Pan-Americana da Saúde – representação Brasil; 2000. http://www.opas.org.br/rh/areas_det.cfm?id_doc=116&id_area=2 (acessado em 04/set/2006).
20. Decreto n. 80.281 Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Diário Oficial da União 1977; 6 set.
21. Lei 6.932. Dispõe sobre as atividades do médico residente, e dá outras providências. Diário Oficial da União 1981; 9 Jul.
22. Ministério da Educação. Resolução CNRM 02/2006. <http://portal.mec.gov.br/sesu> (acessado em 06/jul/2006).
23. Macedo CG. Apresentação. In: Almeida M, Feuerwerker L, Llanos M, organizadores. A educação dos profissionais de saúde na América Latina. São Paulo: Hucitec/ Buenos Aires: Lugar Editorial/ Londrina: Ed. UEL; 1999. p. ix-xi.
24. Mattos MCI. Ensino médico: o que sabemos? Interface – Comunic, Saúde, Educ. 1997; 1:193-195.
25. Rebollo RA. Considerações sobre o estabelecimento da medicina no tratado hipocrático Sobre a arte médica. Scientia Studia 2003; 1(3): 275-937.
26. Rego S. A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro: Editora FIOCUZ; 2003.
27. Bellodi PL, Martins MA. Tutoria: mentoring na formação médica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.
28. Cottrell DJ, McCrorie P, Perrin F. The personal tutor system: an evaluation. Med Educ 1994; 28 (6): 544-9.
29. Mills JE, Francis KL, Bonner A. Mentoring, clinical supervision and preceptoring: clarifying the conceptual definitions for Australian rural nurses. A review of the literature. Rural Remote Health 2005;5(3): 410.
30. Armitage P, Burnard P. Mentors or preceptors? Narrowing the theory-practice gap. Nurse Educ Today 1991; 11(3): 225-229.

31. Trindade CEP. O preceptor na residência médica em Pediatria. *Jornal de Pediatria* 2000; 76(5): 327-328.
32. Ministério da Educação. Resolução CNRM 05/2004. Disponível em: http://www.abramer.com.br/Pdf/cnrm_052004.pdf (acessado em 8/ mar/2007).
33. Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
34. Goode WJ, Hatt PK. Métodos em pesquisa social. Tradução de Carolina M. Bori. São Paulo: Editora Nacional; 1979.
35. Lyth GM. Clinical supervision: a concept analysis. *J Adv Nurs* 2000; 31(3): 722-729.
36. Rodgers BL. Concepts, analysis and the development of nursing knowledge. *J Adv Nurs* 1989; 14: 330-335.
37. Pitkin HF. Representação: palavras, instituições e idéias. *Lua Nova* 2006; 67: 15-47.
38. Ortiz R. As ciências sociais e o inglês. *RBCS* 2004; 19(54): 5-22.
39. Ryan-Nicholls K. Preceptor recruitment and retention. *Can Nurse* 2004; 100 (6): 19-22.
40. Bain L. Preceptorship: a review of the literature. *J Adv Nurs* 1996; 24(1): 104-107.
41. Stuart MR, Orzano AJ, Eidus R. Preceptor development in residency training through a faculty facilitator. *J Fam Pract* 1980; 11(4): 591-595.
42. Burns C, Beauchesne M, Ryan-Krause P, Sawin K. Mastering the preceptor role: challenges of clinical teaching. *J Pediatr Health Care* 2006; 20(3):172-183.
43. Obermeyer MV. Are you a culturally competent preceptor. *Nursing* 2006; 36(6): 54-55.
44. Ricer RE. Defining preceptor, mentor and role model. *Fam Med* 1998; 30 (5): 328.
45. Beckett C, Wall M. Role of the clinical facilitator. *Nurse Educ Today* 1985; 5: 259-262.
46. Beauchesne MA, Howard EP. An investigation of the preceptor as potential mentor. *Nurse Pract* 1996; 21 (3): 155-159.
47. Stuart-Siddal S, Haberlin JM. Qualities that make a preceptor. *RNABC News* 1985; 17 (4): 28.
48. Quill TE. A cross-sectional study of the influence of the ambulatory preceptor as a role model. *Arch Intern Med* 1987; 147: 971-973.
49. Burke LM. Preceptorship and post-registration nurse education. *Nurse Educ Today* 1994; 14: 60-66.

50. Siegel BS. A view from the residents: effective preceptor role modeling is in. *Ambul Pediatr* 2004; 4(1): 2-3.
51. Pierce J, Paulman A. The preceptor as ethic educator. *Fam Med* 1999; 31(10): 687 - 688.
52. Wright SM, Kern DE, Kolodner K, Howard DM, Brancati FL. Attributes of excellent attending physician role models. *NEJM* 1998; 339(27): 1986-1993.
53. Oxford Advanced Learner's Dictionary of Current English. Oxford; Oxford University Press; 2000.
54. Cordeiro LL. Relações industriais versus supervisão. *RAE* 1968; 8 (28): 95-112.
55. Grealish L, Carroll G. Beyond preceptorship and supervision: a third clinical teaching model emerges for Australian nursing education. *Aust J Adv Nurs* 1997; 15(2): 3-11.
56. Stokoe B, McClarey M. Safety measures. *Nursing times* 1995; 91(26): 30-31.
57. Sloan G. Clinical supervision: beginning the supervisory relationship. *BJN* 2005; 14 (17): 918-923.
58. Wood J. Clinical supervision. *Br J Perioper Nurs* 2004; 14(4): 151-156.
59. Kilminster SM, Folly BC. Effective supervision in clinical practice settings: a literature review. *Med Educ* 2000; 34:827-840.
60. Rego STA. A prática na formação médica: o estágio extracurricular em questão. Rio de Janeiro; 1994. Mestrado [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 1994.
61. General Medical Council. The New Doctor - Recommendations on General Clinical Training. London: General Medical Council; 2005. Disponível em: <http://www.gmc-uk.org> [Acesso em: 25 de Outubro de 2006].
62. Wright B. Clinical supervision. *Accid Emerg Nurs* 1993; 1: 181-182.
63. Goorapah D. Clinical supervision. *J Clin Nurs* 1997; 6(3):173-178.
64. Yegdich T. Clinical supervision and managerial supervision: some historical and conceptual considerations. *J Adv Nurs* 1999;30(5):1195-1204.
65. Berggren I, da Silva AB, Severinsson E. Core ethical issues of clinical nursing supervision. *Nurs. Health Sci* 2005; 7: 21–28.
66. Severinsson E. Ethics in clinical nursing supervision—an introduction to the theory and practice of different supervision models. *Collegian* 1999; 6: 23–28.
67. Berggren I, Severinson E. The influence of clinical supervision on nurses' moral decision-making. *Nurs. Ethics* 2000; 7: 124–133.

68. Berggren I, Bégat I, Severinsson E. Australian clinical nurse supervisors' ethical decision-making style. *Nurs. Health Sci.* 2002; 4: 13–21.
69. Cutcliffe JR; Lowe L. A comparison of North American and European conceptualizations of clinical supervision. *Issues Ment Health Nurs* 2005; 26(5): 475-88.
70. Yegdich T. How not to do clinical supervision in nursing. *J Adv Nurs* 1998; 21(1): 193-202.
71. Van Oijen E. Supervision: whipping up a storm. *Nurs Stand* 1994; 9(8):48.
72. Dolmans DHJM, Luijk SJV, Wolfhagen IHAP, Scherpbier AJJA. The relationship between professional behaviour grades and tutor performance ratings in problem-based learning. *Med Educ* 2006; 40: 180-186.
73. Maudsley G. Roles and responsibilities of the problem based learning tutor in the undergraduate medical curriculum. *BMJ* 1999; 318: 657-661.
74. Wetzel MS. Developing the role of the tutor /facilitator. *Postgrad Med J* 1996; 72(850): 474-477.
75. Quintanilha MMS. A educação de D. Pedro II, Imperador do Brasil. [Apresentação ao Seminário Pesquisa do PPE; 1994; Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Brasil .p.1-9].
76. Jones A. Getting going with clinical supervision: an introductory seminar. *J Adv Nurs* 1998; 27: 560-6.
77. Caestecker J. Role of the clinical tutor. *Postgrad Med J* 2002; 78: 639-640.
78. National Association of Clinical Tutors. Generic core job. [Documento da internet] 1999 Nov. [postgraduate clinical tutor/director of PGME]. Disponível em: <http://www.nact.org.uk/> point to [Documents and then to Generic Core Job Plan] [Acesso em: 25 de Outubro de 2006].
79. Holden J. Randomized controlled trial of general practitioner tutor visit or mailing to encourage general practice-based education. *Med Educ* 2001; 35(10): 938-940.
80. Llamas JS. The Manual of the Primary Care Tutor. *Aten Primaria* 1996; 17 (3): 177-178.
81. Llamas JS, Hernández ML. Docencia posgrado: factores condicionantes de la relación tutor-residente en medicina familiar. *Aten Primaria* 1997; 20 (9): 511-518.
82. Bellodi PL. O que é um tutor? Representações do papel em um grupo de professores de medicina durante o processo de seleção. *Rev.Bras.Educ Méd.* 2003; 27(3): 205-212.

83. Gidman J. The role of the personal tutor: a literature review. *Nurse Educ Today* 2001;21(5):359-365.
84. Freeman R. Faculty mentoring programmes. *Med Educ* 2000; 34:507-508.
85. Stewart BM, Krueger LE. An Evolutionary Concept Analysis in Nursing of Mentoring. *J Prof Nurs* 1996; 12 (5):311-321.
86. Barondess JA. On mentoring. *J R Soc Med* 1997; 90(6): 347-349.
87. Spicer R. Mentoring and personal development planning in postgraduate dental education: a review. *Dent Update* 2004; 31(8):472-4, 477-480.
88. Merriam S. Mentors and protégés. A critical review of the literature. *Adult Educ Quarterly* 1983; 33(3):161-173.
89. Homero. *A Odisséia (em forma de narrativa)*. Rio de Janeiro: Ediouro; 1999. [Tradução de Fernando C. de Araújo Gomes]
90. Fénelon FSM. *As aventuras de Telêmaco: filho de Ulisses*. São Paulo: Madras; 2006. [Tradução de Maria helena C. V. Trylinski]
91. Massie A. *Rei Artur*. Rio de Janeiro: Ediouro; 2004. [Tradução de Laura Alves e Aurélio B. Rebello]
92. Davidhizar RE. Mentoring in doctoral education. *J Adv Nurs* 1998; 13: 775-781.
93. Morle KMF. Mentorship – is it a case of the emperor’s new clothes or a rose by any other name? *Nurse Educ Today* 1990; 10(1): 66-69.
94. De Marco R. Mentorship: a feminist critique of current research. *J Adv Nurs* 1993; 18(8): 1242-1250.
95. Brandão C. *O que é o método Paulo Freire*. São Paulo: Editora Brasiliense; 1981.
96. Freire P. *Educação como prática de liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1976.
97. Schram FR. A autonomia difícil. *Bioética* 1998; 6(1):27-37.
98. Rolfe G. The role of clinical nurse supervision in the education of student psychiatric nurses: a theoretical approach. *Nurse Educ Today* 1990; 10 (3): 193-197.
99. Pellegrini Junior VD. Mentoring during residency education: a unique challenge for surgeon? *Clin Orthop Relat Res* 2006; 449:143-148.
100. Câmara MM, Cruz AR. Adolescência prolongada: o tempo que não se quer deixar passar. *Educar em Revista* 2000; 15. Disponível em: http://www.educaremrevista.ufpr.br/arquivos_15camara_cruz.pdf. [Acesso em: 21 de Dezembro de 2006].
101. Tobin MJ. Mentoring: seven roles and some specifics. *Am J Respir Crit Care Med* 2004; 170(2): 114-117.

102. Larkin GL. Mapping, Modeling, and Mentoring: Charting a Course for Professionalism in Graduate Medical Education. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 2003; 12: 167–177.
103. Nedd N, Nash M, Galindo-Ciocon D, Belgrave G. Guidede growth intervention: from novice to expert through a mentoring program. *J Nurs Care Qual* 2006;21(1):20-23.
104. Ramanan RA, Taylor WC, Davis RB, Phillips RS. Mentoring and Career Preparation in Internal Medicine Residency Training *J Gen Intern Med* 2006; 21:340–345.
105. Tsai JC, Lee PP, Chasteen S, Taylor RJ, Brennan MW, Schmidt GE. Resident physician mentoring program in ophthalmology: the Tennessee experience. *Arch Ophthalmol* 2006; 124: 264-267.
106. Sambunjak D, Straus SE, Marusic A. Mentoring in academic medicine – a systematic review. *JAMA* 2006; 296(9): 1103-1115.
107. Feuerwerker LCM. Mudanças na educação médica e Residência Médica no Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 1998; 2(3): 51-71.
108. Calil LC. Proposta de um modelo pedagógico para programas de Residência Médica. *RBM* 2000;57(7):751-6.
109. Teunissen PW, Boor K, Scherpbier A J J A, van der Vleuten C P M, van Diemen-Steenvoorde J A A M., van Luijk S J & Scheele F. Attending doctors' perspectives on how residents learn. *Med Educ* 2007; 41: 1050–8.
110. Feuerwerker LCM. Avaliação da Residência Médica em São Paulo. *Cadernos Fundap* 1996; 19: 153-69.
111. Eva KW. What every teacher needs to know about clinical reasoning. *Med Educ* 2004; 39: 98–106.
112. Montgomery K. *How doctors think – Clinical judgment and practice of medicine*. New York: Oxford University Press; 2006.
113. Lipkin M. Foreword. In: Coulehan JL, Block MR. *The Medical Interview: mastering skills for clinical practice*. Philadelphia: F.A.Davis; 2006. p.ix-xi.
114. Mufson MA. Professionalism in medicine: the department chair's perspective on medical students and residents. *Am J Med* 1997; 103: 253-5.
115. Stephenson AE, Adshead LE, Higgs RH. The teaching of professional attitudes within UK medical schools: reported difficulties and good practice. *Med Educ* 2006; 40: 1072-80.

116. Swick HM, Szenas P, Danoff D, Whitcomb ME. Teaching professionalism in undergraduate medical education. *JAMA* 1999; 282: 830-32.
117. McGee S. Evidence based physical diagnosis. St Louis, Missouri: Saunders Elsevier; 2007.
118. Ark KT, Brooks LR, Eva KW. The benefits of flexibility the pedagogical value of instructions to adopt multifaceted diagnostic reasoning strategies. *Med Educ* 2007; 41: 281–7.
119. Rikers RMJP, Verkoeijen PPJL. Clinical expertise research: a history lesson from those who wrote it. *Med Educ* 2007; 41: 1115–6.]
120. Bordage G. Prototypes and semantic qualifiers: from past to present. *Med Educ* 2007; 41: 1117-21.
121. Branch WT, Kern D, Haidet P, Weissmann P, Gracey CF, Mitchell G et al. Teaching the human dimensions of care in clinical settings. *JAMA* 2001; 286: 1067-74.
122. Hafferty F W. Professionalism - The Next Wave. *NEJM* 2006; 355(20): 2151-2.
123. Becker F. A epistemologia do professor: o cotidiano da escola. Petrópolis, RJ: Vozes; 1993.
124. Ayres, JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2001; 6(1):63-72.
125. Bransford JD, Brown AL, Cocking RR, editores. How people learn: brain, mind, experience, and school. Committee on Developments in the Science of Learning and Committee on Learning Research and Educational Practice, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education, National Research Council; 1999.
126. Bransford JD, Brown AL, Cocking RR, editores. How people learn: brain, mind, experience, and school. Committee on Developments in the Science of Learning and Committee on Learning Research and Educational Practice, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education, National Research Council.— Expanded ed; 2000.
127. Teixeira A. *Pequena introdução à filosofia da educação: a escola progressiva ou a transformação da escola*. Rio de Janeiro: DP&A; 2000.
128. Saviani D. As concepções pedagógicas na história da educação brasileira. Agosto 2005. [acessado 2007 Dez 10]. Disponível em: http://www.histedbr.fae.unicamp.br/navegando/artigos_titulos.html.

129. Struchiner M e Giannella TR. Formação de profissionais de saúde e educação à distância: elementos fundamentais. In: Castro JL, organizadora. PROFAE: educação profissional em saúde e cidadania. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. p. 1-21.
130. O movimento de mudança da formação de profissionais de saúde no Brasil. *Divulg saúde debate* 2000; 22: 4-7.
131. Campos GWS. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 1999; 15(1):187-93.
132. Custers E J, Regehr G, Norman G R. Mental representations of medical diagnostic knowledge: a review. *Acad Med* 1996; 71 (10) S55-61.
133. Norman G. Research in clinical reasoning: past history and current trends. *Med Educ* 2005; 39: 418–27
134. Norman GR, Brooks LR. The Non-Analytical Basis of Clinical Reasoning *Adv Health Sci Educ* 1997; 2: 173–84.
135. Elstein AS, Schwarz A. Evidence base of clinical diagnosis: clinical problem solving and diagnostic decision making: selective review of the cognitive literature. *BMJ* 2002; 324:729-32.
136. Huddle TS, Heudebert GR. Taking Apart the Art: The Risk of Anatomizing Clinical Competence. *Acad Med.* 2007; 82:536–41.
137. Ministério da Saúde - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde- Departamento de Gestão da Educação na Saúde - Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar *Educação Permanente no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
138. Simon, H.A. Observations on the sciences of science learning. *Journal of Applied Developmental Psychology* 2000; 21(1):115-21.
139. Ark TK, Brooks LR, Eva KW. Giving Learners the Best of Both Worlds: Do Clinical Teachers Need to Guard Against Teaching Pattern Recognition to Novices? *Acad Med.* 2006; 81:405–9
140. Struchiner M e Giannella TR. Aprendizaje y práctica docente em el área de la salud. Conceptos, paradigmas e innovaciones. Washington, D.C: OPS; 2005.
141. Skinner BF. Sobre o behaviorismo. São Paulo: Editora Cultrix, 2002.
142. Skinner BF. Tecnologia da Educação. São Paulo: Editora Herder; 1972.
143. Waldrop MM. Humanity 2, computers 0; chess champion Gary Kasparov's human imagination beats the brute-force computer tactics of Deep Thought. *Science* 1989; 246(4930): 572-3.

144. Whitcomb ME. Redirecting the Assessment of Clinical Competence. *Academic Medicine* 2007; 82 (6): 527-8.
145. Klass D. A Performance-Based Conception of Competence is Changing the Regulation of Physicians' Professional Behavior. *Acad Med.* 2007; 82:529–35.
146. Piaget J. *Success and Understanding*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1978.
147. Vygostky LM. *A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
148. Schon DA. Educating the reflective practitioner. The 1987 meeting of the American Educational Research Association. Washington, DC [acessado 2007 Jun 28]. Disponível em: <http://educ.queensu.ca/~ar/schon87.htm>
149. Rousseau A, Saucier D, Côté L. Introduction to Core Competencies in Residency: A Description of an Intensive, Integrated, Multispecialty Teaching Program. *Acad Med.* 2007; 82:563–8.
150. Kipper DJ, Loch JA. Questionamentos éticos relativos à graduação e à Residência Médica. *Rev Bioetic* 2002; 10: 107-28.
151. Ten Cate O e Scheele F. Competency-Based Postgraduate Training: Can We Bridge the Gap between Theory and Clinical Practice? *Acad Med.* 2007; 82:542–7.
152. McGee S. *Evidence based physical diagnosis*. St Louis, Missouri: Saunders Elsevier; 2007.
153. Lind G. Moral Regression in Medical Students and their Learning Environment. *Rev Bras Educ Med* 2000; 24(3):24-33.
154. Bulcão LG. *Profissão e formação médicas: sobre professores e seus valores*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2000.
155. Becker, HS et al. *Boys in white: student culture in medical school*. Chicago: University of Chicago Press; 1997.
156. Merton, RK, Reader, GG, Kendall, PL editors. *The student-physician. Introductory studies in the sociology of medical education*. Cambridge: Harvard University Press; 1957.
157. Kottow, M et al. Cambios de actitudes eticas a lo largo de los estudios de Medicina. *Revista Medica de Chile* 1993; 121: 379-84.
158. Biaggio, AMB. *Lawrence Kohlberg: ética e educação moral*. São Paulo: Moderna; 2002.

159. Alves PC. A perspectiva de análise social no campo da saúde: aspectos metodológicos. In: Canesqui AM, organizador. Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 1995. p.63-82.
160. Tobar F e Yalour MR. Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
161. Garrett A. A entrevista, seus princípios e métodos. Rio de Janeiro: Agir; 1974.
162. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2000.
163. Neto OC. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: Minayo MCS, Deslandes SF, Neto OC e Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ:Vozes; 1994.
164. Michelat G. Sobre a utilização da entrevista não-diretiva em sociologia. In: Thiollent MJM. Crítica metodológica, investigação social e enquete operária. São Paulo: Polis; 1982. p. 191- 211.
165. Cicourel A. Teoria e método em pesquisa de campo. In: Guimarães AZ. Desvendando máscaras sociais. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves; 1980.
166. Glugoski M. Cultura, ciência e universidade. *Jornal da USP* 2003; 642:13.
167. Wuillaume SM e Batista NA. O preceptor na residência médica em pediatria: principais atributos. *J Pediatr* 2000; 76(5):333-8.
168. Batista NA e Silva SHS. O professor de medicina: conhecimento, experiência e formação. São Paulo; Loyola; 1998.
169. CINAEM. Relatório geral 1991-1997. Avaliação do ensino médico no Brasil. Brasília, CINAEM; 1997.
170. Wuillaume SM. O processo ensino-aprendizagem na Residência Médica em Pediatria:uma análise. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 2000.
171. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
172. Richardson RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas; 1999.
173. Demo P. Pesquisa: método e cidadania. *Ser Social* 2001; 9:33-52.
174. Becker HS. Métodos de pesquisa em ciências sociais. São Paulo: Hucitec; 1993.
175. Whitcomb ME. What Does it Mean to be a Physician? *Acad Med* 2007; 82 (10): 917-8.

176. Norman G, Eva K, Brooks L e Hamstra S. Expertise in Medicine and Surgery. In: Ericsson KA, Charness N, Feltovich PJ e Hoffman RR. The Cambridge handbook of expertise and expert performance. Nova Iorque: Cambridge; 2006.
177. Kennedy TJ, Regehr G, Baker GR, Lingard LA. Progressive independence in clinical training: a tradition worth defending? Acad Med 2005;80 (Suppl 10):106–11.
178. Nehrenz G. Preceptorship: Methods of teaching in the clinical arena; A commentary. The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice. Jan 2007. Volume 5 Number 1. <http://ijahsp.nova.edu> (acessado em 30/Jul/2008).
179. Subiaul F, Cantlon JF, Holloway RL, Terrace HS. Cognitive Imitation in Rhesus Macaques. Science 2004; 305: 407- 410.
180. Duffy FD e Holmboe ES. What Procedures Should Internists Do? Ann Intern Med. 2007;146:392-3.
181. Hurlley S, Szurmi P. Watch One, Do One, Teach One. Editorial. Science 2004; 305: 305.
182. Balmer DF, Serwint JR, Ruzek SB e Giardino AP. Understanding paediatric resident continuity preceptor relationships through the lens of apprenticeship learning. Med Educ 2008; 42: 923–9.
183. Bleakley A. Broadening conceptions of learning in medical education: the message from teamworking. Med Educ 2006; 40:150–7.
184. Marckmann G. Teaching science vs. the apprentice model – do we really have the choice? Medicine, Health Care and Philosophy 2001; 4: 85–9.
185. Cortina A. O fazer ético: guia para e educação moral. São Paulo: Moderna; 2003.
186. Taquette SR, Rego S, Schramm FR, Soares LL, Carvalho SV. Situações eticamente conflituosas vivenciadas por estudantes de medicina. Rev Assoc Med Bras 2005; 51(1): 23-8.
187. Schramm FR. Entrevista. In: ABEM. Boletim da Abem 2000; 28 (1): 8-13.
188. Razack S, Meterissian S, Morin L, Snell L, Steinert Y, Tabatabai D e MacLellan A. Coming of age as communicators: differences in the implementation of common communications skills training in four residency programmes. Med Educ 2007; 41: 441–9.
189. Robinson JD. The new face of medical education. JAMA 1999; 281 (13): 1226.
190. Krieger L. Medicare antifraud initiatives: effects on resident education. JAMA 1999; 281 (13): 1227.

191. Oransky I. An apology for those who leave medicine. *Jama* 1999; 281 (13): 1230.
192. Boulet J. Teaching to test or testing to teach? *Med Educ* 2008; 42: 952–3.
193. Larsen DP, Butler AC, Roediger HL. Test-enhanced learning in medical education. *Med Educ* 2008; 42: 959–66.
194. Mauksch LB, Dugdale DC, Dodson S, Epstein R. Relationship, Communication, and Efficiency in the Medical Encounter: creating a Clinical Model From a Literature Review. *Arch Intern Med* 2008;168(13):1387-95.
195. Epstein RJ. Learning from the problems of problem-based learning. *BMC Medical Education* 2004; 4: I. <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/4/1>(acessado em 24/Nov/2008).
196. Taylor RB. *Academic medicine: a guide for clinicians*. New York: Springer; 2006.
197. Meyers FJ, Weinberger SE, Fitzgibbons JP, Glassroth J, Duffy D, Clayton CP and the Alliance for Academic Internal Medicine Education Redesign Task Force. Redesigning Residency Training in Internal Medicine: The Consensus Report of the Alliance for Academic Internal Medicine Education Redesign Task Force. *Acad Med* 2007; 82:1211–9.
198. Irby DM. What clinical teachers in medicine need to know. *Acad Med*. 1994;69:333–42.
199. Irby DM. How attending physicians make instructional decisions when conducting teaching rounds. *Acad Med*. 1992;67:630–8.
200. Furmedge DS. Apprenticeship learning models in residents: are they transferable to medical students? *Med Educ* 2008; 42: 856–7.
201. Edwards JC, Friedland JA, Bing-You R. *Residents' teaching skills*. New York: Springer; 2002.
202. Bansal A. Twenty-Four-Hour Attending Physician Coverage and Its Impact on Resident Training. *JACR* 2005; 2 (7): 642-44.
203. Santen SA, Hemphill RR, McDonald MF e Jo CO. Patients' Willingness to Allow Residents to Learn to Practice Medical Procedures. *Acad Med*. 2004;79:144–147.
204. Fischer MA, Mazor KM, Baril J, Alper E, DeMarco D, Pugnaire M. Learning from Mistakes: Factors that Influence How Students and Residents Learn from Medical Errors. *J Gen Intern Med* 2006; 21 (5): 419 – 23.

205. Ericsson KA. Deliberate Practice and the Acquisition and Maintenance of Expert Performance in Medicine and Related Domains. *Acad Med* 2004; 79 (10): S70-81.
206. Ahmed MEK. What is happening to bedside clinical teaching? *Med Educ.* 2002;36:1185-8.
207. Ramani S, Orlander JD, Strunin L, Barber TW. Whither bedside teaching? A focus-group study of clinical teachers. *Acad Med.* 2003;78:384-90.
208. Guarino CM, Ko CY, Baker LC. Impact of instructional practices on student satisfaction with attendings' teaching in the inpatient component of internal medicine clerkships. *J Gen Intern Med.* 2006;21:7-12.
209. La Combe MA. On bedside teaching. *NEJM* 1997; 126(3): 217-20.
210. Holmboe ES, Fiebach NH, Galaty LA, Huot S. The effectiveness of a focused educational intervention on resident evaluations from faculty: a randomized controlled trial. *J Gen Intern Med* 2001;16:427-34.
211. Noel GL, Herbers JE, Caplow MP. How well do internal medicine faculty members evaluate the clinical skills of residents? *Ann Intern Med* 1992;117:757-765.
212. Feddock CA. The Lost Art of Clinical Skills Christopher. *Am J Med* 2007; 120 (4): 374-8.
213. Bourdieu P. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2007.
214. Patey RE. Identifying and assessing non-technical skills. *The Clinical Teacher* 2008; 5: 40-4.
215. The CCT in Anaesthesia I: General Principles p. 29. Disponível em: <http://www.rcoa.ac.uk/docs/CCTpti.pdf> [Acesso em 23 de novembro de 2008].
216. Pierret J. Contexto social, condições da pesquisa e postura dos entrevistados. *Caderno CRH* 1999; 30/31: 297-318.

Anexo I

Roteiro de entrevista

- 1) Na sua opinião, qual o papel do preceptor? /Qual deveria ser o papel do preceptor?
- 2) Como você acredita que o residente aprende? Através de que?
- 3) Como é o processo ensino-aprendizagem na residência médica?
- 4) Como o preceptor deve/pode atuar nesse processo?
- 5) Como são treinadas as habilidades técnicas do residente: capacidade de entrevistar, de realizar exame físico adequado para o caso, de raciocínio diagnóstico, de escolha e interpretação de exames complementares, de escolha e afinidade com as drogas para terapêutica?
- 6) Qual o papel do preceptor nesse treinamento?
- 7) Na formação do residente, existem objetivos escritos em relação a atitudes que eles devam tomar frente às diversas situações profissionais? Em quais atividades essas atitudes são treinadas?
- 8) Qual o papel do preceptor nesse treinamento?
- 9) As atitudes e comportamentos dos residentes são avaliados? Como?
- 10) Um residente que demonstre ter adquirido excelentes conhecimentos e habilidades clínicas durante seu treinamento, pode ter pior avaliação devido a seus comportamentos e atitudes? (O que ele sabe como médico é tão importante quanto quem ele é como médico?)

Anexo II

Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 12 de julho de 2007.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº. 81/07 CAAE Nº 0082.0.031.180-07

Título do Projeto: “O papel do preceptor na formação de médicos residentes: um estudo de Residências em Especialidades Clínicas de um Hospital de Ensino.”

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisador Responsável: Sérgio Henrique de Oliveira Botti

Orientador: Sérgio Tavares de Almeida Rego

Instituição onde o trabalho de campo se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/Fiocruz

Data de recebimento no CEP-ENSP: 30 / 05 / 2007

Data de apreciação: 13 / 06 / 2007

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d, da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.

Inês Nascimento de Carvalho Reis
Coordenadora Adjunta
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/ENSP

Anexo III

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa **O papel do preceptor na formação de médicos residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino**. Você foi selecionado por ser **preceptor da residência** e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Os objetivos deste estudo são: analisar o processo de ensino-aprendizagem na residência médica em especialidades clínicas de um hospital de ensino, através da percepção dos preceptores sobre o seu papel na formação dos residentes. Buscamos, ainda, identificar qual a compreensão dos preceptores sobre o que é aprender e o que é ensinar durante a residência e descrever a importância dada, por eles, a seu papel na formação da identidade profissional dos residentes. **Sua participação** nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista.

Os riscos relacionados com sua participação são decorrentes da observação de um universo bem restrito e poderiam se constituir numa eventual identificação dos participantes. Mas o trabalho não identificará, em qualquer momento, os participantes, o programa de residência nem o hospital. Resumiremos a dizer que se trata de um programa de residência de um hospital de ensino. **Os benefícios relacionados** com a sua participação consistem em colaborar para uma melhoria no processo ensino-aprendizagem na residência médica. **As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais** e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação: analisaremos as informações como um todo, não isoladamente, e não divulgaremos os dados individuais. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Sérgio Henrique de Oliveira Botti

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, S/N. Juiz de Fora – MG, Fone: (32) 4009-5159

botti@uai.com.br

CEP: Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - Sala 314, Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210. Tel e Fax - (21) 2598-2863. email : cep@ensp.fiocruz.br, <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa