
Competências da Preceptoría na Residência Médica

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

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

RESUMO

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

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

INTRODUÇÃO

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

I Preceptores de Residência Médica do Estado de Goiás.

II Preceptora de Residência Médica de Uberlândia.

III Preceptores de Residência Médica em Brasília.

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

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

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

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

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

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

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

DISCUSSÃO

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

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

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

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

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

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

PRECEPTORIA MÉDICA: IDENTIDADE, CAPACITAÇÃO E VALORIZAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

O processo de ensino-aprendizagem (papel do preceptor)

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

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

O preceptor como orientador, supervisor, tutor, mentor

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

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

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

O preceptor como um educador

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

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

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

O preceptor como moderador na discussão de casos

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

A contribuição do preceptor para a formação moral

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

Estratégias de regulamentação da preceptoria

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

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

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

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

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

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

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

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

REFERÊNCIAS

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

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

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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