

Residência em Medicina de Família e Comunidade: Atividades da Preceptoria

Residency Programs in Family Practice: Preceptorship Activities

Maria Alicia Castells^I
Carlos Eduardo Aguilera Campos^{II}
Valéria Ferreira Romano^{II}

PALAVRAS-CHAVE

- Internato e Residência;
- Tutoria;
- Educação Médica;
- Medicina de Família e Comunidade;
- Atenção Primária à Saúde.

KEYWORDS

- Internship and Residency;
- Preceptorship;
- Education, Medical;
- Family Practice;
- Primary Health Care.

RESUMO

Este artigo aborda a prática da preceptoria nos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade no município do Rio de Janeiro. Por meio de um estudo sobre a preceptoria nestes programas, com base na percepção do preceptor em relação as suas atividades cotidianas, construiu-se uma pesquisa exploratória e descritiva, utilizando-se a técnica de grupo focal. Ocorreram três grupos focais com 15 preceptores de quatro diferentes programas do município do Rio de Janeiro. Após transcritas as falas, foi realizado o agrupamento temático e a análise de conteúdo, segundo Bardin¹⁴. Nos resultados do estudo, observou-se que a agenda de trabalho do preceptor é pouco estruturada, ficando sujeita à presença de várias demandas externas a sua atividade de formação. Assim, nesta agenda foram identificadas atividades educacionais, de gestão, além de atividades referentes à responsabilidade técnica das Clínicas de Família. Na relação com o residente, a supervisão do atendimento clínico individual é destacada como a atividade central da preceptoria, fazendo crer que ocorra certa restrição no olhar sobre o campo ampliado da saúde.

ABSTRACT

This article discusses preceptorships undertaken as part of Residency Programs in Family Practice (RFPF) in Rio de Janeiro. Through the study of preceptors involved in these programs and their views on their agenda, we developed an exploratory and descriptive research project using focus group techniques on three focus groups of 15 preceptors from 4 different RFPF. After transcribing the discussion, we performed thematic grouping and content analysis according to Bardin's method. The results of the study demonstrated that preceptors' agendas were unstructured and subject to the presence of several external demands not related to their training activities. The agendas included educational activities and management, as well as activities related to the technical responsibilities of Family Clinics. For residents, the preceptorship on individual clinical care is highlighted as the central activity, making it seem like there are certain restrictions on the view of the general field of primary health care.

Recebido em: 20/11/2014

Reencaminhado em: 11/11/2015

Aprovado em: 23/02/2016

^I Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro; Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{II} Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO

A ampliação dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC) que ocorre no Brasil, acompanhando a expansão da Atenção Primária em Saúde (APS), resultou no surgimento de experiências que trazem questões para reflexão e debate no campo da formação em saúde¹.

No município do Rio de Janeiro, com a expansão da APS a partir de 2009 e da demanda por médicos de família e comunidade, lançou-se mão da criação do Programa de Residência em MFC (PRMFC) da Secretaria de Saúde, em 2012, com 60 novas vagas de residência. Antes dessa experiência, já existiam no município outros dois PRMFC: o da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), com dez vagas, e outro em parceria entre a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), com oito vagas, em 2011.

A iniciativa municipal teve como principal estratégia o pagamento de um incentivo que complementou a bolsa paga aos residentes. Os demais programas aderiram ao incentivo oferecido, ficando sujeitos aos critérios estabelecidos pelo município. Entre esses, destacam-se a proporção de quatro residentes sob a responsabilidade de um preceptor, além de menor dedicação de tempo deste profissional à assistência médica da população adscrita, ficando os residentes como responsáveis diretos por esta assistência.

A discussão sobre a preceptoría médica tem crescido na área da educação médica². No entanto, a maioria dos trabalhos diz respeito à graduação, enquanto uma minoria relata experiências de preceptoría na residência.

May *et al.*³ entrevistaram 423 MFC envolvidos em tarefas de preceptoría a internos de Medicina na Alemanha. As motivações intrínsecas mais frequentes foram ajudar o outro, interesse em ensinar, melhorar o ensino da graduação, promover e apresentar a complexidade da MFC e partilhar conhecimentos. Compensações materiais não foram relevantes. Restrições quanto à disponibilidade de tempo foram citadas como barreira ao trabalho de preceptoría, mas não foram uma preocupação generalizada.

A preceptoría em MFC é uma função desafiadora devido à abrangência e complexidade da atuação deste especialista. Shaufhnessy *et al.*⁴, em um estudo Delphi, evidenciaram uma lista de 72 atividades profissionais ou competências obrigatórias na formação dos residentes em MFC. Por um lado, o diagnóstico biomédico que é definido epidemiologicamente ocorre em cenário de baixa incidência e valor preditivo para doenças sérias, exigindo capacidade do especialista em manejar as probabilidades diagnósticas. Por outro lado, também

são analisados pelo profissional os contextos cultural e situacional, as características psicológicas e familiares e os aspectos comunitário e laboral⁵.

Ao uso dos testes biomédicos de rotina para o incremento da hipótese diagnóstica é acrescida a capacidade de realizar a abordagem comunicacional e relacional com o paciente. É importante ainda o uso da longitudinalidade como um elemento fundamental à boa conduta clínica⁵.

Esta atuação, exercida de forma multidimensional, talvez seja a principal característica que diferencia a MFC da grande maioria das especialidades. Para que o ensino desta especialidade se dê de forma satisfatória, é necessário que as condições de ensino e treinamento abranjam também este caráter multidimensional e não estejam centradas apenas no diagnóstico biomédico. Este aspecto representa o grande desafio do aparelho formador médico no Brasil e no mundo⁵.

Goertzen *et al.*⁶ entrevistaram preceptores e estudantes de Medicina e encontraram 275 incidentes críticos para uma abordagem efetiva e não efetiva envolvendo comportamentos específicos usados na preceptoría. Estes foram agrupados nos seguintes domínios: (1) o preceptor envolve ativamente o aluno na situação clínica, maximiza a relação preceptor-aluno para promover a aprendizagem e enfatiza a abordagem de resolução de problemas; (2) o preceptor coordena atividades clínicas e de ensino e demonstra competência como médico e profissional; (3) o preceptor utiliza uma abordagem organizada, com esclarecimentos sobre os objetivos de aprendizado, juntamente com um interrogatório ao aluno e um breve resumo, tendo em mente o processo contínuo de aprendizagem para o aluno; (4) o preceptor dá aos estudantes um *feedback* contínuo, incluindo avaliações sobre o seu desempenho. Os autores concluem que a preceptoría não é uma herança genética, mas, sim, um conjunto de habilidades a serem aprendidas. Até agora, professores clínicos aprenderam essas habilidades por tentativa e erro. O estudo, baseado na realidade do dia a dia de ensino, integra e sintetiza uma riqueza de experiências dos alunos e preceptores a partir da qual outros professores podem aprender.

Barker e Pittman⁷ enfatizam a importância do aprendizado em serviço no ambiente de pressão do dia a dia, decorrente das relações com os pacientes, outros profissionais, o sistema de referência e os estatutos municipais e federais que regulam as práticas, incluindo as exigências de produtividade. São barreiras para a preceptoría o desenho das unidades não preparadas para o estagiário, expectativas dos pacientes em serem atendidos pelo seu médico, desconforto do preceptor com o papel de professor e curta experiência na função de preceptoría. As técnicas mais indicadas para a preceptoría, segundo

os autores, deveriam abranger os estudos de caso, buscar e combinar a experiência dos pacientes com a do aluno em busca de uma aprendizagem específica, realizar sessões clínicas, realizar leituras dirigidas e utilizar a observação direta.

Carvalho *et al.*⁸ apresentaram um conjunto de competências necessárias ao preceptor em MFC, divididas em pré-requisitos, atributos e competências pedagógicas. Os pré-requisitos estão ligados à formação prévia na especialidade de, no mínimo, três anos. Os atributos conformam um perfil ideal para desenvolver a preceptoria: responsabilidade profissional, segurança técnica e capacidade de gerir os recursos, capacidade de análise e crítica, comunicação e capacidade de estabelecer relações de cooperação e apoio. Por fim, as competências pedagógicas estão ligadas às características docentes, tais como conhecer e mobilizar recursos formativos, ter uma relação eficaz orientador-aluno, saber técnicas de motivação, planejar a formação, conhecer e aplicar técnicas de ensino-aprendizagem, treinar capacidades de análise crítica do residente, aplicar técnicas de avaliação. Os autores reconhecem que as competências pedagógicas são as mais deficitárias entre os preceptores. Todas as competências devem ser adquiridas em instâncias formais ou não formais, isto é, em vigência da atuação da preceptoria, com mecanismos de educação permanente e continuada.

Para Botti e Rego⁹, os principais papéis do preceptor são ensinar a clinicar e integrar os conceitos e valores da escola e do trabalho. Ser o interlocutor de referência do residente com o serviço também é um papel esperado para o preceptor^{8,10}. Neste sentido, o preceptor facilita a integração do residente ao cotidiano e garante a proteção dos seus direitos, evitando que ele seja considerado apenas uma substituição aos recursos humanos permanentes do serviço. Seus principais requisitos são o conhecimento e a habilidade para desempenhar procedimentos clínicos e ter competência pedagógica⁹, além da responsabilidade pela formação ética do aprendiz^{11,12,13}.

No município do Rio de Janeiro, com o surgimento do novo PRMMF em 2012 e as modificações dos programas que já existiam, cerca de 30 médicos de família e comunidade que atuavam em equipes de saúde da família do município passaram a ter a função de preceptores, assumindo um papel secundário em relação à assistência direta aos usuários. Esta situação poderia favorecer um maior envolvimento no processo de ensino-aprendizagem dos residentes.

O objetivo deste artigo foi identificar a visão do preceptor sobre suas atividades, sua prática cotidiana e o processo de trabalho desenvolvido.

MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo exploratório-descritivo, utilizando uma abordagem qualitativa. O cenário do estudo foram os serviços de APS do município do Rio de Janeiro: as Clínicas da Família e as Unidades Mistas, onde são desenvolvidas as atividades de preceptoria. Os quatro programas de residência em MFC estavam inseridos em unidades de saúde distintas. Atuavam à época 47 preceptores: 26 da SMS; 15 da Uerj; 2 da UFRJ e 4 da ENSP. Foi estimulada a participação de ao menos um preceptor de cada unidade de saúde inserida na residência.

Os dados foram coletados por meio de grupos focais e questionário. Os grupos focais levantaram as percepções dos preceptores sobre as suas atividades. Justificou-se a escolha desta técnica pela possibilidade de identificar, por meio do debate, questões de encontro e desencontro sobre o tema entre estes participantes. Foram realizados três grupos focais, respectivamente, com 4, 7 e 4, totalizando 15 preceptores, integrantes de 14 unidades de saúde distintas. Estiveram presentes preceptores dos quatro PRMFC do município – SMS-RJ, UFRJ, ENSP e Uerj –, mesclados nos grupos focais. A discussão nos grupos foi iniciada por meio de perguntas em relação a como estava ocorrendo a semana padrão dos preceptores, problematizando o desenvolvimento das diferentes atividades conduzidas por estes, assim como a relação do preceptor com a assistência e com as equipes de saúde da família. As discussões foram gravadas e posteriormente transcritas e analisadas.

Os questionários, com perguntas fechadas, foram respondidos por escrito pelos preceptores. As perguntas referiam-se aos dados pessoais e profissionais, com o objetivo de construir o perfil dos preceptores participantes do grupo focal.

Os dados colhidos com a utilização da técnica de grupo focal foram analisados empregando-se a análise de conteúdo e análise temática^{15,16}. Os dados obtidos com o questionário foram tabulados e analisados com o auxílio de cálculos estatísticos simples.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/Fiocruz, sob o parecer de número 237.254, e recebeu anuência institucional da Secretaria Municipal de Saúde-RJ.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil dos preceptores

O grupo de participantes era formado por profissionais com faixa etária entre 26 e 39 anos, com distribuição equilibrada entre os sexos; muitos eram oriundos de outros estados (Tabela 1).

TABELA 1	
Perfil dos preceptores por faixa etária, sexo e local onde realizaram graduação e residência médica	
Preceptor (n = 15)	
Faixa etária	
25-29 anos	7
30-34 anos	7
35-39	1
≥ 40 anos	0
Sexo	
Feminino	8
Masculino	7
Local da graduação em Medicina	
No RJ	7
Fora do RJ	8
Local da residência médica	
No RJ	8
Fora do RJ	6
Sem residência	1

Fonte: A autora, 2013.

Dos 15 participantes, 13 realizaram a residência médica em MFC. No momento da pesquisa, nenhum preceptor havia concluído curso de mestrado ou doutorado. No entanto, sete deles estavam com mestrado em andamento (Tabela 2). O fato de os participantes terem poucos cursos de pós-graduação concluídos pode estar relacionado com a menor vinculação de alguns dos PRMFC do RJ a instituições de ensino, mas também ao pouco tempo de formação dos preceptores.

TABELA 2		
Atividades de pós-graduação dos preceptores pesquisados		
Preceptores (n = 15)		
Residência em MFC	Sim	13
	Não	2
Mestrado	Sim	0
	Não	8
	Em andamento	7
Doutorado	Sim	0
	Não	15
	Em andamento	0

Fonte: A autora, 2013.

Quanto ao tempo de formação, a maioria dos participantes concluiu a graduação e a residência na especialidade de MFC em até cinco anos (Tabela 3). Todos os participantes da pesquisa tinham no máximo três anos de experiência de trabalho na atividade de preceptoria (Tabela 4).

TABELA 3					
Tempo de formação dos preceptores					
	< 1 ano	1 a 5 anos	5 a 10 anos	> 10 anos	Total
Tempo de conclusão da graduação	0	9	5	1	15
Tempo de conclusão da residência em MFC	4	8	1	0	13*

Fonte: A autora, 2013.

* Dois preceptores sem residência em MFC.

TABELA 4					
Tempo de experiência profissional dos preceptores					
	< 1 ano	1 a 2 anos	2 a 3 anos	> 3 anos	Total
Tempo de trabalho na APS	1	2	6	6	15
Tempo de trabalho no estabelecimento de saúde atual	6	3	6	0	15
Tempo de exercício da atividade de preceptoria em RMMFC	5	6	4	0	15

Fonte: A autora, 2013.

Atividades e organização da agenda de trabalho da preceptoria

Os participantes referiam falta de organização da sua agenda de trabalho, que resultava num trabalho improvisado, muitas vezes orientados pelo surgimento de problemas do dia:

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

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

A falta de uma agenda mais sistematizada fez com que demandas imediatas atravessassem a agenda de trabalho, e nem sempre essas demandas estavam ligadas às questões de formação. Isto pode contribuir para desviar o preceptor do lugar de ensino em serviço, ao mesmo tempo em que sobrecarrega sua agenda de trabalho e coloca muitas atividades sob sua responsabilidade:

A gente é visto como um coringa [...] Agora a gente tem que fazer a semana padrão para o preceptor, porque a gente vai esgotar aqui, a gente faz tudo. (GF 1, Preceptor 4)

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

Em contrapartida, os preceptores que relataram trabalhar com uma agenda mais estruturada e que procuravam manter uma concordância com a agenda dos residentes afirmaram a tendência a priorizar atividades de supervisão localizadas no espaço do consultório, conforme discutido a seguir.

Trabalho do preceptor centrado na consulta

Nas falas dos participantes foi recorrente a menção da atividade de consulta médica, com ou sem a presença do residente, como lugar de destaque e centralidade na sua agenda de trabalho. Isso surgiu tanto dos preceptores que não conseguiram planejar sua agenda, quanto daqueles que já possuíam alguma organização. A relação de residentes por preceptor, quatro residentes para um preceptor, pareceu ser um dos motivos dessa centralidade no espaço da consulta. Em praticamente todos os períodos da semana, alguns dos residentes realizavam atendimento em consultório, com o preceptor à disposição para as dúvidas do residente.

Então acaba que às vezes a gente fica muito restrito para atividades dentro da unidade. O que eu acho muito ruim, eu gostava muito de fazer visita e agora eu consigo fazer muito menos do que eu gostaria [...] mas, naquela semana de atendimento, a maioria das horas é de assistência de atendimento, junto com os residentes. (GF 2, Preceptor 1)

O fato de a centralidade do exercício da preceptoría ser na consulta médica fez pensar a ocorrência de menor priorização de outras atividades fundamentais da Atenção Primária à Saúde. Foram pouco citadas atividades de promoção da saúde e de educação em saúde, seja por meio de atividades individuais ou coletivas, seja no consultório ou na comunidade. Essa priorização do espaço individual, focado no atendimento médico em consultório, pode aumentar a possibilidade de aproximação do modelo de atenção de uma lógica curativa, com ênfase no saber médico, mais característico do modelo biomédico¹⁶. Essa ênfase dada ao atendimento clínico individual pelo MFC é destacada em outros trabalhos^{17,18}. Embora seja explicitada na especialidade a importância da integração entre atividades de caráter individual e coletivo, podem ser identificados grupos dentro da especialidade que dão maior ênfase a uma dessas atividades^{17,19}.

É importante reforçar as limitações que as práticas de saúde excessivamente voltadas ao atendimento individual po-

dem apresentar, mesmo que consigam exercer a integralidade no sentido de um atributo presente na prática desenvolvida pelo profissional de saúde e, portanto, possam ser consideradas como traços da boa prática médica¹⁹.

Essa questão também foi alvo de críticas pelos próprios participantes. Na tensão existente nos rumos da especialidade, alguns deles se colocaram de forma crítica a esse modelo mais voltado para a formação de especialistas clínicos:

Isso está sendo construído, essa é uma política que está em disputa, esse modelo não é o único no Brasil, mas tem um modelo mais forte, que domina. [...] Me incomoda pensar que a gente está formando residentes hoje com um perfil que é extremamente adequado ao mercado privado e que talvez nem consiga ter tanta clareza de que o [setor] público tem algumas nuances que a gente precisa trabalhar um pouco mais, como em relação à comunidade, de relação de controle social, de espaço de participação popular... questões que hoje, no nosso modelo assistencial, estão ausentes... (GF 1, Preceptor 1)

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

Mesmo considerando a permanência e influência do modelo biomédico nas práticas de saúde desse profissional, os participantes sinalizaram movimentos internos de questionamento. Apesar de sofrerem influências que determinam em parte a sua ação, também se entendem como sujeitos nesse processo. E identificam a possibilidade de pensar a preceptoría enquanto um grupo de sujeitos participativos do processo de construção dos rumos da residência.

Eu acho que é um momento absurdamente potente, a gente tem muita gente, muito boa, trabalhando na preceptoría [...] Eu acho que nesse ponto a gente está aumentando, está se encontrando mais. [...] mas essa interação, essa troca, essa construção pra mim tem que ser essencialmente coletiva. (GF 1, P 1)

O preceptor e o atendimento clínico

Com a entrada dos médicos residentes nas equipes de saúde da família – no novo modelo dos PRMFC do Rio de Janeiro –, o médico anterior foi deslocado para a função de preceptor, deixando de ser o principal médico de referência na ESF. Esta responsabilidade passou a ser compartilhada com o residente e, posteriormente, priorizada por este. No entanto, os preceptores referiram que o atendimento direto aos indivíduos e às famílias estava bastante presente no seu cotidiano, apesar de

não aparecer de forma organizada na sua agenda de trabalho. A maioria dos preceptores referiu não ter uma agenda própria para marcação de consultas, o que os colocaria como um personagem de suporte para o residente.

Nas falas dos participantes, a sua relação direta com a assistência acontece em momentos em que ocorre excesso de demanda de atendimento na agenda do residente, em situações nas quais este falta ao trabalho ou no atendimento de casos de maior gravidade ou complexidade:

Faço bastante atendimento. Geralmente eu tento dar uma aliviada na pressão de demanda dos residentes. (GF3, Preceptor 1)

A gente até atende alguns pacientes sozinho e até faz algumas interconsultas. E quando tem um ou outro paciente muito grave, a gente geralmente assume para não deixar a fila embolar. (GF 1, Preceptor 3)

Nesta questão, observou-se uma crítica ao modelo de preceptor exclusivamente responsável pela formação do residente e distanciado das questões do serviço, modelo de preceptoria que alguns tiveram em suas residências:

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

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

Mas eles acreditavam, não tinha essa preocupação com a demanda... (GF 2, Preceptor 1)

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

De formação. (GF 2, Preceptor 1)

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

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

Ao mesmo tempo, criticam também a ideia de considerar a residência apenas como atividades de assistência, e não como um processo de formação:

O ano passado, eles (residentes) só atenderam e aí... só que não refletiram sobre o processo de trabalho [...] não pensaram a residência como formação, pensaram a residência como serviço. (GF 1, Preceptora 2)

Gestão do serviço

As atividades de gestão, às vezes citadas como atividades de organização do serviço de saúde, apareceram de forma muito intensa, o que evidencia a importância que o preceptor imprime a este tema, reconhecendo-o como pauta necessária e urgente. Foram incluídas aqui tanto atividades de apoio à gerência local e realização de atividades administrativas, quanto atividades de discussão do processo de trabalho e das práticas de saúde do serviço. Ou seja, são demandas referentes à gestão dos serviços de saúde, e que muitas vezes aparecem pouco discriminadas entre si e classificadas aparentemente com o mesmo grau de relevância. Assim, parece haver certo grau de confusão e falta de delimitação das atribuições a serem assumidas pelo preceptor.

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

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

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

Senti que precisava organizar o serviço pra ter um bom ambiente de ensino, tentei me envolver mais com a organização do serviço, me envolvi com a questão da responsabilidade técnica [...] precisava mudar o serviço para tentar organizar o ensino melhor. (GF 1, Preceptor 5)

Mediar as relações de trabalho que se estabelecem entre o médico residente e o serviço surgido, de certa maneira, como uma atribuição do preceptor, fortalecendo a compreensão do papel do residente não apenas como mão de obra, ou como substituto de recursos humanos do serviço, mas como um profissional em formação, em período de treinamento. Em

suma, interferir em questões burocráticas do serviço parece gerar consequências na garantia de um ambiente de ensino mais favorável.

No entanto, houve uma preocupação com a possibilidade de que a agenda do preceptor fosse ocupada demasiadamente por atividades administrativas ou de apoio à gestão. Essa situação poderia gerar um excesso de funções e sobrecarga de trabalho para o preceptor, resultando em menor disponibilidade de tempo para o residente, colocando a atribuição de formação em segundo plano. Alguns preceptores apontaram uma mudança de posição com base nessa reflexão, num esforço por compreender as limitações de seu trabalho:

Eu tinha essa questão da gerente muito também. Mas isso fez com que a gente, de modo geral, lá na Clínica, num certo momento a gente negligenciou um pouquinho os residentes. Por querer ajudar a gestão da Clínica. Só que isso gerou consequências de a gente começar a repensar, junto com os residentes [...] Então, vamos ensinar aqui o negócio... e o mínimo possível sair de perto do residente pra ficar perto da gerente... (GF 3, Preceptor 1)

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

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

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

Por outro lado, embora os preceptores critiquem o excesso de funções que vêm assumindo no cotidiano de trabalho, parece que algumas delas são acumuladas intencionalmente, gerando um discurso confuso. Vários participantes da pesquisa referiram ocupar o cargo de responsável técnico médico (RT) das suas unidades de saúde – cargo obrigatório, exigido pelo CFM e instituído pela SMS-RJ em 2009 nas unidades de saúde da APS, na relação de um RT médico por unidade de saúde. Mesmo os preceptores que não eram oficialmente os responsáveis técnicos nas suas unidades referiam assumir parte das atribuições de RT, principalmente na função de responsáveis pelo Sistema de Regulação Ambulatorial (Sisreg).

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

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

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

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

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

Ao RT compete, em sentido amplo e de acordo com a legislação vigente, “assegurar condições adequadas de trabalho e os meios imprescindíveis ao exercício de uma boa prática médica, zelando, ao mesmo tempo, pelo fiel cumprimento dos princípios éticos” (p.7014)²⁰. Uma vez que o preceptor deve ser um profissional médico de elevada qualificação ética e profissional, poder-se-ia considerar que as funções de RT e de preceptoria tendem a manter algum grau de proximidade e congruência nas suas atribuições. No entanto, no cotidiano, ser RT se traduz em múltiplas atividades administrativas extras, sobrecarregando ainda mais a agenda de trabalho.

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

O fato de o preceptor assumir, além das atividades próprias da formação e de atenção à saúde, um grande número de atividades referentes à gestão do serviço, inclusive funções administrativas, parece ampliar o seu lugar de referência – não apenas ética e técnica – frente aos outros trabalhadores do serviço. Nesse contexto, os preceptores revelaram um sentimento de fortalecimento e legitimação do lugar do preceptor dentro da Clínica. E também é referido que, entre outros trabalhadores da Clínica e entre usuários, há uma ideia de superioridade hierárquica do preceptor:

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

Muitos definem assim. (GF 2, Preceptor 2)

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou compreender a formação da identidade do preceptor em MFC em um contexto de criação de programas de residência novos em unidades recém-criadas no município do Rio de Janeiro. Identificou-se um processo ainda em construção e sujeito a múltiplas tensões cotidianas. Neste estudo, procuramos identificar e compreender principalmente as tensões internas ao trabalho, com base nas falas dos preceptores.

Uma questão de fundamental relevância foi a identificação de uma agenda de trabalho pouco organizada, que acaba por produzir uma demanda excessiva de trabalho. O modelo atual de residência, que proporciona ao preceptor mais tempo livre na sua agenda, poderia resultar em maior disponibilidade desse tempo para as atividades de formação do residente. No entanto, essa relação não é direta. O que se observa é que esse espaço “livre” na agenda do preceptor, quando pouco estruturado, é disputado por inúmeras outras atividades não diretamente relacionadas à formação.

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

Outra particularidade identificada neste estudo que parece caracterizar o agir da preceptoria é a centralidade dada ao atendimento médico individual, em detrimento de outras atividades de atenção à saúde características da APS. Podemos inferir que isto significa uma aproximação de um modelo mais centrado no saber médico, exercido no espaço do consultório – talvez centrado na doença –, o que pode representar uma tendência a uma abordagem mais biomédica. Esta é uma questão que necessitaria de maior estudo, para identificar os arranjos que se estabelecem entre as práticas de saúde e suas relações com a produção do cuidado.

Também se observa que, embora não tenha uma agenda de atendimentos própria, o preceptor acaba fazendo um grande número de atendimentos, seja por sobrecarga, por ausência do residente ou por falta de outro profissional para esse lugar. Assim, o preceptor vai ocupando um lugar onde se torna integrante das equipes de saúde com o residente, além de personagem de suporte importante do serviço de saúde como um todo. Nessa dinâmica, acaba se perdendo a riqueza da observação direta da sua prática pelo aprendiz – momento em que poderia ocupar o lugar de modelo de especialista para o residente.

Identificamos na pesquisa uma crítica importante à existência de uma relação ensino-serviço polarizada, para ambas as partes. Quando assumem esse lugar de suporte descrito anteriormente, os preceptores verbalizam a existência de uma responsabilidade que têm com o serviço de saúde e os usuários, e não apenas com o residente e com o ensino. Portanto, sua responsabilidade pela formação pedagógica do residente não os distancia das responsabilidades com o serviço de saúde; eles não restringem suas responsabilidades apenas ao lugar de “formador”, assumindo uma crítica a um modelo de preceptor que alguns experimentaram durante sua formação – um preceptor com menor vínculo e distanciado do serviço. Nessa relação entre ensino-serviço, acabam também ocupando um lugar de elo entre o residente e o serviço de saúde, mediando as relações e conflitos existentes.

Parece nítida a falta de maior protagonismo e direcionalidade das coordenações dos programas de residência, assim como o grande número de residentes por preceptor. Isto pode estar relacionado ao pouco tempo de implantação, ao crescimento acelerado dos serviços e ao número de vagas de residência. Isto faz com que não só as coordenações como os próprios preceptores se envolvam em múltiplas tarefas gerenciais e administrativas para organizar questões estruturais dos serviços de saúde e dos programas. Soma-se a isso o fato de a maioria dos preceptores participantes da pesquisa ter poucos anos de experiência profissional, tanto na especialidade quanto no papel de preceptor.

Uma das questões talvez seja definir quanto tempo o preceptor deve dispensar a outras atividades e qual a importância delas em suas atribuições, sem comprometer o acompanhamento pedagógico dos residentes, a organização e o planejamento das atividades de formação.

A necessidade de reflexão sobre novas modelagens de residência, que trabalhem com grande escala e maior protagonismo da gestão municipal, traz a necessidade de pensar a prática da preceptoria e a participação de novos preceptores, provavelmente com pouca experiência nesta função. Para enriquecer esta reflexão, seriam interessantes também estudos que permitissem um olhar para a relação pedagógica e o processo de ensino-aprendizagem que se estabelece entre o preceptor e o residente, além do aprofundamento de outras atribuições desses preceptores.

REFERÊNCIAS

1. Campos CEA, Izecksohn MMV. Análise do perfil e da evolução dos programas de residência em medicina de família e comunidade no Brasil. *Rev APS* 2010;13(2):148-155.

2. Missaka H, Ribeiro VMB. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos congressos brasileiros de educação médica 2007-2009. *Rev Bras Educ Méd* 2011;35(3):303-310.
3. May M, Mand P, Biertz F, Hummers-Pradier E, Kruschinski C. A survey to assess family physicians' motivation to teach undergraduates in their practices. *PloS one* 2012;7(9):45846.
4. Shaughnessy AF, Sparks J, Cohen-Osher M, Goodell KH, Sawin GL, Gravel Jr J. Entrustable professional activities in family medicine. *Journal of graduate medical education* 2013;5(1):112-118.
5. Olesen F. A framework for clinical general practice and for research and teaching in the discipline. *Family Practice* 2003;20:318-323.
6. Goertzen J, Stewart M, Weston W. Effective teaching behaviours of rural family medicine preceptors. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal* 1995;153(2):161.
7. Barker ER, Pittman O. Becoming a super preceptor: a practical guide to preceptorship in today's clinical climate. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2010;22(3):144-149.
8. Carvalho F, Ventura T, Barroso R. Perfil de competências do orientador de formação. *Rev Port Clin Geral* 2004;20:147-52.
9. Botti SHO, Rego S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? *Rev Bras Educ Méd* 2008;32(3):363-373.
10. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre, RS. 2010-2011.
11. Botti SHO, Rego S. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 2011;21(1):65-85.
12. Rego S. As identidades do preceptor: seu papel na formação moral e ética. In: Ribeiro VMB, org. Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde. Juiz de Fora: Ed. UFJF; 2011.
13. Feuerwerker LCM. As identidades do preceptor: assistência, ensino, orientação. In: Ribeiro VMB, org. Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde. Juiz de Fora: Ed. UFJF; 2011.
14. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8.ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
16. Camargo Junior KR. A biomedicina. *PHISIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro 2005;15(Suplemento):177-201.
17. Pustai OJ. A "ordem" *de-vida* para o médico para o médico pensar o paciente: uma ontologia espinosana de ser humano na medicina. Porto Alegre; 2006. Doutorado [Tese] – Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
18. Bonet OAR. Os médicos da pessoa. Um estudo comparativo sobre a construção de uma identidade profissional. Rio de Janeiro; 2003. Doutorado [Tese] – Universidade Federal do Rio de Janeiro.
19. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Piniheiro R, Mattos RA, org. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO; 2001.
20. Conselho Federal de Medicina. Resolução 1.342/91. *Diário Oficial da União*, 16/04/1991, seção I, p. 7.014.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Maria Alicia Castells foi responsável pela revisão bibliográfica, coleta e análise dos dados, redação e formatação do artigo. Carlos Eduardo Aguilera Campos e Valéria Ferreira Romano fizeram a orientação do estudo, ajudaram na redação, formatação e revisão crítica do trabalho.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Maria Alicia Castells
Rua Hermenegildo de Barros, 167 ap 104
Santa Teresa – Rio de Janeiro
CEP: 20241-040 RJ
E-mail: ali_castells@yahoo.com.br