

CADERNOS DO CONSELHO

MANUAL DO PRECEPTOR

DE RESIDÊNCIA MÉDICA



CRM-PR
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

**MANUAL DO
PRECEPTOR
DE RESIDÊNCIA MÉDICA**

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Diretoria (gestão de 1º de junho de 2010 a 31 de janeiro de 2012)

Presidente: Carlos Roberto Goytacaz Rocha
Vice-Presidente: Alexandre Gustavo Bley
Secretária-Geral: Hélcio Bertolozzi Soares
1.º Secretário: José Clemente Linhares
2.º Secretário: Marco Antonio do Socorro Marques Ribeiro Bessa
1.ª Tesoureira: Roseni Teresinha Florencio
2.ª Tesoureira: Sérgio Maciel Molteni
Corregedor-Geral: Alceu Fontana Pacheco Júnior
Corregedor Adjunto: Roberto Issamu Yosida

Membros Natos

Duilton de Paola, Farid Sabbag, Luiz Carlos Sobania, Luiz Sallim Emed, Donizetti Dimer Giamberardino Filho, Hélcio Bertolozzi Soares, Gerson Zafalon Martins e Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho.

Comissão de Comunicação do CRM-PR

Conselheiros Ehrenfried O. Wittig (coordenador), Donizetti Dimer Giamberardino Filho, Gerson Zafalon Martins, Carlos Roberto Goytacaz Rocha, Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho, Gerson Zafalon Martins, Hélcio Bertolozzi Soares e Luiz Sallim Emed, Prof. Dr. João Manuel Cardoso Martins e jornalista Hernani Vieira.

Comissão de Ensino Médico

Cons. Joachim Graf e Hélcio Bertolozzi Soares.

Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos (Codame)

Cons.ª Ketí Stylianos Patsis (coordenadora), Mario Teruo Sato e Paola Andrea Galbiatti Peduzzi
codame@crmp.org.br

Comissão de Qualificação Profissional (CQP)

Cons. Zacarias Alves de Souza Filho (coordenador), Joachim Graf e Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho
cqp@crmp.org.br

Departamento de Fiscalização do Exercício Profissional (Defep)

Diretor: Cons. Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Médicos fiscais: Elísio Lopes Rodrigues, Jun Hirabayashi e Graciane Peña Mogollon, de Curitiba, e Paulo César Aranda, de Londrina
defep@crmp.org.br

Corregedoria

Cons. Alceu Fontana Pacheco Junior e Roberto Issamu Yosida

Consultor Jurídico

Antonio Celso Cavalcanti de Albuquerque

Assessores Jurídicos

AFONSO PROENÇO BRANCO FILHO E MARTIM AFONSO PALMA

CONSELHEIROS EFETIVOS E SUPLENTE (GESTÃO 2008/2013)

| | |
|--|---|
| Alceu Fontana Pacheco Júnior | Luiz Antonio de Melo Costa (Umuarama) |
| Alexandre Gustavo Bley | Luiz Jacintho Siqueira (Ponta Grossa) |
| Ana Maria Silveira Machado de Moraes (Maringá) | Luiz Sallim Emed |
| Arnaldo Lobo Miró | Lutero Marques de Oliveira |
| Carlos Puppi Busetti Mori (Cascavel) | Mário Teruo Sato |
| Carlos Roberto Goytacaz Rocha | Marco Antonio do Socorro Marques Ribeiro Bessa |
| Clovis Marcelo Corso | Marília Cristina Milano Campos |
| Darley Rugeri Wollmann Júnior | Marta Vaz Dias de Souza Boger (Foz do Iguaçu) |
| Donizetti Dimer Giamberardino Filho | Maurício Marcondes Ribas |
| Ehrenfried O. Wittig (indicado pela AMP) | Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho |
| Ewalda Von Rosen Seeling Stahlke | Monica De Biase Wright Kastrup |
| Gustavo Justo Schulz | Paola Andrea Galbiatti Peduzzi |
| Gerson Zafalon Martins | Paulo Roberto Mussi (Pato Branco) |
| Hélio Delle Donne Júnior (Guarapuava) | Raquete Rotta Burkiewicz (falecida) |
| Hélcio Bertolozzi Soares | Roberto Issamu Yosida |
| Joachim Graf | Romeu Bertol |
| José Carlos Amador (Maringá) | Roseni Teresinha Florencio |
| José Clemente Linhares | Sérgio Maciel Molteni |
| Keti Stylianos Patsis | Vilson José Ferreira de Paula (indicado pela AMP) |
| Lisete Rosa e Silva Benzoni (Londrina) | Wilmar Mendonça Guimarães |
| Luís Fernando Rodrigues (Londrina) | Zacarias Alves de Souza Filho |

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

João Carlos Simões

MANUAL DO PRECEPTOR DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Curitiba



CRM-PR
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

2011

É proibida a reprodução total ou parcial por quaisquer meios sem autorização escrita do CRM-PR.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Visla Alegre
Curitiba – Paraná – CEP 80810-340
Telefone (41) 3240-4000 – Fax (41) 3240-4001
www.crmpr.org.br
crmpr@crmpr.org.br

MANUAL DO PRECEPTOR DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Projeto Integração 2008/2013
Programa de Educação Médica Continuada do CRM-PR
SÉRIE – CADERNOS DO CONSELHO

Publicação do Conselho Regional de Medicina do Paraná, sob responsabilidade das Comissões de Comunicação, de Qualificação Profissional e de Ensino Médico.

Editor

Prof. Dr. João Carlos Simões

Coeditores

Cons. Carlos Roberto Goytacaz Rocha (Presidente do CRM-PR), Cons. Ehrenfried O. Wittig (Coordenador da Comissão de Comunicação do CRM-PR), Prof. Dr. Adriano Keijiro Maeda (Presidente da Comissão Estadual de Residência Médica – Cermepar) e Jorn. Hernani Vieira.

Colaboradores

Adriana Chassot Bressolin, Allan Cezar Faria Araujo, Marcelo Pontual Cardoso, César Alfredo Pusch Kubiak, José Luiz Bonamigo, Lisa Yure Teruya Ushimura, Maria Cecília Beltrame Carneiro, Martim Afonso Palma, Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho, Sérgio Henrique de Oliveira Botti; Sérgio Rego e Thelma L. Skare.

Revisão

Ivonete Guimarães

Projeto gráfico e diagramação

Sheila Gouveia

Catálogo bibliográfica

Gisele Terezinha Liegel Glock (CRB9-1178)

Impressão

Gráfica Cromos

Tiragem

1.500 exemplares

Obra de interesse científico-cultural do CRMPR com distribuição dirigida gratuita.

| |
|---|
| <p>Conselho Regional de Medicina do Paraná Manual do Preceptor de Residência Médica/ Conselho Regional de Medicina do Paraná, Edição-coordenação de João Carlos Simões. – Curitiba: CRMPR, 2011. 78 p. [Série Cadernos do Conselho]</p> |
| <p>Vários colaboradores</p> |
| <p>1. Medicina 2. Internato e Residência I. Simões, João Carlos (Editor)</p> |
| <p>CDD - 610 CDU - 61</p> |

NOTAS SOBRE OS AUTORES

MANUAL DO PRECEPTOR DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Programa de Educação Médica Continuada do CRM-PR

Editor

João Carlos Simões

Professor titular de Oncologia e da disciplina de História e Humanização do curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR), ex-presidente da Associação Médica do Paraná (AMP) e da Comissão Estadual de Residência Médica do Paraná (Cermepar), editor-fundador da Revista do Médico Residente do CRM-PR.
drjcs@uol.com.br

Colaboradores

Adriana Chassot Bressolin

Graduada em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Residência Médica em Pediatria e Cardiologia Pediátrica pelo Hospital Infantil Pequeno Príncipe, docente do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Oeste (Unioeste) na área de Pediatria, coordenadora da Residência Médica de Pediatria da Unioeste e vice-presidente da Coreme da Unioeste.
adrianabresolin@pop.com.br

Adriano Keijiro Maeda

Graduado em Medicina pela PUCPR, especialista em Neurocirurgia, coordenador da Coreme do Hospital Universitário Cajuru/ PUCPR e presidente da Comissão Estadual de Residência Médica do Paraná (Cermepar).
dr.maeda@gmail.com

Allan Cezar Faria Araujo

Graduado em Medicina pela Faculdade Evangélica do Paraná, Residência Médica em Cirurgia Geral e Cirurgia do Aparelho Digestivo pelo Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, mestre em Princípios de Cirurgia pelo HUEC, doutor em Cirurgia pela UFPR, docente do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Oeste do Paraná na área de Cirurgia Geral e Cirurgia do Aparelho Digestivo, diretor Pedagógico do Hospital Universitário do Oeste do Paraná da Unioeste, preceptor de Residência Médica em Cirurgia Geral da Unioeste e diretor Pedagógico do HU da Unioeste.
gastrovel@uol.com.br

César Alfredo Pusch Kubiak

Vice-presidente da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, presidente da Regional do Paraná da SBCM, professor de Clínica Médica da Universidade Positivo e membro honorário da Academia Paranaense de Medicina.
kubiak@up.edu.br

José Luiz Bonamigo

Representante da Associação Médica Brasileira na Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), coordenador da Comissão de Normatização do Título de Especialista da AMB e presidente do Comitê do Médico Jovem da Associação Paulista de Medicina.
josebonamigo@gmail.com

Marcelo Pontual Cardoso

Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Pernambuco, mestre em Saúde Materno Infantil pelo Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP), doutor em Tocoginecologia pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), coordenador geral do Programa de Residência Médica da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) e coordenador do Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia da Unioeste.
marcelo_pcardoso@uol.com.br

Martim Afonso Palma

Assessor Jurídico do Conselho Regional de Medicina, professor da cadeira de Biodireito da Universidade Tuiuti do Paraná e membro do tribunal de ética da OAB-PR.
martimpalma@hotmail.com

Maria Cecília Beltrame Carneiro

Graduada em Medicina pela PUCPR, residente em Psiquiatria na UFPR e presidente da Associação dos Médicos Residentes do Paraná (Amerepar).
amerepar@gmail.com

Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho

Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Paraná, com residência médica em Clínica Médica no Hospital de Clínicas da UFPR, Mestrado em Cardiologia na UFPR e Especialização em Hemodinâmica em 1990. É professor da Disciplina de Cardiologia da UFPR desde 1990, chefe do Ambulatório de Dislipidemias do HC da UFPR, conselheiro e ex-presidente do Conselho Regional de Medicina do Paraná.
a.hanna@matrix.com.br

Liza Yurie Teruya Ushimura

Graduada em Medicina pela PUCPR, residente em Medicina da Família Comunitária e vice-presidente da Associação dos Médicos Residentes do Paraná (Amerepar).
amerepar@gmail.com

Sérgio Henrique de Oliveira Botti

Doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (RJ); e membro da Comissão de Residência Médica (COREME/HUUFJF), de Juiz de Fora (MG).
botti@uai.com.br, sergio.botti@uff.edu.br

Sérgio Rego

Doutor em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ e pesquisador titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (RJ), também integrante do Departamento de Ciências Sociais da ENSP, de Manginhos (RJ).
rego@ensp.fiocruz.br

Thelma L. Skare

Graduada em Medicina pela UFPR, especialização em Educação em Saúde, mestrado em Pedagogia Universitária, doutorado em Princípios da Cirurgia, médica do Serviço de Reumatologia do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (HUEC), professora de Reumatologia do curso de Medicina da FEPAR, membro honorário da Liga Acadêmica da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, Regional do Paraná.
tskare@onda.com.br

APRESENTAÇÃO

João Carlos Simões

“Sem preceptor não há residência médica.”

Antonio Carlos Lopes

A residência médica no Brasil completou mais de 34 anos. Indubitavelmente é o melhor programa de pós-graduação senso lato para formar o médico especialista e consolidar a formação para sua vida profissional.

Porém, sem preceptor competente não há uma boa residência médica!

Esse preceptor precisa estar ao lado do médico residente. Participando integralmente, mostrando o caminho e como se faz Medicina naquela especialidade.

Este comportamento é fundamental para servir de modelo para formar um profissional mais humano e competente.

Uma boa residência precisa da eterna vigilância da preceptoria.

O médico residente deve saber tomar decisões sozinho, mas sempre sob a supervisão do preceptor. E aí reside, provavelmente, um dos parâmetros seminais

na responsabilidade da preceptoria da residência médica.

Mister se faz, porém, que a preceptoria seja reconhecida e valorizada. Assunto ainda não resolvido pela Comissão Nacional de Residência Médica e que merece, no mínimo, regulamentação definitiva.

Minha gratidão a todos os autores que aceitaram o repto de escrever os capítulos que trazem uma importante contribuição para a discussão do papel da preceptoria da residência médica e da melhor maneira de aperfeiçoá-la nas diversas especialidades.

Agradeço a sensibilidade do presidente do Conselho Regional de Medicina do Paraná, Carlos Roberto Goytacaz Rocha, e todos os conselheiros da sua gestão, que não mediram esforços para apoiar e concretizar este projeto, que pretende contribuir com uma reflexão crítica e necessária sobre a Preceptoria da Residência Médica no Brasil.

VALORIZAR O PRECEPTOR É VALORIZAR A MEDICINA

Cons. Carlos Roberto Goytacaz Rocha, presidente do CRM-PR

“O ensinamento mais importante que temos para oferecer aos estudantes é o de dar o melhor de nós mesmos.”

Tosteson

O Conselho de Medicina do Paraná tem sido perseverante em seu papel de defesa intransigente da ética, sempre associada à propagação do conhecimento e da orientação humanística. Neste conceito, coloca-se cada vez mais presente nas bases formadoras, alinhando-se aos acadêmicos e também aos residentes e demais médicos para oferecer instrumentos capazes de alicerçar os princípios fundamentais do exercício da Medicina e, com eles, o compromisso maior de dignificação à vida.

O Manual do Preceptor de Residência Médica vem na esteira de outras iniciativas preponderantes nos programas de educação ética e médica continuada do CRM-PR, em sua maioria chegando à comunidade médica por meio da série Cadernos do Conselho. Foi assim com o livro *Jaculatórias: sugestões para o dia a dia do médico*, com o Manual de Capacitação das Comissões de Ética Médica e do Manual do Médico Residente, que se somam à Revista do Médico Residente, publicação trimestral com berço na Coreme do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba e, desde 2008, incorporada às publicações oficiais do CRM por cessão de direitos autorais sob o consenso de sua relevância à comunidade médico-acadêmica do Paraná e do País.

O Manual do Preceptor de Residência Médica está longe da pretensão de ousar pelo esgotamento da discussão de temas que envolvem a figura do preceptor ou do supervisor, do residente, das instituições que ofertam os programas, da comunidade científica e dos reflexos alcançáveis

à sociedade. Objetiva, sim, contribuir para manter acesa a discussão crítica da residência médica e, com ela, fomentar mudanças e evoluções que estimulem, valorizem e qualifiquem a Preceptoria e a Residência Médica. O resultado, por certo, sempre será auferido como avanço à formação e a responsabilidade a que se espera do profissional.

Para a Comissão Nacional de Residência Médica, um dos requisitos elementares para o credenciamento de um PRM é a existência de supervisão permanente e adequada, composta de médicos de elevada competência ética e profissional. Dentro de tais critérios, deve haver pelo menos um médico do corpo clínico da instituição em regime de tempo integral para cada seis residentes ou dois, em tempo parcial, para três residentes.

Ao preceptor há elevado grau de exigência para o cumprimento da função, o que inclui responder juridicamente pelos atos do residente dentro do hospital-escola. Nos seus direitos estão referenciados local adequado de trabalho, disponibilidade de equipamentos e suporte da instituição, além de remuneração compatível à carga horária. No entanto, ainda não se aplica na prática o devido reconhecimento profissional, seja no âmbito financeiro ou nas possibilidades de atualização de conhecimento.

Professor, tutor, mentor, orientador, supervisor, guia, conselheiro, modelo, exemplo... Na educação médica, a figura de um profissional experiente, que auxilia na formação, é uma constante e as denominações se diversificaram ao longo dos tempos. Qualquer que seja a conceitualização e a multiplicação de deveres,

almeja-se do preceptor que ofereça o melhor de si em prol de médicos bem-formados, solidários, éticos e de atitude.

De cada estudante-residente é de se esperar, no mínimo, a vontade de aprender, atenção aos detalhes de métodos e técnicas, respeito aos pacientes e dedi-

cação aos trabalhos científicos para solidificar sua carreira de especialista. Das instituições devemos esperar ações proativas de incentivo aos preceptores e supervisores da residência médica. Neste trinômio de responsabilidades ajudaremos a edificar uma comunidade médica melhor. E um futuro melhor.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1. O Que o Preceptor Quíron Pode Ensinar ao Preceptor da Residência Médica João Carlos Simões..... | 13 |
| 2. O Preceptor de Residência Médica: Esta Figura (In)Discutível João Carlos Simões e Adriano Keijiro Maeda..... | 17 |
| 3. Análise Crítica da Preceptoria da Residência Médica no Brasil José Luiz Bonamigo..... | 23 |
| 4. Como Escolher Um Preceptor de Residência Médica Allan Cezar F. Araujo, Marcelo P. Cardoso e Adriana C. Bresolin..... | 25 |
| 5. O Que O Médico Residente Espera de um Preceptor de Residência Médica Maria Cecília Beltrame Carneiro e Liza Yurie Teruya Ushimura..... | 33 |
| 6. Principais Atributos de um Preceptor de Residência Médica Sérgio Henrique de Oliveira Botti..... | 37 |
| 7. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais São Seus Papéis? Sérgio Henrique de Oliveira Botti e Sérgio Rego..... | 41 |
| 8. Metodologia do Ensino na Preceptoria da Residência Médica Thelma L. Skare..... | 55 |
| 9. A Preceptoria e o Ensino Médico na Pós-Graduação Senso Lato Cesar Alfredo Pusch Kubiak..... | 61 |
| 10. A Importância da Ética e Humanismo na Residência Médica Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho..... | 65 |
| 11. Responsabilidade Civil e Criminal do Médico Preceptor Martim Afonso Palma..... | 69 |
| 12. Coremes do Paraná Instituições com Residência Médica no Paraná – Sistema CNRM/MEC..... | 75 |



Asclépio, deus da cura, representado em uma métopa do Templo de Asclépio em Epidauros (século IV a.C.), um dos mais famosos templos de cura. Museu Arqueológico Nacional, Atenas.

“Ninguém poderá jamais aperfeiçoar-se, se não tiver o mundo como mestre. A experiência se adquire na prática.”

William Shakespeare

1 O QUE O PRECEPTOR QUÍRON PODE ENSINAR AO PRECEPTOR DA RESIDÊNCIA MÉDICA

João Carlos Simões

“A vida é curta, a arte é longa, a oportunidade é fugaz, a experiência enganosa, o julgamento difícil.”

Hipócrates, pai da Medicina

Píndaro (518-438 a.C.) conhecido como “príncipe dos poetas” levou a lírica grega a atingir simultaneamente o apogeu e o fim. Em uma de suas odes, a III Pítica, menciona a doença que está minando a saúde de Hieron de Siracusa. Ali, relata a lenda do nascimento de Asclépio ou Esculápio.

Na Tessália, a bela Coronis, uma mortal, filha do lápita Flégias e irmã de Íxion, entregou-se amorosamente ao deus-sol Apolo e esperava um filho dele. Antes de dar à luz, no entanto, ela teve uma aventura com Ísquis, a quem havia sido prometida. Apolo encolerizou-se ao saber da traição e matou Ísquis, e pediu à irmã, Ártemis, que matasse a amante infiel com uma flecha. Apiedou-se, no entanto, da criança, e retirou-a do ventre da mãe (provavelmente a primeira cesariana dos deuses) antes que as chamas da pira funerária a incinerassem⁽¹⁾.

Apolo entregou Asclépio aos cuidados do preceptor Quíron. Este foi o responsável pela educação e criação do menino, com quem aprendeu todos os segredos da arte curativa com plantas medicinais.

O preceptor Quíron

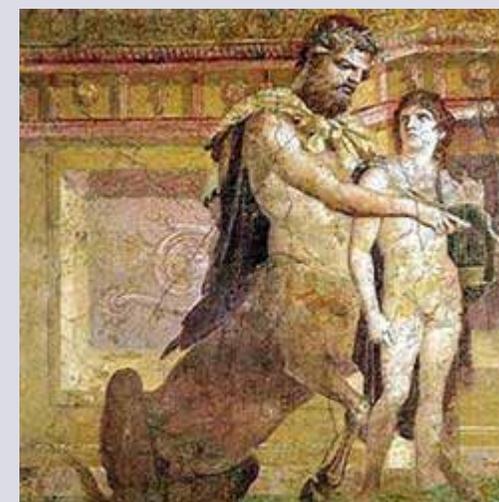
Quíron (em grego **Χείρων**, *Kheíron*, “mão”) era um centauro, meio homem e meio cavalo, filho de relação adúltera entre Saturno (Cronos) e a ninfa Filira, e foi adotado por Apolo e Athena. Tendo recebido ensinamentos a respeito das artes, ciências, terapêutica e adivinhações, fundou o Quironion, templo de cura e de autoconhecimento. Lá se dirigiam as pessoas para aprender artes e ciências e curar-se das doenças do corpo e do espírito.

O deus Saturno, para se esconder da esposa Reia, se metamorfoseou em cavalo para se encontrar com Filira: dessa união nasceu o centauro, metade cavalo e metade homem.

Quíron foi abandonado pela mãe, que não se conformava com a criatura horrorosa que gerara. O pai fugiu e a mãe não quis saber dele. Imortal, por ser filho de Saturno, Quíron sobreviveu, tendo sido adotado por Apolo, que lhe ensinou diversas técnicas, artes e conhecimentos⁽¹⁾.

Ele era o “centauro chefe” e o preceptor máximo, tanto das artes da sobrevivência, como da cultura, da filosofia, e passou a orientar e burilar o intelecto dos discípulos, ficando conhecido também por preparar os futuros heróis.

Quíron era ainda hábil no uso da medicina de ervas e plantas e em Astrologia. Ele tinha o poder de cura nas mãos, e o que não conseguia curar, ninguém mais conseguia.

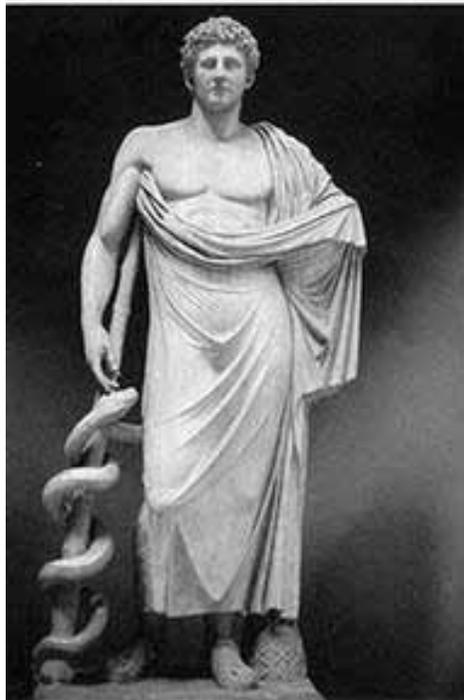


O preceptor Quíron ensinando a Asclépio.

A arte de curador desenvolveu-se mais quando Quíron foi atingido acidentalmente por uma flecha envenenada de Hércules, que havia sido banhada no sangue da Hidra (sendo, portanto, venenosa), que causou em Quíron uma ferida incurável (quem sabe a primeira neoplasia maligna descrita). Impotente para curar seu ferimento e não podendo morrer por ser imortal, ele começou a sofrer intensamente, recolhendo-se a uma gruta no monte Pélion onde, porém, continuou transmitindo seus conhecimentos aos discípulos.

Ao conviver com suas próprias dores e não morrer, talvez tenha ensinado a descobrir, em si mesmo, a dor que curava nos outros, aprofundando a sua sensibilidade em relação ao sofrimento e tratamento.

O “curador ferido” aparece em muitas das nossas palavras derivadas do grego antigo. A palavra kheir, que significa mão, compõe não somente o nome de Quíron e provavelmente significa “hábil com as mãos” (a forma antiga é Kheíron), mas também está no centro da representação das diversas palavras que servem para amplificar o arquétipo do centauro, como em quiromancia, quirografia, quiroprática e quirologia, que veio a ser cirurgia (trabalho manual).



Asclépio ou Esculápio.

Asclépio foi educado pelo preceptor Quíron, que era um educador bondoso e capaz de desenvolver as potencialidades dos seus dis-

cípulos. Ensinou ao aprendiz tudo sobre a arte de curar e aliviar dores e doenças.



Constelação de Ofiúco representando Asclépio e a serpente.

Quíron foi superado rapidamente por seu aprendiz. Asclépio encontrava remédio para todas as doenças, libertava as pessoas dos seus tormentos, salvando inclusive aqueles próximos da morte.

Como sua arte chegou ao ponto de resuscitar os mortos, Zeus, o principal deus do Olimpo, preocupado com a despovoação do Hades e a ordem natural das coisas, matou Asclépio com um raio, mas, em seu reconhecimento, levou-o aos céus e transformou-o em divindade. Apolo colocou então o seu filho entre as estrelas, como a constelação do Serpentário (Ofiúco)^[2].

O conhecimento do mito de Quíron representa a existência de modelos potenciais com os quais os nossos estudantes e médicos residentes possam se identificar na prática cotidiana da Medicina: o cuidador que tem compaixão.

Silva e Ayres^[3] referem: “O mestre Quíron é o ideal desejado por eles exatamente por saber lidar com o próprio sofrimento e o do outro, conseguindo estar ao lado de seus discípulos e pacientes no adoecimento e na morte.”

O discurso de humanização da prática médica atual é bastante recorrente. A reumanização do processo de morte de um paciente e as interações dessas práticas são dificultadas pelo pouco suporte de ensino-aprendizagem nessa direção, aliado a uma falta de acolhimento e continência aos aspectos emocionais dos próprios estudantes de Medicina e residentes, que mais tarde poderão reproduzir essa mesma falta em seus pacientes^[3].

Qual o preceptor que quero para o meu médico residente

Gilberto Freyre asseverava: “Separada da prática, a teoria é puro verbalismo inoperante; desvinculada da teoria, a prática é ativismo cego.”

- A Medicina é ciência e arte.
- Para se fazer Medicina é preciso ter curiosidade e compaixão.
- É essencial na Medicina a prática, aliada aos conhecimentos teóricos.
- Para que esta prática possa ser aprendida devidamente é fundamental a presença constante de um preceptor.
- É preciso que ele fique junto com os estudante e residentes.
- Que ensine a postura do médico perante o paciente.
- Que ensine sempre a fazer uma anamnese e um exame físico perfeito.
- Como deve se examinar o paciente com zelo, respeitando o pudor do paciente, que ensine a fazer, que mostre como fazer, que mostre como operar, e como escrever o que se faz.
- Quero um preceptor bondoso, sensível e humano.
- Quero um preceptor que seja humilde e estude sempre.
- Que não se surpreenda com as perguntas que não sabe responder.
- Mas que vá buscar a verdade das respostas apesar de ser, às vezes, difícil achá-las.
- Que saiba socializar o seu conhecimento.
- Quero um preceptor que ampare os seus residente nos momentos difíceis, mas que deixe que ele reconheça os seus limites.
- Quero um preceptor como Quíron que ensine o residente a ser um verdadeiro cuidador.
- Que sinta a dor que o paciente sente, apesar de não ser a sua dor.
- Se não for possível fazer tudo isto, que pelo menos não haja uma distância entre a intenção e o gesto médico.

Referências

1. Cairus HF, Ribeiro Jr.WA. Textos hipocráticos: o doente, o médico e a doença. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
2. Hart DG. Asclepius, God of Medicine. Canadian Medical Association Journal 1965,92(5):232-236.
3. Silva GSN, Ayres JRCM. O encontro com a morte: à procura do mestre Quíron na formação médica. Revista Brasileira de Educação Médica 2010,34(4): 487-496.



Três principais divindades da cura – Apolo, o centauro Quíron e Asclépio – representados em parede pintada de Pompeia (século I d.C.). Apolo, o pai de Asclépio, tinha confiado a educação do garoto a Quíron. Museu Arqueológico Nacional, Nápoles.

“A arte começa onde termina o poder científico. E a ciência sem arte é um presente sem embalagem. De outro modo, ciência sem arte é o mesmo que educação sem cultura.”

João Manuel C. Martins

2 O PRECEPTOR DE RESIDÊNCIA MÉDICA: ESTA FIGURA (IN)DISCUTÍVEL

João Carlos Simões
Adriano Keijiro Maeda

“I taught medical students in the wards.”

Epitáfio de William Osler

Modificamos o título acima do saudoso professor emérito da Universidade de São Paulo, Ernesto Lima Gonçalves, que tecia considerações sobre o desempenho e avaliação do professor de Medicina, escrita nos cadernos do CEDEM. Assim, também o preceptor da residência médica é, no mínimo, uma figura discutível nos tempos atuais.

O preceptor da residência médica representa, no contexto da residência médica, uma ponte de união entre o médico residente e o serviço de residência médica, desempenhando um papel seminal e com a grande responsabilidade de estar sempre ao lado do médico residente, oferecendo a ele uma orientação segura para aprimorar habilidades técnicas, treinar seus conhecimentos e contribuir para a formação humanística, ética e de valores morais nas suas competências, atitudes e comportamentos.

Cabe ao preceptor da residência mostrar ao residente o caminho competente e seguro da residência médica.

Ele precisa ter conhecimento básico do processo educativo, mínima postura pedagógica, experiência, capaz de ensinar e aprender a viver a residência médica e ser um competente especialista de sua especialidade.

Exige-se na sua função didática à beira do leito – por meio de preleções, discussões, demonstrações e apresen-

tações clínicas – que ele desperte o interesse e motivação dos seus residentes para uma educação continuada e saber procurar as evidências.

Nesta labuta cotidiana no ambulatório, nos postos de saúde ou nos hospitais, deve ensejar a busca da nítida visão do que significa a pesquisa tanto clínica quando experimental.

O Professor Antonio Carlos Lopes, quando esteve à frente da secretaria da CNRM, referiu que um dos problemas da residência médica era a incompetência do preceptor. Como a preceptoria não é estimulada, nem valorizada, ele acaba fazendo esse trabalho nas horas vagas, ou se dedicando pouco tempo a esta função.

Lopes tentou, na época, resgatar a função do preceptor com a criação de uma bolsa para ele (Resolução CNRM 8/2004, que foi revogada), mas esbarrou em leis trabalhistas que inviabilizaram a proposta. Outro aspecto era ter o preceptor registrado na CNRM e obter um diploma ao término do seu período, que poderia valer créditos em pós-graduação ou em concurso público. Nada disto foi feito.

Ou seja, ainda nada existe na legislação da CNRM que contemple uma valorização adequada e reconhecimento do papel do preceptor da residência médica. Como em tudo no que se refere ao governo federal, a força inercial de fazer as coisas acontecerem é enorme.

Legislação da CNRM sobre a preceptoria

Do ponto de vista da legislação da Residência Médica, a relação do médico residente com seu preceptor é regulamentada pela Lei nº 6.932, de 7.7.81, [artigo 1º] e pela Resolução CNRM nº 4/78, [artigo 5º, alínea “d”], cujo teor transcrevemos a seguir:

LEI Nº 6.932

Art. 1º – A Residência Médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

Resolução CNRM Nº 4/78

Art. 5º – alínea d – A supervisão permanente do treinamento do Residente por médicos portadores de Certificado de Residência Médica da área ou especialidade em causa de título superior, ou possuidores de qualificação equivalente, a critério da Comissão Nacional de Residência Médica, observada a proporção mínima de um médico do corpo clínico em regime de tempo integral para 6 (seis) residentes, ou de 2 (dois) médicos do corpo clínico em regime de tempo parcial para 3 (três) médicos residentes.

RESOLUÇÃO CNRM Nº 02, DE 07 DE JULHO DE 2005

“Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Médica.”

Art. 23 – Para que possa ser credenciado, o Programa de Residência Médica deverá reger-se por regulamento próprio, onde estejam previstos:

- a) Comissão de Residência integrada por profissionais de elevada competência ética e profissional, portadores de títulos de especialização devidamente registrados no Conselho Federal de Medicina ou habilitados ao exercício da docência em Medicina, de acordo com as normas legais vigentes, com a atribuição de planejar, coordenar, supervisionar as atividades, selecionar candidatos e avaliar o rendimento dos alunos dos vários Programas da Instituição;
- b) A supervisão de cada área ou especialidade por um supervisor de Programa, com qualificação idêntica à exigida no item acima;
- c) A supervisão permanente do treinamento do Residente por médicos portadores de Certificado de Residência Médica da área ou especialidade em causa ou título superior, ou possuidores de qualificação equivalente, a critério da Comissão Nacional de Residência Médica.

RESOLUÇÃO CNRM N.º 8 DE 2004, REVOGADA POSTERIORMENTE

Art. 1º – O cargo de preceptor/tutor de programa de Residência Médica será exercido por médico com menos de 10 anos de conclusão do curso de graduação, portador de certificado de Residência Médica expedido há menos de cinco anos e que tenha elevada competência profissional e ética, portador de título de especialista na área afim, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina ou habilitado ao exercício da docência em Medicina, de acordo com as normas legais vigentes;

Art. 3º – O preceptor/tutor receberá bolsa equivalente à do médico residente, acrescida de 10%;

Art. 6º – A Comissão de Residência Médica da Instituição (COREME) deverá registrar o preceptor/tutor junto à CNRM para fins de expedição do certificado ao término da bolsa.

RESOLUÇÃO CNRM Nº 02, DE 17 DE MAIO DE 2006

Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências.

Art. 16 – A supervisão permanente

do treinamento do Médico Residente deverá ser realizada por docentes, por médicos portadores de Certificado de Residência Médica da área ou especialidade em causa, ou título superior, ou possuidores de qualificação equivalente, a critério da Comissão Nacional de Residência Médica.

Avaliação da preceptoria de residência médica

Nos anos de 2009 e 2010, o Prof. João Carlos Simões desenvolveu uma pesquisa qualitativa – ainda não publicada – com 60 preceptores de várias especialidades clínicas e cirúrgicas em serviços credenciados pela CNRM em diversos hospitais, universitários ou não, no Estado do Paraná.

Foi baseada em um questionário (quadro 1) que era enviado ou entregue pessoalmente.

Podemos resumir os seguintes resultados:

- 1) Mais de 90% dos preceptores foram escolhidos pelo chefe de Serviço;
- 2) Todos se julgaram plenamente capacitados para a função de preceptor;
- 3) 80% julgaram importante que o preceptor tenha um curso de capacitação na sua área;
- 4) A maioria dos preceptores tinha três a quatro residentes sob a sua supervisão. Mas tivemos um preceptor que referiu nove residentes;
- 5) As três qualidades que mais foram apontadas como importante para a preceptoria foram: **responsabilidade profissional, conhecimento e domínio dos conteúdos da área de especialidade e humanização e ética;**
- 6) 86% desconheciam e a resolução 2/2006

da CNRM na sua área de atuação;

- 7) 100% consideram importante que o preceptor tivesse uma bolsa determinada pela CNRM;
- 8) 90% julgaram importante que o preceptor seja avaliado pelo médico residente e que este resultado represente a continuidade ou não do preceptor e o aperfeiçoamento da preceptoria;
- 9) A grande maioria julgou importante que o médico residente, além das suas avaliações de atitude, comportamento e relacionamento interpessoal, publique um trabalho científico e/ou apresente um TCC;
- 10) 76% entregaram um programa para os seus residentes no início da residência médica;
- 11) 90% dos preceptores apontaram a falta de reuniões regulares da Coordenação de Residência Médica e poucos preceptores fazem reuniões administrativas com seus próprios residentes.

Acreditamos que, apesar de ser uma amostra pequena de preceptores, ela é representativa de alguns aspectos e situações pelas quais passa a preceptoria da residência médica no nosso País. Com certeza, precisamos avançar nesses tópicos que nem a própria Comissão Nacional de Residência Médica conseguiu implementar ao longo de sua história.

QUESTIONÁRIO SOBRE PRECEPTORIA

Identificação:

Graduado em – Faculdade:

Residência:

Mestrado:

Doutorado:

Nome:

Idade:

Sexo:

Preceptor de (área de especialidade):

Tempo de preceptoria:

Docente: sim não Curso:

1) Você foi escolhido pelo:

- Chefe de Serviço
- Supervisor do Serviço
- Chefe do Departamento
- Pelos residentes
- Outro

2) Você se julga capacitado para a função de preceptor da sua área:

- plenamente
- regular
- pouco

3) Você julga importante que o preceptor tenha um curso de capacitação na sua área?

- sim não

4) Quantos residentes estão sob sua supervisão:

5) Aponte três qualidades que você considera as mais importantes para a preceptoria:

- Responsabilidade profissional
- Relacionamento humano com os residentes
- Capacidade de organização
- Conhecimento e domínio dos conteúdos e competências da área de especialidade
- Humanização e ética

6) Você conhece integralmente a resolução 02/2006 da CNRM da sua área de atuação?

- sim não

7) Você considera importante que o preceptor tivesse um bolsa determinada pela CNRM?

- sim não

8) Você julga importante que o preceptor seja avaliado pelo médico residente?

- sim não

9) Você julga importante que o médico residente além das suas avaliações trimestrais de atitude, habilidades e relacionamento, no final da residência :

- publique um trabalho científico;
- apresente uma monografia de TCC;
- apresente um tema livre em Congresso;
- faça um trabalho experimental;
- outro:

10) Você entregou para os residentes no início da Residência Médica um programa da sua área de especialidade:

- sim não

Este espaço é livre para você escrever o que julga importante no seu relacionamento com a Coordenação da Residência Médica da sua instituição.

Conclusão

A residência é considerada a melhor forma de preparar o médico especialista. É um programa de pós-graduação lato sensu essencialmente tendo como base treinamento em serviço.

Neste aspecto, o papel do preceptor de residência médica é seminal, pois só este indivíduo que esteja acompanhando o médico residente em suas atividades diárias poderá proporcionar uma sólida incorporação dessas competências.

É mister que a CNRM faça, junto com as Sociedades de Especialidades, uma revisão apropriada das competências mínimas de cada área de especialidade e que os preceptores tenham amplo conhecimento do que é exigido dentro do programa de especialidade.

Espera-se definitivamente da CNRM uma resolução que reconheça a profissionalização e valorização desta função, sob pena de estarmos sempre na esperança do idealismo e voluntarismo das pessoas.

Referências

Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. Residência Médica/Lato sensu. [HTTP://portal.mec.gov.br/sesu](http://portal.mec.gov.br/sesu) (acessado em 13/Mai/2011).

3 ANÁLISE CRÍTICA DA PRECEPTORIA DA RESIDÊNCIA MÉDICA NO BRASIL

José Luiz Bonamigo

A preceptoria na Residência Médica sofre de um mal que aflige muitas outras áreas da atividade econômica no Brasil: a informalidade.

A legislação que versa sobre a Residência Médica não detalha a atividade da preceptoria – ver lei e resolução.

DECRETO Nº 80.281, DE 5 DE SETEMBRO DE 1977

Art. 1º – A Residência em Medicina constitui modalidade do 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.

LEI N.º 6.932, DE 7 DE JULHO DE 1981

Art. 1º – A Residência Médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

RESOLUÇÃO CNRM N.º 2/2005

Requisitos mínimos do programa:

Art. 1º – Para que possa ser credenciado, o Programa de

Residência Médica deverá reger-se por regulamento próprio, onde estejam previstos;

(...)

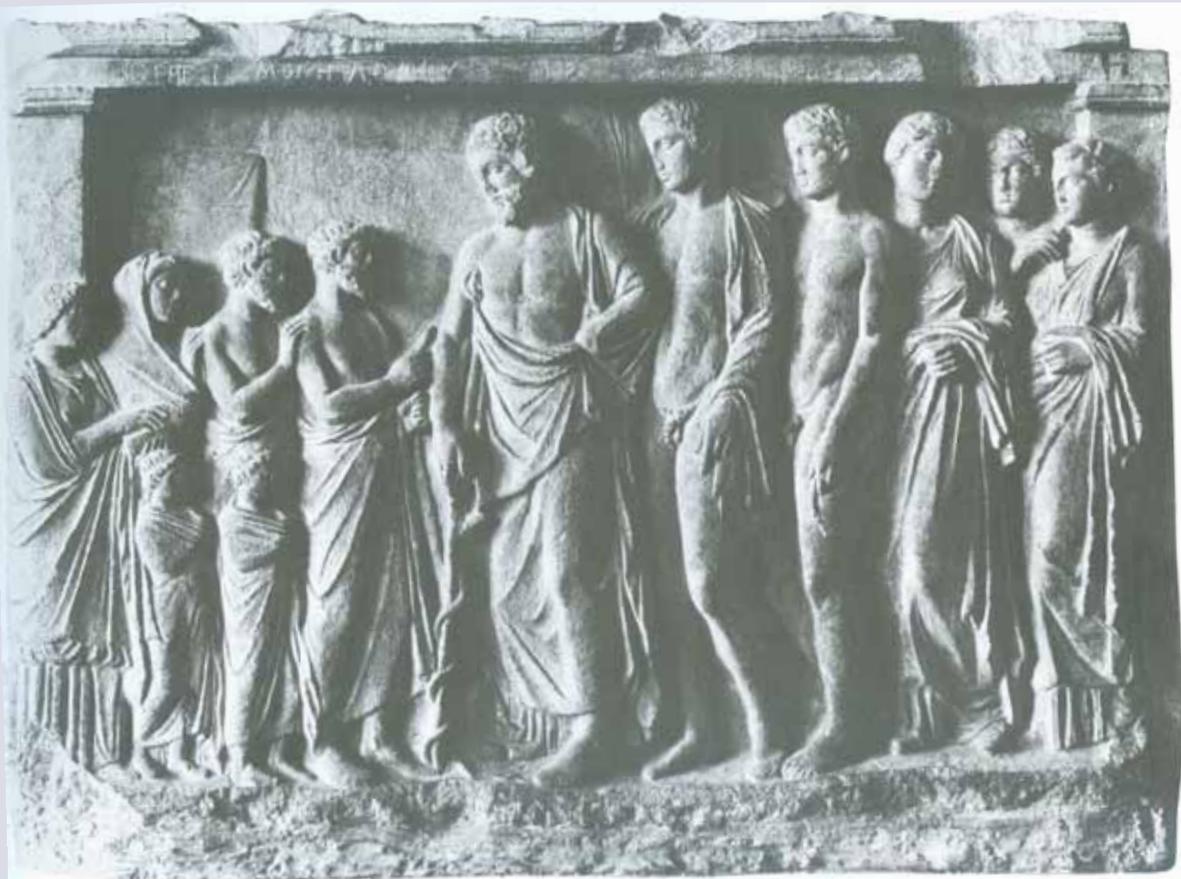
d) A supervisão permanente do treinamento do Residente por médicos portadores de Certificado de Residência Médica da área ou especialidade em causa ou título superior, ou possuidores de qualificação equivalente, a critério da Comissão Nacional de Residência Médica...

Curiosamente, o termo preceptor não é citado sequer na resolução que define o regimento interno da CNRM.

É difícil falar de preceptoria sem abordar problemas crônicos da classe médica no Brasil, como a remuneração insuficiente. O médico é mal pago para fazer assistência aos pacientes e, na maioria das vezes, não recebe nenhum adicional para a preceptoria ou mesmo para gerir um programa de residência.

Não é o foco deste artigo comentar a complexidade da atividade de preceptoria. Porém, não só a atividade junto aos residentes demanda preparo e atualização, como a gestão de programas que, por vezes, englobam centenas de residentes e deve ser respaldada por estrutura e garantia de tempo exclusivo para a atividade.

Não só a remuneração na preceptoria inexistente, também não existe a previsão de que o preceptor possa ter parte de sua carga horária contratada separada para estudo, preparação de aulas ou para a administração do Programa de Residência Médica. São modalidades bastante usadas em outros países com maior grau de profissionalização dos serviços médicos.



Asclépio e sua família retratados em um pinax (370-270 a.C.) encontrado em Thyrea, Argolis. Seus filhos Machaon e Podalírio tornaram-se deuses patronos dos cirurgiões e dos médicos. Suas filhas Hygeia e Panaceia viraram deusas da saúde e dos remédios. Museu Arqueológico Nacional, Atenas.

“Aquele que pergunta é tolo por cinco minutos, mas aquele que não pergunta permanece tolo para sempre.”

Proverbio chinês

4 COMO ESCOLHER UM PRECEPTOR DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Allan Cezar Faria Araujo
Marcelo Pontual Cardoso
Adriana Chassot Bresolin

A escolha do preceptor na história da humanidade

A escolha do preceptor de residência médica deve ser uma preocupação constante das instituições e dos responsáveis por programas de residência médica. O perfil e o compromisso deste profissional em formar médicos especialistas devem acompanhar a história da residência médica, que conquistou o conceito da melhor forma de especialização médica. Portanto, “o escolhido” tem a obrigação de agregar competência tanto na assistência como no ensino para assumir na integralidade o seu papel como preceptor de residência médica.

A preocupação com a preparação profissional daqueles que cuidam da saúde humana é uma constante na história da humanidade. Isso ocorre desde épocas mais remotas, como em tribos primitivas em que 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 profissionais, o ensino da atividade de curar começa de maneira informal, com o treinamento profissional orientado por um prático; os discípulos aprendiam as habilidades profissionais na relação com seus mestres⁽¹⁾.

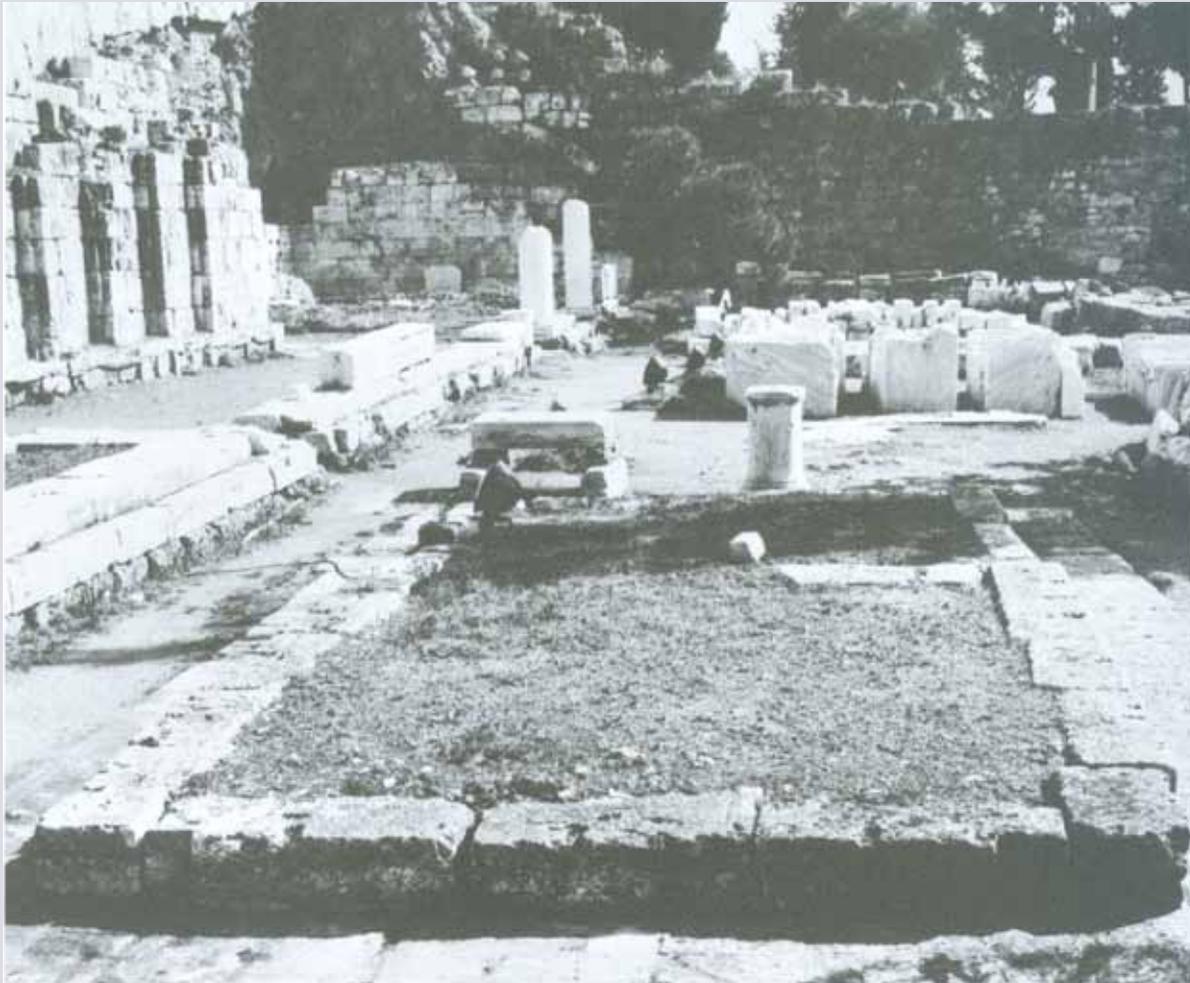
Hipócrates teve seus discípulos e, até hoje, é o grande mentor de todos os jovens médicos. Seus aforismos são exemplos da sabedoria do “mais velho” na relação com os “iniciantes”, como na citação a seguir, em que exalta a responsabilidade do exemplo dos atos dos preceptores: “Pelo exemplo ensina, pelo exemplo também desensina”⁽²⁾.

Poucos médicos em toda a história da Medicina, depois de Hipócrates, foram tão influentes sobre seus contemporâneos quanto William Osler. Junto com o patologista e microbiologista Willian Welch, o cirurgião William S. Halsted e o ginecologista Howard A. Kelly, Osler integrou o grupo chamado “os quatro de Baltimore” (todos com menos de 40 anos), que criaram a Faculdade de Medicina e o Hospital Johns Hopkins em 1889, sendo os primeiros preceptores deste novo perfil de ensino da prática clínica hospitalar e treinamento profissional em serviço, dando início ao primeiro programa de residência médica, tal como é concebida até hoje^(2, 3, 4).

Foi por sua vida e sua obra fascinantes que Osler criou uma verdadeira “escola” de pensamento e atitudes na Medicina e é considerado um paradigma do ser médico, um exemplo a ser seguido, alguém que inspira os jovens iniciantes, dignifica a profissão e orgulha os seus contemporâneos. Um modelo de preceptor a ser seguido. Alguns de seus ensinamentos merecem ser especialmente lembrados, nesta procura do preceptor ideal para os programas de residência médica atuais. Nesse sentido, elencamos a seguir algumas de suas máximas⁽²⁾:

“Esperamos muito de nossos alunos e tentamos ensiná-los demais. Dê-lhes métodos adequados e ponto de vistas apropriado e todas as outras coisas virão com a experiência.”

“O mestre eficiente não se coloca em alturas, bombeando conhecimento sob alta pressão a recipientes passivos [...] ele é um estudante sênior, ansioso para auxiliar seus colegas mais jovens.”



Ruínas do Templo de Asclépio (século IV a.C.) em Acrópolis, Atenas. Um dos aproximadamente 200 santuários espalhados pelo mundo grego hoje conhecidos por nós.

“Se você está planejando por um ano, plante arroz; se você está planejando para uma década, plante árvores, se você está planejando para uma vida, eduque as pessoas.”

Provérbio chinês

“Apenas podemos instilar conhecimentos, colocar o estudante no caminho certo, fornecer-lhe métodos, ensinar-lhe como estudar e, em primeiro lugar, capacitá-lo a discernir o essencial do não essencial.”

“Uma grande universidade possui duas funções: estudar e pensar.”

“Na mente dos responsáveis por certos hospitais prevalece a noção estúpida e errônea de que a presença de estudantes é prejudicial aos interesses do paciente. É exatamente o contrário e diria que nenhum hospital pode desempenhar completamente sua missão se não for um centro de instrução de estudantes e médicos.”

A residência médica no Brasil teve início em 1945/1946, no serviço de Ortopedia do Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo e, em 1947/1948, no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro. Após uma etapa de definição de objetivos, implantação e solidificação dos programas iniciais, com cursos de alto nível, nos quais, segundo Tavares Neto, o diletantismo e o espírito inovador dos primeiros preceptores, bem como seu interesse em formar recursos humanos especializados, por meio de programas bem estruturados, geraram outros programas de residência médica, que foram multiplicados em outras instituições de saúde, notadamente as universitárias, até os dias de hoje^[3].

A busca de preceptores capacitados ao ensino efetivo do grande contingente de alunos é um problema iminente e preocupante. Em teoria, todas as escolas de Medicina do Brasil devem dispor de profissionais qualificados e capacitados para exercerem a tutela dos seus alunos de graduação e médicos residentes. O ensino da prática médica a estudantes e residentes é um processo imprescindível à formação dos futuros profissionais. Com isso, os professores de Medicina em todo o mundo vêm buscando estratégias de ensino e preceptorial, que possam se adequar às novas demandas do século XXI^[5].

Em entrevista ao Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp), Antonio Carlos Lopes, professor titular da Unifesp e ex-secretário executivo da Comissão Na-

cional de Residência Médica, falou sobre o papel do preceptor no ensino da residência médica^[6]:

“Sem preceptor não há residência médica.”

[...]

“É fundamental que se entenda que o ensino médico não é apenas um repasse de conhecimentos. O professor, o preceptor precisa estar ao lado do aluno, porque é a atitude do profissional experiente, sua relação com o paciente, que forma um médico mais humano e capaz de um diagnóstico correto. De nada adianta um recurso tecnológico avançado sem a presença de um médico que ouça o paciente e saiba identificar a doença. Ao contrário, um médico bem formado resolve qualquer crise sem a tecnologia. O residente deve saber tomar decisões, mas sempre sob a supervisão do preceptor, que precisa estar presente. Só se aprende Medicina com o testemunho da presença. A Comissão Nacional de Residência Médica deve lutar pela excelência do ensino médico e não apenas pela maior quantidade de médicos formados.”

Estas afirmações do ex-secretário executivo da Comissão Nacional de Residência Médica podem ser comprovadas por alguns estudos que demonstram a importância da escolha de preceptores capacitados não somente para a formação de médicos residentes, mas também para a melhora da qualidade assistencial prestada aos pacientes.

A legislação geral muito pouco trata do preceptor, mas a Comissão Nacional de Residência Médica procurou introduzir alguns critérios para sua seleção, ao estabelecer em sua Resolução n.º 4/78, art. 5.º, alínea “d”, que a supervisão permanente do treinamento dos residentes deve ser feita por médicos portadores de certificado de residência médica da área ou especialidade em causa ou título superior, ou possuidores de qualificação equivalente, a critério da CNRM^[7].

A resolução da Comissão Nacional de Residência Médica n.º 5/2004, de 8 de junho de 2004, estabelece que^[8]:

Art. 2º – O preceptor/tutor terá a atribuição de orientar diretamente os médicos residentes do programa de treinamento.

§ 1º – Haverá um preceptor/tutor para cada programa de Residência Médica.

§ 2º – A carga horária do preceptor/tutor será de 40 horas semanais, em tempo integral, com folga de um dia, preferencialmente aos domingos.”

Mesmo diante dessa regulamentação, a escolha dos preceptores tem apresentado características peculiares. Nos programas de residência médica de hospitais ligados a universidades e faculdades de Medicina, os preceptores são geralmente (mas não sempre) docentes efetivos. Nos hospitais não-universitários, por outro lado, eles podem ou não ter vínculo com escolas médicas, sendo critério básico para sua escolha nível elevado de conhecimento profissional^[7].

Quem escolher? Um preceptor, um supervisor, um tutor ou um mentor?

Na história da educação médica sempre existiu a presença de um profissional experiente, auxiliando a formação profissional. Desde o início, até os dias atuais, esses profissionais mais experientes, empenhados na formação médica, vêm recebendo diferentes denominações, entre as quais preceptor, supervisor, tutor e mentor. Cada um desses termos encerra uma grande variedade de funções, intervenções e atividades ligadas à educação médica, tanto na graduação como na residência. A proximidade semântica entre esses termos 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^[1]. A Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), por exemplo, em sua Resolução 5 de 2004^[8], referiu-se à função como sendo preceptorial/tutorial. Ou seja, assumiu que há uma equivalência entre as duas denominações.

Com o objetivo de esclarecer os termos em relação à função, analisaremos, a seguir, o significado das diferentes denominações dadas à função de acompa-

nhamento e orientação dos médicos em formação, e buscaremos subsídios para alicerçar a procura do melhor profissional para estar ao lado do médico residente.

O preceptor^[1]: nos dias atuais a denominação preceptor geralmente se refere ao 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 um curto período de tempo, com encontros formais que objetivam o progresso clínico do aluno ou recém-graduado. O preceptor desenvolve uma relação que exige pouco compromisso, percebido apenas no ambiente do trabalho. Tem, então, a função primordial de desenvolver habilidades clínicas e avaliar o profissional em formação^[1].

O **supervisor** é o profissional que, além de desempenhar sua função no ambiente de trabalho, também se encontra com o profissional em formação 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. O supervisor mantém com o aluno uma relação altamente compromissada (que idealmente deve dar-se apenas durante as horas de trabalho, mas que pode exigir atividades extras). O objetivo principal é o desenvolvimento do desempenho clínico como um todo, e não só das habilidades clínicas, fazendo com que o supervisionado se torne mais efetivo no seu trabalho. O supervisor tem ainda a função de avaliar como o mais jovem está desenvolvendo sua atitude profissional^[1].

Quanto ao **tutor^[2]**, na literatura americana e europeia, é considerado o facilitador que auxilia no aprendizado do aluno, ensinando-o a “aprender a aprender”, principalmente na chamada Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL ou ABP). Nesse contexto, o tutor é considerado um guia, um facilitador que auxilia no processo de aprendizagem centrado no aluno^[1, 2].

O **mentor^[3]** é aquele que serve como conselheiro experiente, como guia e sábio. É aquele que estimula, inspira, cria ou orienta ideias, ações, projetos e realizações. É o profissional que se relaciona com o jovem em formação 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 pouco formais e não objetivam apenas o progresso clínico, numa relação de colaboração que exige alto grau de compromisso fora do cenário da prática profissional e do ambiente de trabalho. Essa relação, apesar de assimétrica, não é hierárquica 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 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 mais importante é que o mentor esteja ligado à relação de suporte entre um profissional mais maduro e experiente e outro em formação ou recém-chegado à profissão. Por terem perfis diversos, como diferentes idades, personalidades, estágios de vida e status profissional, o mentor e o aluno desenvolvem por certo período de tempo, uma relação que proporcionará aumento da capacidade de tomada de decisões, além do acréscimo de conhecimentos para ambos^[1, 2].

Claramente existem diversas congruências entre os termos aqui definidos. O profissional que se procura deve saber desempenhar as funções de preceptor, supervisor, tutor e mentor ao mesmo tempo ou cada uma delas em momentos diferentes. O desempenho simultâneo ou sucessivo destas atividades ocorre, necessariamente, no ambiente dos programas de residência médica.

Especificamente na residência médica, muito se tem discutido sobre competências essenciais que deem maior efetividade ao processo de formação, melhorando os resultados dessa modalidade de pós-graduação. A principal recomendação é ter um profissional mais experiente que os acompanhe. Esse profissional é aquele que ajuda o residente a perceber e reconhecer suas potencialidades e fraquezas profissionais e pessoais. 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 residente a encontrar seu lugar no mundo da medicina^[1].

Como escolher a formação do preceptor

A árdua tarefa de escolher um preceptor de residência médica esbarra na dificuldade inicial de definirmos como deveria ser a sua formação. O treinamento de preceptores para o exercício da preceptoria tem sido objeto de análise por vários autores^[3]. Ferris^[9], nos Estados Unidos, relata que grande parte deles não possui nenhuma preparação para o ensino e que a maioria desconhece os princípios de educação para adultos, fazendo com que encontrem limitações no desempenho de suas funções. Vários outros autores vêm chamando a atenção para o assunto em suas publicações e alertando sistematicamente sobre a necessidade de se proporcionar treinamento específico para esses profissionais^[3].

Segundo Batista^[10], essa ausência de formação específica para o ensino é também encontrada nos professores de cursos de graduação em Medicina: na maioria das vezes, o professor de Medicina é contratado, tendo-se como critério apenas a qualidade de seu desempenho como profissional e/ou pesquisador. Fica implícito, erroneamente, que a competência profissional e/ou acadêmica assegura a competência didática^[3].

Outro fator importante para o desempenho do preceptor é a influência de sua própria formação. Os grandes mestres do ensino médico do passado criaram padrões que, como seria de se esperar de tão destacados talentos, ainda servem de modelo para os atuais preceptores, sobretudo os mais idosos, como comenta Grigoli^[11], ao discutir sobre a prática pedagógica na Universidade:

O professor, via de regra, foi intuitiva e empiricamente construindo a sua própria didática calcada nos modelos que conheceu como aluno e no bom senso que o ajuda a filtrar os procedimentos que funcionam. Desse processo resulta, com o passar do tempo, um jeito de organizar e conduzir o ensino que, geralmente, não chega a ser tomado como reflexão, nem pelo professor individualmente nem, menos ainda, pelo conjunto de professores que lecionam.

Abrangendo ainda mais a formação do preceptor, este deve ir além da sua formação didática. Morrow^[12] descreve o preceptor como sendo uma pessoa que ensina, aconselha e inspira, serve de modelo e apoia o crescimento e desenvolvimento de um indivíduo, por uma quantidade de tempo fixa e limitada, com o propósito específico de socializar o novicho no seu novo papel.

Wuillaume^[3], em seu estudo, aponta os atributos necessários para ser um bom preceptor:

- 1. O exercício da tutoria** apareceu sob diversas formas, a primeira relacionada diretamente ao ensino tutorial, como pode ser verificado nas citações abaixo: discutir e examinar na beira do leito; apreciar a discussão sobre os atendimentos; apreciar a diversificação desses atendimentos. Também nessa categoria, surge como representativa a responsabilidade profissional: assiduidade, comprometimento, disponibilidade, participação ativa e pontualidade. No exercício da preceptoria foram também enfatizados, como necessários a um bom preceptor, os atributos referentes à relação preceptor-residente: ser acessível, ser incentivador, ter flexibilidade e estimular o residente. Ainda nesta categoria, a ênfase dada ao exercício da autoridade, sem autoritarismo, denota a preocupação dos preceptores com o assunto: saber cobrar com adequação; saber punir sem exagerar; e saber respeitar e impor respeito.
- 2. A ética e o humanismo** são caracterizados por termos como: ter paciência, ter humildade, ser ético, ser democrático, ter formação humanística, ter cordialidade e ser justo.
- 3. O domínio do conteúdo** denota a grande preocupação existente com o “conhecimento” – o saber e o uso que se faz dele na “vida prática” – saber fazer: conhecimento, conhecimento científico, conhecimento teórico, conhecimento técnico, experiência, experiência clínica, vivência prática e prática médica. O preceptor deve “saber medicina”, mas não deve ser um teórico, precisa atuar no dia a dia, dominar os procedimen-

tos práticos, ser um médico e não um banco de informações.

- 4. A capacidade de educação permanente** aparece com suas duas subcategorias: atualização e interesse pela pesquisa. Na listagem geral, estar atualizado foi o segundo atributo mais lembrado. Alguns outros atributos citados nesta categoria são: gostar de continuar aprendendo; gostar de estudar e aprender; dedicação à pesquisa e interesse pela pesquisa.

- 5. A capacitação didática:** conscientização a respeito da necessidade de haver uma didática específica; saber ensinar; formação pedagógica; capacidade de transmitir conhecimento; clareza; capacidade de comunicação e preparo didático. Os preceptores se ressentem da falta de uma “orientação pedagógica” que lhes dê mais segurança a respeito do trabalho, que muitos desenvolvem de maneira intuitiva.

A autora encontrou em sua pesquisa que, em relação ao item “preparo específico para o ensino”, pouco mais da metade dos participantes (54,44%), afirmou não ter o referido preparo, enquanto o outro grupo (equivalente aos portadores dos títulos de mestre e doutor) citou as disciplinas Pedagogia Médica e Didática Especial, cursadas em seus respectivos cursos de pós-graduação.

Incentivo e comprometimento

O profissional médico que participa de eventos científicos de sua área de atuação está permanentemente atualizado e esta iniciativa de Capacidade de Educação é testada pelo residente. Da mesma maneira que a Capacitação Didática é aprimorada, quando da participação de eventos científicos na área de Educação Médica, nos quais se podem debater as dificuldades de cada método de ensino e filtrar os melhores resultados, também é nestes eventos que se compreendem melhor as Políticas Nacionais de Educação em Saúde e se analisam resultados, como os que foram apresentados no Congresso Brasileiro de Ensino Médico (COBEM) de 2010, no qual foi exposto o sucesso da qualificação de programas de residência médica por meio de matriciamento. Nas últimas edições do COBEM, a Comissão Nacional de Residência Médica

(CNRM) tem atuado ativamente durante todo o Congresso, o que deve servir de estímulo para a participação dos preceptores de residência médica nestes eventos.

Na formação do preceptor, deve ainda ser considerado o incentivo para que ele participe das deliberações da coordenação do programa de residência médica do qual faz parte. Este grau de comprometimento deve se estender à Comissão Hospitalar de Residência Médica (COREME), à Comissão Estadual de Residência Médica (CEREM) e à Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Também é necessário que os preceptores se envolvam com as comissões dos hospitais onde desenvolvem seus programas, principalmente as mais importantes como a Comissão de Ética Médica, Ética em Pesquisa, Farmacovigilância, Padronização de Medicamentos, Comissão de Pronto-socorros, de Óbitos, entre outras.

A estratégia principal na formação do preceptor não deve ser focada somente em como o professor deve ensinar ou em como o aluno deve aprender, mas, sim, deve ser centrada no relacionamento entre preceptor, residente e paciente, em uma relação de ensino, aprendizagem e humanização.

Enfim, como escolher um preceptor de residência médica?

A escolha, portando, de quem vai estar ao lado do médico residente deve ser prioritariamente embasada no melhor

perfil possível de um profissional com uma pluralidade de competências, entre elas de julgar quando será necessário o momento de exercer a função de preceptor, supervisor, tutor ou mentor.

O compromisso das instituições formadoras de médicos residentes está em promover e incentivar todas estas competências dos preceptores, tomando-se o cuidado de não somente disponibilizar leitos e pacientes, mas também oportunidades de capacitação didática como docente de residência médica. Assim, o escolhido poderá exercer com equilíbrio sua função de ensino e assistência.

Nesta discussão dos aspectos didático-pedagógicos da formação do preceptor de residência médica conclui-se que a formação do médico residente “faz mister” paralelamente a uma boa formação dos preceptores. Assim, as responsabilidades são de todos envolvidos nos programas de residência médica para escolher o melhor profissional e dar oportunidades para este de se especializar cada vez mais como docente e médico compromissado com a residência médica.

O perfil dos egressos dos programas de residência médica, como profissionais éticos, humanistas, competentes, com habilidades em sua área de pós-graduação e compromissados com sua sociedade e sua formação, depende da escolha de seus preceptores de residência médica.

9. Ferris L. Continuing education module for developing staff skills in precepting and staff development. *J. Continuing Education Nurse*, 1988 19:28.
10. Batista NA. Conhecimento, experiência e formação: do médico ao professor de medicina [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina; 1997. Livre docência em Educação Médica.
11. Grigoli J. A sala de aula na universidade na visão de seus alunos. Um estudo sobre a prática pedagógica na universidade [Tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1990. Doutorado em Educação.
12. Morrow KL. Preceptorship in nursing staff development. Apud Louise Bain. In: Preceptorship: a review of literature. *Journal of Advanced Nursing*, 1996 24:104-107.

-
- [1]** 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 (já aparece com este sentido em 1540) é usada para designar àquele 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 educando. 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 adaptarem ao exercício da profissão, que, como já dissemos, vive em constante mudança^[1].
- [2]** 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 XIII 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; pode significar, ainda, um professor para adultos ou com papel especial na escola^[1,2].
- [3]** Mentor (do latim mentor, oris, do antropônimo grego mentor). A palavra é derivada (por metonímia) de Mentor, personagem da Odisseia, poema escrito por Homero no século VIII 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 Troia. Mentor é 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 está 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^[1,2].
-

Referências

1. Botti SHO, Rego S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, 2008 set. 32 (3):363-373.
2. Bellodi PL, Martins MA. Tutoria: mentoring na formação médica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
3. Wuillaume, SM.; Batista, NA. O preceptor na residência médica em pediatria: principais atributos. *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro, 2000 76 (5):333-338.
4. Manual do Residente e do Interno 2ª. Ed. Salvador. Alvaro N de Souza e José Carlos Barbosa Filho. Secretaria de Estado da Saúde da Bahia. 1999.
5. Chemello D, Manfroi WC, Machado CLB. O papel do preceptor no ensino médico e o modelo preceptor em um minuto. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, 2009 dez. 33 (4):663-668.
6. Lopes AC. Sem preceptor não há residência médica [entrevista]. *Jornal do Cremesp*, 2007 abr. 236:3-4.
7. Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução nº 4/78. Estabelece normas gerais, requisitos mínimos e sistemática de credenciamento. *Diário Oficial da União*, Brasília, 9 de novembro de 1978.
8. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução nº 5, de 8 de junho de 2004. Dispõe sobre os serviços de preceptor/tutor dos programas de Residência Médica. *Diário Oficial da União*, Brasília, nº 111, 11 jun. 2004, Seção 1, p.18 19.



Tholos restaurado do Templo de Asclépio em Epidauros (360 a.C.). Desenhado por Polykleitos o Jovem e usado como um lugar para sacrifícios ao deus da Medicina.

“Toda a medicina é feita de experiências.”

Quintiliano

5 O QUE O MÉDICO RESIDENTE ESPERA DE UM PRECEPTOR DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Maria Cecília Beltrame Carneiro

Liza Yurie Teruya Ushimura

“Não há maior responsabilidade, nem maior privilégio na vida, que a educação da nova geração.”

Everett Kopp, 1916

Iniciada em 1945, a Residência Médica no Brasil ainda é alvo de muita discussão sobre sua estrutura, necessidade e abrangência. Infelizmente, pouco se encontra na literatura brasileira sobre um dos seus pilares primordiais: a preceptoria. O Decreto nº 80.281, de 1977, do Ministério da Educação, no seu artigo 1º, estabeleceu as principais características do preceptor da Residência Médica: a ética e a qualificação profissional, acrescentando que são poucas as referências sobre este tema, criando a necessidade de maiores discussões para a construção de um profissional estruturado.

Na história da Educação sempre se destacou a figura de um profissional mais competente, experiente e seguro para auxiliar o aprendiz; e a Educação Médica não foge à regra^[1]. A construção do modelo de ensino de especialidades médicas segue esta mesma metodologia. O aperfeiçoamento em uma determinada especialidade somente será efetivo se o professor ou médico de reconhecida competência e experiência estiver ao lado, orientando e estimulando o médico residente. Devido à intensidade das relações entre os preceptores e os residentes, Burke (1994)

considera que o preceptor pode ter, além da função de ensinar, as de aconselhar, inspirar e influenciar no desenvolvimento dos menos experientes. Deste processo deve existir estímulo e suporte, e isto difere muito de um lugar para o outro, tanto na qualidade como na quantidade^[2].

Residente não é mão de obra barata

A instituição que abriga uma residência médica se deve propor a ensinar e não a manter uma força de trabalho. Mesmo as poucas revisões sobre o tema, demonstraram que não há dados específicos sobre o número de preceptores por grupo de residentes. O Conselho Nacional de Residência Médica regulamenta a carga horária de 2.880 horas/ano, sendo 80 a 90% destas destinadas ao treinamento em serviço com supervisão integral do preceptor e 10 a 20% em atividades teórico-práticas complementares. A falta de comprometimento e baixa remuneração, em muitos casos, reduzem o número de preceptores nos serviços, afetando conseqüentemente a qualidade da Residência Médica e o atendimento oferecido à população.

Para Wuillaume e Batista (2000)^[3], a ética profissional é citada como tópico

importante para o bom desempenho de um preceptor, destacando a humildade, a justiça e a formação humanizada.

Outro fundamento importante é ter a clareza de que o ensino da especialidade não é um repasse de conhecimento, em que o preceptor caminha à frente do residente, que segue seus passos. O binômio professor-aluno necessita caminhar lado a lado, trocando experiências, por meio de instruções formais, sejam estas teóricas ou práticas, a fim de formar um especialista completo – com conhecimento e habilidade para o desempenho adequado e de qualidade dos procedimentos clínicos.

O trabalho do residente não deve ser visto apenas como um investimento individual, mas da instituição, de preceptores e da própria Medicina. Assim, espera-se que um programa de residência médica possa oferecer, através de seu corpo docente, formação científica, técnica, social e ética^[4].

Diante do exposto e avaliando as estruturas atuais do ensino, observa-se a falta de preparo específico do preceptor para o ensino, com pouco conhecimento de pedagogia médica e didática para ensinar^[2]. Acrescenta-se ainda que a Instituição, como contratante destes profissionais, deveria propor estratégias adequadas de ensino, normatizadas e padronizadas para que o preceptor atuasse de forma unânime para a construção de um profissional capacitado independente da sua atuação na especialidade. Afinal, alguns de nós, residentes hoje, seremos futuros preceptores, e nossa grande base será o que vivenciamos agora, dentro da pós-graduação.

O dever do preceptor é avaliar o médico residente

O modelo de Residência preconizado indica que para passar de um ano para outro (ou para finalizar o curso), o residente esteja apto a adquirir progressivamente maiores responsabilidades sobre seus atos médicos, a partir das competências que vai desenvolvendo ao longo de seu aprendizado. Faz-se indispensável que, para isso, seja avaliado, cumpra a carga horária do programa e tenha bom desempenho em testes. Assim, há que se ter a consciência de que competências não dizem respeito apenas aos conhecimentos técnicos. É dever do preceptor avaliar o residente em todos os requisitos discriminados acima, bem como sua relação médico-paciente, com a equipe do estabelecimento, colegas e supervisores, interesse, disponibilidade, atitude ética e humanista, capacidade de comunicação e de tomar condutas. A recíproca também é verdadeira: o residente deve fazer parte do seu processo de formação, não apenas concluindo o curso, mas avaliando a instituição e seus tutores, absorvendo e aprimorando suas deficiências. O ensino é de mão dupla, de forma que todos ganhem com a sua prática. Deste modo observa-se a peculiaridade deste tipo de treinamento, em que há responsabilidade compartilhada entre os dois lados, já que o residente, antes de tudo, também é médico.

Por fim, supervisionar é uma tarefa complexa, que exige habilidades didáticas e clínicas, bem como ter em mente a responsabilidade da posição. Com o passar dos anos tem se tornado uma tarefa multifacetada, haja vista o surgimento de novas opções clínicas, a constante evolução do treinamento e a relevância das questões éticas^[5]. Assim, esta função necessita de equilíbrio entre uma abordagem hierárquica e uma atitude cooperativa, sempre assegurando o tratamento satisfatório aos pacientes.

Referências

1. Botti, SHO. O Papel do Preceptor na Formação de Médicos Residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.
2. Simões, JC. Manual do Médico Residente – Cadernos do Conselho. Curitiba, 2009.
3. Wuillaume, SM et alii. O preceptor na residência médica em Pediatria: principais atributos. *Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)*. 2000; 76(5): 333-338.
4. Pessoa, JHL. O médico residente como força de trabalho. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo* 2002; 6:821-5.
5. Paoliello, G. Supervisão em psiquiatria: o ensino da clínica e a clínica do ensino – São Paulo: Segmento farma, 2009.



Baixo-relevo (século IV a.C.) mostrando o deus da cura Asclépio e sua filha Hygeia, deusa da saúde, que era também adorada em Epidauros e Pergamon, os maiores locais de influência asclepiana. Museu Arqueológico Nacional, Atenas.

“A humildade intelectual ajuda o homem da ciência em todas as ocasiões. A distância entre ignorância e arrogância é quase imperceptível. Para evitar, tanto uma quanto outra, é bom aprender com os equívocos ou erros. Por serem frequentes, podem estar a serviço do aprendizado e da expansão. Na consciência de nossas fraquezas reside nossa força.”

João Manuel C. Martins

6 PRINCIPAIS ATRIBUTOS DE UM PRECEPTOR DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Sérgio Henrique de Oliveira Botti

Sempre houve especial atenção com a formação profissional daqueles que cuidam da saúde da população. Desde as eras mais primitivas, até os dias atuais, os candidatos a cuidar daqueles que adoecem são cuidadosamente selecionados e treinados. No início, o ensino dessa atividade começa de maneira informal, com a orientação de um prático. Os discípulos aprendiam, então, todas as habilidades profissionais na relação cotidiana com seus mestres^(1, 2).

Também na educação médica formal em escolas, sempre notamos a figura de um profissional mais experiente, atuando na formação profissional. Embora existam diferentes denominações para esse profissional experiente, conforme discutido por Botti e Rego⁽³⁾, compreendemos ser melhor a utilização do conceito de preceptor para designá-lo no âmbito da residência médica. Concordamos, nesse sentido, com o pensamento de Mills⁽⁴⁾ e Ryan-Nicholls⁽⁵⁾, para os quais o preceptor tem importante papel na inserção e socialização do residente no ambiente de trabalho, com ênfase na prática clínica e no desenvolvimento de habilidades para essa prática.

A palavra preceptor é usada para designar aquele que dá preceitos ou instruções, ensinando e compartilhando experiências, para melhorar a competência clínica e ajudar o residente a se adaptar ao exercício da profissão. Houaiss⁽⁶⁾ nomina a atividade desempenhada pelo preceptor como preceptorado. Mas, apesar de ter significado distinto no dicionário, preferimos adotar o vocábulo preceptor para designar tal atividade, pois é a palavra consagrada no meio médico e até mesmo em legislações, podendo, assim, ser entendida como expressão de um conceito⁽³⁾.

O ensino da prática médica, por meio de instruções formais, com objetivos e metas, é a função mais importante do preceptor.

Este deve ter, por isso, excelente conhecimento técnico e grande habilidade em desempenhar procedimentos médicos. Mas deve ainda preocupar-se com todos os aspectos relativos ao ensino-aprendizagem no desenvolvimento profissional, favorecendo as oportunidades de aquisição de habilidades e competências pelos residentes, em situações clínicas reais, no próprio ambiente de trabalho^(3, 7, 10).

Capacitação do preceptor

O preceptor deve ter a capacidade de integrar os conceitos e valores da escola e do trabalho, propiciando ao residente a oportunidade de desenvolver estratégias factíveis para resolver os problemas que surgem no dia a dia de um médico^(7, 12). Outras atribuições são ainda relacionadas ao preceptor, como aconselhar os residentes, inspirá-los e influenciar em seu desenvolvimento, servindo de modelo para o desenvolvimento e crescimento pessoal e auxiliando na formação ética dos novos profissionais^(13, 17).

Destacamos que o preceptor é aquele médico que atua dentro do ambiente de trabalho e de formação, estritamente na área e no momento da prática médica. Sua ação tem por objetivo o progresso profissional do residente, o desenvolvimento de habilidades técnicas e relacionais e a avaliação do profissional que está em formação⁽³⁾.

Mas, além de médico atuante, o preceptor deve/precisa ser também um exímio educador, que aponta os pontos importantes do processo ensino-aprendizagem e permite que o residente seja um sujeito ativo e independente nesse processo^(18, 19). É aquele que percebe como o residente está compreendendo todo o seu ensino. Com isso, amplia o conceito de educação médica, possibilitando que o profissional em formação consiga pensar e detalhar os

mais variados aspectos profissionais, além de aprender conteúdos e técnicas^[20, 21].

Por tudo explicitado até aqui, percebemos um conceito que trabalhamos em artigo a ser publicado em breve: o docente-clínico^[22]. Médico atuante e exímio educador, dessa junção é que tecemos a verdadeira vocação do preceptor. Na relação entre o docente-clínico, o residente e o paciente, constrói-se a residência médica. A aprendizagem acontece por meio do problema que o paciente está enfrentando, do modo como o paciente percebe esse problema, da maneira como o preceptor lida com esses dois primeiros fatores e também com a aprendizagem do residente e, por fim, do como o residente compreende todos esses quatro primeiros aspectos. Por isso se requer do preceptor o domínio da prática médica e dos aspectos educacionais relacionados a essa prática Irby^[20, 23].

O preceptor, portanto, é o profissional que tem, entre suas competências, a habilidade para atuar na sua própria prática, trabalhando na ação, e a habilidade educacional inerente a essa ação^[20]. Demonstra-se então a importância de preceptores que sejam excelentes educadores e ótimos médicos – os docentes-clínicos, para conseguirmos uma residência médica de qualidade^[22].

Para ser docente-clínico, o preceptor deve ter domínio na realização de procedimentos técnicos. A aprendizagem por meio da demonstração da própria prática do preceptor tem elevados índices de sucesso^[24]. Percebemos, então, que o preceptor não deve se afastar da prática diária como médico, o que acontece com muitos dos que entram na vida acadêmica^[25], visto que não mostrar ao residente como se faz piora o ensino durante a residência. Além disso, executar procedimentos para os quais os residentes ainda não estão totalmente preparados é um dever moral do pre-

ceptor^[26, 27]. Este deve, ainda, observar os residentes em sua atividade, estimulando a avaliação da prática, que deve ser uma constante na vida profissional^[22].

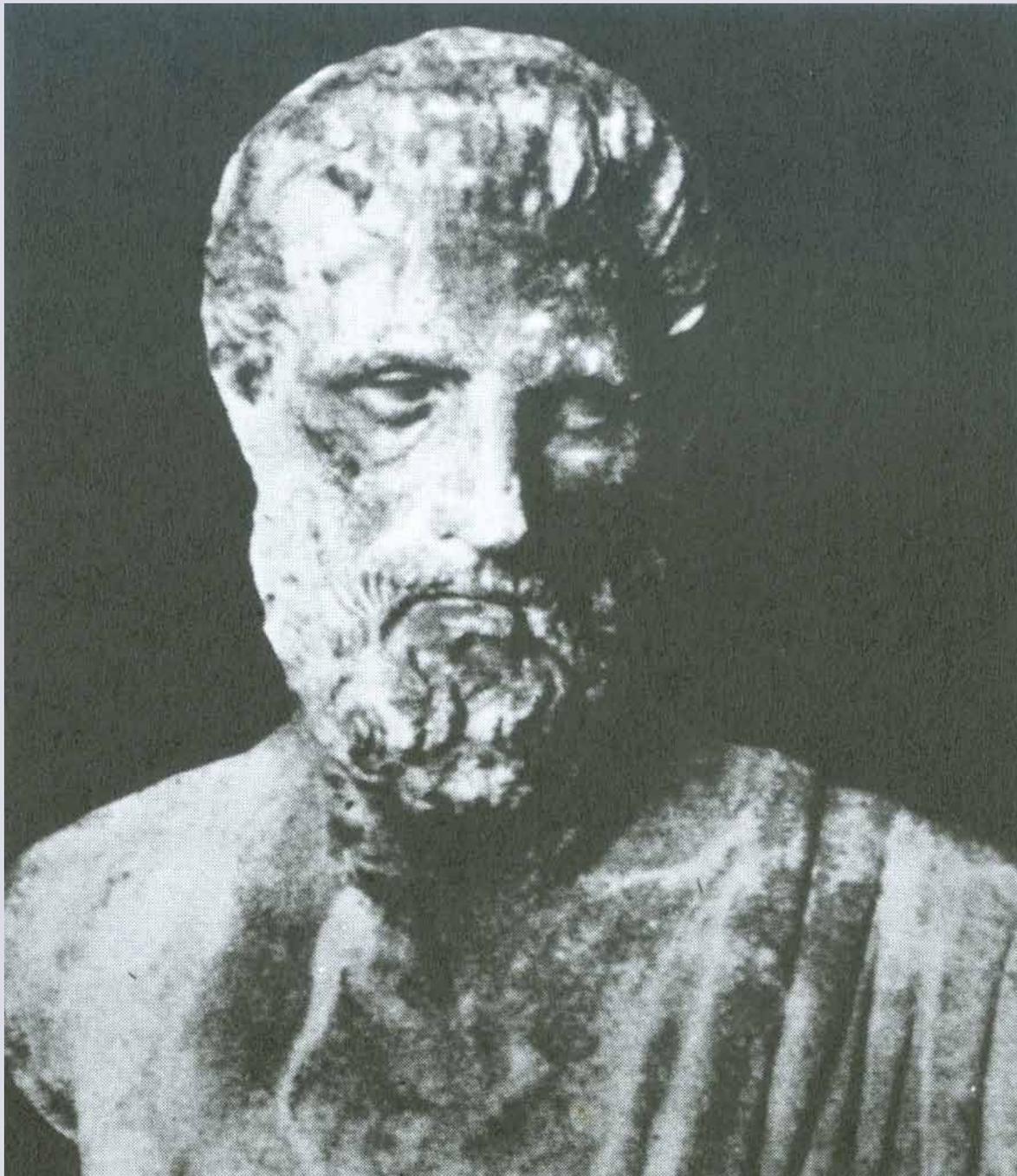
Moderar as discussões de caso é outra função do docente-clínico. Nessa ação, o preceptor verbaliza suas reflexões e seu pensamento para a construção do diagnóstico, para o planejamento e a condução do problema apresentado^[22]. Nesse processo, o professor tenta demonstrar como funcionam seus *scripts* mentais^[28], interagindo numa situação real. Enfatizamos que essas discussões são, marcadamente, discussões de casos reais do momento, devendo acontecer após um encontro com o paciente. Discussões sem esse encontro, focadas em exames laboratoriais e de imagem, contribuem para uma diminuição das oportunidades de aprendizagem dos residentes^[29, 30, 31].

Completando ainda a função do docente-clínico, destacamos sua ação na formação moral e ética dos residentes. Acreditamos que o preceptor precisa estimular, durante o dia a dia da residência médica, uma reflexão crítica dos atos, frente aos dilemas e às relações sociais cotidianos da prática médica^[22, 32]. Isso acontece quando o preceptor fica atento e chama a atenção para os aspectos morais do cuidado médico e da aprendizagem na delicada relação que existe entre paciente, preceptor e residente, tomando como base a chamada “caixa de ferramentas” da bioética^[32]. Chamar a atenção, entretanto, é apenas a primeira abordagem que deve ser feita. O diálogo entre preceptor e médico-residente precisa ser franco e democrático. Ele não transmitirá algo, mas permitirá que o próprio sujeito do processo de ensino-aprendizagem se questione sobre os aspectos conflituosos de sua prática, orientando a reflexão e estimulando-o a tomar decisões, baseado nos princípios que considera apropriados.

Referências

1. 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.
2. Mattos MCI. Ensino médico: o que sabemos? Interface – Comunicação, Saúde, Educação. 1997; 1:193-195.

3. Botti SHO, Rego S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? Revista Brasileira de Educação Médica 2008; 32(3): 363-373.
4. 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.
5. Ryan-Nicholls K. Preceptor recruitment and retention. Can Nurse 2004; 100 (6): 19- 22.
6. Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
7. Armitage P, Burnard P. Mentors or preceptors? Narrowing the theory-practice gap. Nurse Education Today 1991; 11(3): 225-229.
8. Ricer RE. Defining preceptor, mentor and role model. Family Medicine Journal 1998; 30 (5): 328.
9. Beckett C, Wall M. Role of the clinical facilitator. Nurse Education Today 1985; 5: 259-262.
10. Beauchesne MA, Howard EP. An investigation of the preceptor as potential mentor. Nurse Practitioner 1996; 21 (3): 155-159.
11. Stuart-Siddal S, Haberlin JM. Qualities that make a preceptor. RNABC News 1985; 17 (4): 28.
12. Quill TE. A cross-sectional study of the influence of the ambulatory preceptor as a role model. Archives of Internal Medicine 1987; 147: 971-973.
13. Trindade CEP. O preceptor na residência médica em Pediatria. Jornal de Pediatria 2000; 76(5): 327-328.
14. Bain L. Preceptorship: a review of the literature. Journal of Advanced Nursing 1996; 24(1): 104-107.
15. Siegel BS. A view from the residents: effective preceptor role modeling is in. Ambulatory Pediatrics 2004; 4(1): 2-3.
16. Pierce J, Paulman A. The preceptor as ethic educator. Family Medicine Journal 1999; 31(10): 687 –688.
17. Wright SM, Kern DE, Kolodner K, Howard DM, Brancati FL. Attributes of excellent attending physician role models. NEJM 1998; 339(27): 1986-1993.
18. Edwards JC, et al. Residents’ teaching skills. New York: Springer; 2002.
19. Meyers FJ, et al. Redesigning Residency Training in Internal Medicine: The Consensus Report of the Alliance for Academic Internal Medicine Education Redesign Task Force. Academic Medicine, v. 82, p.1211-1219, 2007.
20. Irby DM. How attending physicians make instructional decisions when conducting teaching rounds. Academic Medicine, v. 67, p.630-638, 1992.
21. Bleakley A. Broadening conceptions of learning in medical education: the message from teamworking. Medical Education, v. 40, p.150-157, 2006.
22. Botti SHO, Rego S. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. Physis, v.21, n.1, jan-mar 2011, no prelo.
23. Irby DM. What clinical teachers in medicine need to know. Academic Medicine, v.69, p.333-342, 1994.
24. 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. Disponível em <http://ijahsp.nova.edu>. Acesso em 30 Jul. 2008.
25. Taylor RB. Academic medicine: a guide for clinicians. New York: SPRINGER, 2006.
26. Ericsson KA. Deliberate Practice and the Acquisition and Maintenance of Expert Performance in Medicine and Related Domains. Academic Medicine, v.79, n.10, p. S70-S81, 2004.
27. Kennedy T. et al. Progressive independence in clinical training: a tradition worth defending? Academic Medicine, v.80 (Suppl), p.106-110, 2005.
28. Norman G. Research in clinical reasoning: past history and current trends. Medical Education, v. 39, p. 418-427, 2005.
29. Guarino CM et al. Impact of instructional practices on student satisfaction with attendings’ teaching in the inpatient component of internal medicine clerkships. Journal of General Internal Medicine, v.21, p.7-12, 2006.
30. Ahmed MEK. What is happening to bedside clinical teaching? Medical Education, v. 36, p.1185-1188, 2002.
31. Ramani S. et al. Whither bedside teaching? A focus-group study of clinical teachers. Academic Medicine, v.78, p. 384-390, 2003.
32. Rego S. et al. Ensino da bioética nos cursos de graduação em saúde. In: Educação Médica em transformação – instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: HUCITEC, 2004. cap.8, p.165-185.



Estátua, elaborada para representar Hipócrates, encontrada na Ilha de Cós, onde um dos grandes centros médicos da antiguidade ganhou fama mais tarde no século V a.C.. Museu de Cós, Cós.

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.”

Fernando Pessoa

7 PRECEPTOR, SUPERVISOR, TUTOR E MENTOR: QUAIS SÃO SEUS PAPÉIS?

Sérgio Henrique de Oliveira Botti e Sergio Rego

A preocupação com a preparação profissional daqueles que cuidam da saúde da população é uma constante na história da humanidade. Macedo^[1] 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 começa de maneira informal, com o treinamento profissional orientado por um prático. Nesse sistema, conforme Mattos^[2], 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 14, Pádua era considerada o mais importante centro do ensino médico^[3]. 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 que a educação formal em escolas médicas era apenas um suplemento desse treinamento^[4]. Também no Brasil Colônia, além dos médicos formados em universidades europeias, 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 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 médica^[5].

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^[6,7-10]. 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^[7,10]. A Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), por exemplo, em sua Resolução 005 de 2004^[11], referiu-se à função como sendo preceptoria/tutoria. Ou seja, assumiu que há uma equivalência entre as duas denominações.

Neste trabalho, analisamos o significado das diferentes denominações usadas pela comunidade científica nacional e internacional^[8,9,10,12-20] para esta função, procurando entender os pressupostos pedagógicos relacionados com cada um dos termos e avaliando sua pertinência e adequação à função exercida pelo profissional nos diferentes programas de residência. Pesquisamos os termos “preceptor, preceptoria, tutor, tutoria, supervisor, supervisão, mentor e mentoring” em publicações nacionais e internacionais da área da educação de profissionais de saúde e da área médica em geral dos últimos dez anos. Procuramos ainda em outras fontes, como textos históricos, dicionários e documentos oficiais, buscando compreender o sentido dado aos referidos termos nessas fontes. Embora tratemos aqui especificamente do caso da residência médica, nossa reflexão se aplica às residências das demais profissões e às multiprofissionais. Ou seja, entendendo que cada denominação expressa um conceito, vamos analisá-los de forma a possibilitar uma fundamentação melhor das regulamentações e práticas de ensino-aprendizagem aplicadas na graduação e na pós-graduação em saúde.

Temos como objetivo 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^[21,22].

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 interrelações. Mostraremos, então, que conceitos que parecem tão claros e delimitados podem ter várias facetas complexas e frequentemente contraditórias. E, como resultado final de nossa análise, proporemos 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 conceito^[22].

Chinn e Kramer (1995) *apud* Lith^[23] consideram que um conceito se situa em um *continuum*: da experiência mais direta (extremo empírico do conceito) ao mais abstrato dos constructos. Já Rodgers^[24], 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 aplicação^[24] – que procuraremos observar em nossa reflexão.

Como estamos em um país periférico, onde muitas palavras aqui utilizadas são resultado de traduções, devemos, antes, recordar que as palavras e o mundo mudam juntos, mas não em correlação direta^[25]. Quando falamos de fenômenos sociais, culturais e políticos, essa relação entre palavras e o mundo é ainda mais complexa. Pitkin^[25] 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 Ortiz^[26], 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 Mills^[8], 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-Nicholls^[27], 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. Esta 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 Bain^[28] e Armitage^[9], 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^[8,10,28-31].

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 (já aparece com este 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 educando^[21]. 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 formação^[9].

Houaiss apresenta como significado da palavra preceptoria “prebenda (ocupação rendosa e de pouco trabalho) dada a lentes e magistrados”^[21] 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 legislações^[11], 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 ocupa 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^[9,32-35].

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^[9,36]. Burke^[37] 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^[10,28,38-40].

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^[21,41]. No mundo do trabalho, é usado principalmente pela administração e pela engenharia de produção, com foco especial no âmbito das organizações industriais. Segundo Cordeiro^[42], 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 atitudes^[18]. Tem, portanto, importante função para melhorar o nível de qualidade da atuação pro-

fissional, 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^(11,43-46).

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^(46,47). Grealish e Carroll⁽¹⁸⁾ 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* Lith⁽²³⁾ 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* Lith⁽²³⁾ 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* Lith⁽²³⁾ 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^(23,48-49). 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)^(23,50).

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^(49,50). 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^(23,50-51). 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 mesmos^(52,55).

Cutcliffe⁽¹⁹⁾ 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^(19,44-56).

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 supervisor⁽⁴⁵⁾. 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 poder⁽¹¹⁾. Por isso,

há aqueles que não veem 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^(45,50,57). 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 supervisionado⁽⁵⁰⁾. Mas questionamos: será que cuidar para que um jovem profissional exerça corretamente suas funções pode ser uma ação vil ou desprezível? Acreditamos, como afirma Rego⁽⁵⁾, 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^(51, 56).

Tutor

Vamos nos voltar, agora, para a utilização do termo tutor, para entender seu significado. Nas literaturas americana e europeia, 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 aluno⁽⁵⁸⁻⁶⁰⁾.

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 XIII e tinha o significado de guarda, protetor, defensor, curador; significa também aquele que mantém outras pessoas sob sua vista, que olha, encara, ex-

amina, 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^(21,41). 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 hereditariedade⁽⁶¹⁾. 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 responsabiliza 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 orienta, ensina, ajuda na busca de conhecimento e tem também papel importante como avaliador. Pode trabalhar com um aluno individualmente ou com um grupo pequeno de alunos⁽¹²⁾. Nos anos 1960, ainda no Reino Unido, com o estabelecimento de centros de pós-graduação médica, aparece o conceito de tutor clínico; o título é conferido ao profissional que tem 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. Atua 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 assume

a função de representação dos professores de pós-graduação junto a órgãos centrais do governo e se afasta da luta pela causa dos médicos em treinamento^[62, 63].

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 trabalho^[64]. 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^[65, 66].

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 este profissional de outros já mencionados, aos quais se aplica o título de tutor, como também do profissional que auxilia exclusivamente no processo de aprendizagem^[6, 7, 14- 67].

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 pes-

soal 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^[6, 13, 14, 34]. 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 vida^[20, 68-70].

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 ideias, ações, projetos e realizações. A palavra é derivada (por metonímia) de Mentor^[21, 41], personagem da Odisseia, poema escrito por Homero no século VIII 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 Troia. Mentor é 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 está humilhada e cercada pelos pretendentes ao trono de Ítaca. O poema mostra o desenvolvimento de Telêmaco e a importância de Mentor para o seu desenvolvimento^[71, 72]. Outro exemplo é encontrado na história do rei Artur, que foi educado por um mentor, Merlin^[73].

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. Davidhizar^[74] 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^[9, 17]. 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 adultos-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^[8, 9, 17, 75].

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^[76, 77]. 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 Schramm^[78], é preciso estar atento à definição de autonomia, que contém uma ambiguidade semântica entre o individual e o coletivo. O autor explica essa ambiguidade, 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 concep-

ção holística) cujos elementos são distinguíveis para evitar a confusão, mas inseparáveis para evitar o reducionismo^[78]. 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 moral^[78], 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^[17, 79].

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-graduado^[9]. Serve como guia e influencia as ações do jovem “mentoreado”, 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 justificativas e estimulando que o mais jovem desenvolva sua capacidade de raciocínio crítico. Aqui está a riqueza dessa relação bilateral, onde um cresce com o outro^[6, 74].

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 faço esse algo”)⁽⁶⁹⁾. 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 “mentoreado” 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^(73, 79). 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 a um aumento de independência e autonomia, que se tornam máximas no final dessa relação^(20,80). Achamos importante ficar atentos, nesse ponto, para que a ação do mentor não represente mais um fator que influencie e estimule a chamada adolescência prolongada⁽⁸¹⁾, representando um incentivo ao paternalismo.

Bellodi⁽⁶⁾, Spicer⁽⁶⁹⁾, Tobin⁽⁸²⁾ e Larkin⁽⁸³⁾ 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 pessoal 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 subsequentes. E a atividade do mentor personifica essa contribuição e essa preocupação com os futuros profissionais⁽⁶⁸⁾.

Conclusão

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^(6,32). Percebemos, ainda, que esse desempenho simultâneo, ou sucessivo, das atividades ocorre com frequência 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, consequentemente, na oferta de saúde à população. Então, com base principalmente em Mills⁽⁸⁾ e Bellodi⁽⁶⁾, 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

| 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. |

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 um curto período de tempo, com 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 dar-se 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 supervisio-

nado 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 su-

porte 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^[6,8,20,80,84].

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 deem 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 acompanhe^[85]. 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^[8,80,83-86].

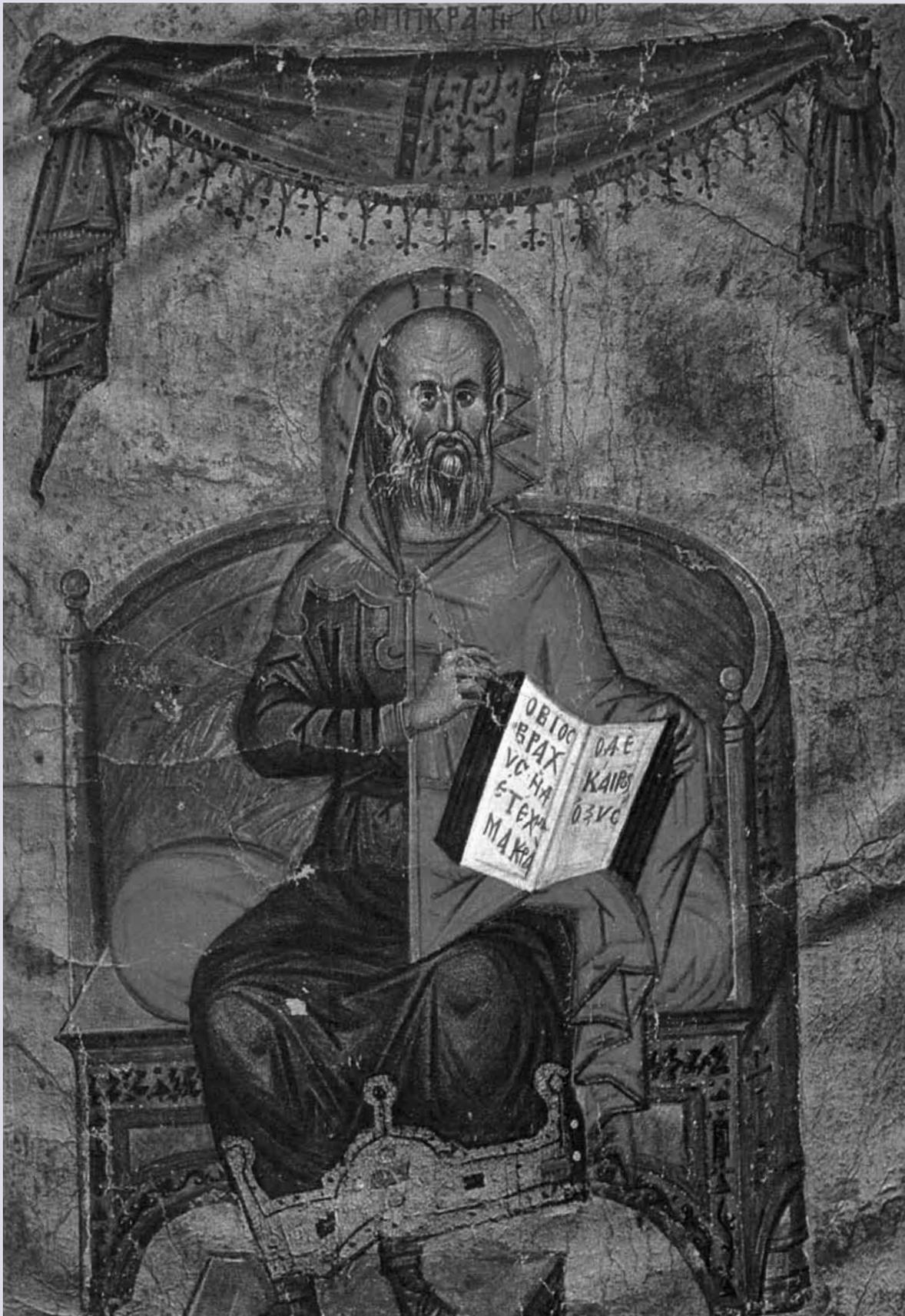
Graças a essas características, a relação entre o mais jovem e o mais experiente é importante durante o processo de profissionalização^[87], incluindo o desenvolvimento de um corpo de conhecimentos e atitudes dos médicos. É importante sublinhar que não se pode confundir essa função com a de outros profissionais 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^[8,20,83-84].

(* Reproduzido da Revista Brasileira de Educação Médica, com autorização dos autores.

Referências

- 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.
- Mattos MCI. Ensino médico: o que sabemos? Interface – Comunicação, Saúde, Educação 1997;1:193-195.
- Rebollo RA. Considerações sobre o estabelecimento da medicina no tratado hipocrático sobre a arte médica. Scientia Studia 2003;1(3):275-937.
- History of accreditation of medical education programs. JAMA 1983;250(12):1502-1508.
- Rego S. A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro: Editora FIOCUZ; 2003.
- Bellodi PL, Martins MA. Tutoria: mentoring na formação médica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.
- Cottrell DJ, McCrorie P, Perrin F. The personal tutor system: an evaluation. Medical Education 1994;28(6):544-9.
- Mills JE, Francis KL, Bonner A. Mentoring, clinical supervision and precepting: clarifying the conceptual definitions for Australian rural nurses. A review of the literature. Rural Remote Health 2005;5(3):410.
- Armitage P, Burnard P. Mentors or preceptors? Narrowing the theory-practice gap. Nurse Education Today 1991;11(3):225-229.
- Trindade CEP. O preceptor na residência médica em Pediatria. Jornal de Pediatria 2000;76(5):327-328.
- Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNRM 005 de 06 de junho de 2004. Disponível em: http://www.abramer.com.br/Pdf/cnrm_052004.pdf [Acesso em: 08 de março de 2007].
- Jones A. Getting going with clinical supervision: an introductory seminar. Journal of Advanced Nursing 1998;27:560-6.
- Freeman R. Faculty mentoring programmes. Medical Education 2000;34:507-508.
- Bellodi PL. O que é um tutor? Representações do papel em um grupo de professores de medicina durante o processo de seleção. Revista Brasileira de Educação Médica 2003;27(3):205-212.
- Brad JW. The Intentional mentor: Strategies and Guidelines for the Practice of Mentoring. Professional Psychology: Research and Practice 2002;33:88-96.
- Ramanan RA, Philips RS, Davis RB, Silen W, Reed JY. Mentoring in Medicine: Keys of Satisfaction. American Journal of Medicine 2001;112:336-341.
- Morle KMF. Mentorship – is it a case of the emperor’s new clothes or a rose by any other name? Nurse Education Today 1990;10(1):66-69.
- Grealish L, Carroll G. Beyond preceptorship and supervision: a third clinical teaching model emerges for Australian nursing education. Australian Journal of Advanced Nursing 1997;15(2):3-11.
- Cutcliffe JR; Lowe L. A comparison of North American and European conceptualizations of clinical supervision. Issues in Mental Health Nursing 2005;26(5):475-88.
- Stewart BM, Krueger LE. An Evolutionary Concept Analysis in Nursing of Mentoring. Journal of Professional Nursing 1996; 12(5):311-321.
- Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
- Goode WJ, Hatt PK. Métodos em pesquisa social. Tradução de Carolina M. Bori. São Paulo: Editora Nacional; 1979.
- Lyth GM. Clinical supervision: a concept analysis. Journal of Advanced Nursing 2000;31(3):722-729.
- Rodgers BL. Concepts, analysis and the development of nursing knowledge. Journal of Advanced Nursing 1989;14:330-335.
- Pitkin HF. Representação: palavras, instituições e ideias. Lua Nova 2006;67:15-47.
- Ortiz R. As ciências sociais e o inglês. RBCS 2004;19(54):5-22.
- Ryan-Nicholls K. Preceptor recruitment and retention. Can Nurse 2004; 100 (6):19-22.
- Bain L. Preceptorship: a review of the literature. Journal of Advanced Nursing 1996;24(1):104-107.
- Stuart MR, Orzano AJ, Eidus R. Preceptor development in residency training through a faculty facilitator. The Journal of Family Practice 1980;11(4):591-595.
- Burns C, Beauchesne M, Ryan-Krause P, Sawin K. Mastering the preceptor role: challenges of clinical teaching. Journal of Pediatric Health Care 2006;20(3):172-183.
- Obermeyer MV. Are you a culturally competent preceptor. Nursing 2006;36(6):54-55.
- Ricer RE. Defining preceptor, mentor and role model. Family Medicine Journal 1998;30(5):328.
- Beckett C, Wall M. Role of the clinical facilitator. Nurse Education Today 1985;5:259-262.
- Beauchesne MA, Howard EP. An investigation of the preceptor as potential mentor. Nurse Practice 1996;21(3):155-159.
- Stuart-Siddal S, Haberman JM. Qualities that make a preceptor. RNABC News 1985;17(4):28.
- Quill TE. A cross-sectional study of the influence of the ambulatory preceptor as a role model. Archives of Internal Medicine 1987;147:971-973.
- Burke LM. Preceptorship and post-registration nurse education. Nurse Education Today 1994;14:60-66.
- Siegel BS. A view from the residents: effective preceptor role modeling is in. Ambulatory Pediatrics 2004;4(1):2-3.
- Pierce J, Paulman A. The preceptor as ethic educator. Family Medicine Journal 1999;31(10):687-688.
- Wright SM, Kern DE, Kolodner K, Howard DM, Brancati FL. Attributes of excellent attending physician role models. NEJM 1998;339(27):1986-1993.
- Oxford Advanced Learner’s Dictionary of Current English. Oxford; Oxford University Press; 2000.
- Cordeiro LL. Relações industriais versus supervisão. RAE 1968;8(28):95-112.
- Stokoe B, McClarey M. Safety measures. Nursing Times 1995;91(26):30-31.
- Sloan G. Clinical supervision: beginning the supervisory relationship. BJN 2005;14(17):918-923.
- Wood J. Clinical supervision. British Journal of Perioperative Nursing 2004;14(4):151-156.
- Kilminster SM, Folly BC. Effective supervision in clinical practice settings: a literature review. Medical Education 2000;34:827-840.
- Médica: os estágios extracurriculares em questão [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 1994.
- General Medical Council. The New Doctor – Recommendations on General Clinical Training. London: General Medical Council; 2005. Disponível em: <http://www.gmcuk.org/> [Acesso em: 25 de Outubro de 2006].

49. Wright B. Clinical supervision. *Accident and Emergency Nursing* 1993;1:181-182.
50. Goorapah D. Clinical supervision. *Journal of Clinical Nursing* 1997;6(3):173-178.
51. Yegdich T. Clinical supervision and managerial supervision: some historical and conceptual considerations. *Journal of Advanced Nursing* 1999;30(5):1195-1204.
52. Berggren I, da Silva AB, Severinsson E. Core ethical issues of clinical nursing supervision. *Nursing Health Science* 2005;7:21-28.
53. Severinsson E. Ethics in clinical nursing supervision-an introduction to the theory and practice of different supervision models. *Collegian* 1999;6:23-28.
54. Berggren I, Severinson E. The influence of clinical supervision on nurses' moral decision-making. *Nursing Ethics* 2000;7:124-133.
55. Berggren I, Bégat I, Severinsson E. Australian clinical nurse supervisors' ethical decision-making style. *Nursing Health Science* 2002;4:13-21.
56. Yegdich T. How not to do clinical supervision in nursing. *Journal of Advanced Nursing* 1998; 21(1):193-202.
57. Van Oijen E. Supervision: whipping up a storm. *Nursing Standard* 1994;8(8):48.
58. Dolmans DHJM, Lujik SJV, Wolfhagen IHAP, Scherpbier AJJA. The relationship between professional behaviour grades and tutor performance ratings in problem-based learning. *Medical Education* 2006;40:180-186.
59. Maudsley G. Roles and responsibilities of the problem based learning tutor in the undergraduate medical curriculum. *BMJ* 1999;318:657-661.
60. Wetzel MS. Developing the role of the tutor/facilitator. *Postgraduate Medicine Journal* 1996;72(850):474-477.
61. 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
62. Caestecker J. Role of the clinical tutor. *Postgraduate Medicine Journal* 2002;78:639-640.
63. 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]
64. Holden J. Randomized controlled trial of general practitioner tutor visit or mailing to encourage general practice-based education. *Medical Education* 2001; 35(10): 938-940.
65. Llamas JS. The Manual of the Primary Care Tutor. *Aten Primaria* 1996;17(3):177-178.
66. Llamas JS, Hernández ML. Docencia posgrado: factores condicionantes de la relación tutor-residente en medicina familiar. *Aten Primaria* 1997;20(9):511-518.
67. Gidman J. The role of the personal tutor: a literature review. *Nurse Education Today* 2001;21(5):359-365.
68. Barondess JA. On mentoring. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1997;90(6):347-349.
69. Spicer R. Mentoring and personal development planning in postgraduate dental education: a review. *Dent Update* 2004;31(8):472-4,477-480.
70. Merriam S. Mentors and protégés. A critical review of the literature. *Adult Education Quarterly* 1983;33(3):161-173.a
71. Homero. A Odisseia (em forma de narrativa). Rio de Janeiro: Ediouro; 1999. [Tradução de Fernando C. de Araújo Gomes]
72. Fénelon FSM. As aventuras de Telêmaco: filho de Ulisses. São Paulo: Madras; 2006. [Tradução de Maria helena C. V. Trylinski]
73. Massie A. Rei Artur. Rio de Janeiro: Ediouro; 2004. [Tradução de Laura Alves e Aurélio B. Rebello]
74. Davidhizar RE. Mentoring in doctoral education. *Journal of Advanced Nursing* 1998;13:775-781.
75. De Marco R. Mentorship: a feminist critique of current research. *Journal of Advanced Nursing* 1993;18(8):1242-1250.
76. Brandão C. O que é o método Paulo Freire. São Paulo: Editora Brasiliense; 1981.
77. Freire P. Educação como prática de liberdade. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1976.
78. Schram FR. A autonomia difícil. *Bioética* 1998;6(1):27-37
79. Rolfe G. The role of clinical nurse supervision in the education of student psychiatric nurses: a theoretical approach. *Nurse Education Today* 1990;10 (3):193-197.
80. Pellegrini Junior VD. Mentoring during residency education: a unique challenge for surgeon? *Clinical Orthopaedics and Related Research* 2006;449:143-148.
81. 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].
82. Tobin MJ. Mentoring: seven roles and some specifics. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 2004;170(2):114-117.
83. Larkin GL. Mapping, Modeling, and Mentoring: Charting a Course for Professionalism in Graduate Medical Education. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 2003; 12: 167-177.
84. Nedd N, Nash M, Galindo-Ciocon D, Belgrave G. Guide-de growth intervention: from novice to expert through a mentoring program. *Journal of Nursing Care Quality* 2006;21(1):20-23.
85. Ramanan RA, Taylor WC, Davis RB, Phillips RS. Mentoring and Career Preparation in Internal Medicine Residency Training. *Journal of General Internal Medicine* 2006;21:340-345.
86. Tsai JC, Lee PP, Chasteen S, Taylor RJ, Brennan MW, Schmidt GE. Resident physician mentoring program in ophthalmology: the Tennessee experience. *Archives of Ophthalmology* 2006;124:264-267.
87. Sambunjak D, Straus SE, Marusic A. Mentoring in academic medicine – a systematic review. *JAMA* 2006;296(9):1103-1115.



Hipócrates, como visto por um artista bizantino no século XIV, tornou-se o mais famoso nome da medicina da Grécia antiga e foi associado com uma influente coleção de escritos chamada Corpus Hippocraticum. De Greek Ms (ano de 1342). Biblioteca Nacional, Paris.

“É fazendo que se aprende aquilo que se deve aprender a fazer.”

Aristóteles

8 METODOLOGIA DO ENSINO NA PRECEPTORIA DA RESIDÊNCIA MÉDICA

Thelma L. Skare

“Eu juro, por Apolo, médico, por Esculápio, Higeia e Panaceia, e tomo por testemunhas todos os deuses e todas as deusas, cumprir, segundo meu poder e minha razão, a promessa que se segue: estimar, tanto quanto a meus pais, aquele que me ensinou esta arte...”

Juramento de Hipócrates

Quase toda a atividade da Residência Médica se desenvolve em torno de três atores principais: **o paciente, o residente e o preceptor**. O primeiro como objeto de estudo e razão de todo o treinamento proposto; o segundo como aquele que busca aprender e desenvolver capacidades técnicas e intelectuais que o capacitem a exercer a atividade profissional; e o terceiro como o responsável pelo preparo profissional, ético e humanista do residente, mas também pela supervisão no atendimento prestado ao paciente.

A figura do preceptor

A figura do preceptor está presente na educação médica desde há muito tempo. Se a residência médica como tal é reconhecida desde 1889, quando foi implantada na Universidade Johns Hopkins por William Halsted, o aprendizado dos médicos mais jovens com aqueles de maior experiência é reconhecido desde os primórdios da civilização, quando a atividade de curar se iniciava de maneira informal com o treinamento sendo orientado por um prático. No Brasil, esta forma de pós-graduação iniciou-se em 1944 com implantação da Residência de Ortopedia na Universidade de São Paulo, seguida de perto pelo Programa de Residência do Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, em 1948.

Diferentemente de outras situações, a residência médica é uma forma de treinamento em serviço, ou seja, à medida que o residente se especializa nas diversas áreas da Medicina, ele presta atendimento aos pacientes, em geral do Sistema Único de Saúde (SUS) e vêm se tornando, neste aspecto, a grande responsável por esta forma de atendimento, quando, sob o olhar do preceptor, responde por grande número de atendimentos na área pública de saúde.

Historicamente a figura do preceptor é a de um médico mais velho, com experiência profissional reconhecida, de elevado padrão ético e que centra o aprendizado de seus estagiários em atividades práticas. Ele é responsável pela inserção do profissional mais jovem no mercado de trabalho. O seu papel tem crescido de importância à medida que se observa que muitas das escolas de Medicina deixaram de exercer a sua terminalidade, já que nem sempre fornecem todo o conjunto de habilidades e conhecimentos necessários para a prática da profissão, fazendo com que a residência faça parte fundamental da boa formação médica. A maioria dos preceptores é escolhida pelos seus méritos profissionais, o que nem sempre se reflete na capacidade de ensinar. Muitos deles não possuem – ou possuem muito pouco – preparo propriamente pedagógico, o que pode prejudicar o aproveitamento da residência.

Embora muito já tenha sido discutido e avaliado em termos de residência médica, a análise dos atributos necessários a um bom preceptor, assim como a oferta de treinamento para o exercício adequado da preceptoria, ainda não receberam a devida atenção. Uma análise feita com preceptores de Pediatria, por Wuillaume, 2000, mostrou que os atributos de um preceptor bem-sucedido (segundo sua própria ótica) são: exercício da tutoria, ética e humanismo, domínio do conteúdo, capacidade de educação permanente e capacidade didática.

Tutor é um termo oriundo do latim e que serve para designar a pessoa que cuida de outra, considerada incapaz. Este termo é usado no sistema de aprendizagem baseada em problemas para designar o professor que se preocupa em ensinar o aluno a “aprender a aprender”. Nesse contexto, o preceptor assume a figura de um facilitador que serve de guia para um processo de aprendizagem focado no residente, fornecendo instrumentos para que o mesmo desenvolva por si próprio não só a habilidade procurada, mas outras que venham a ser necessárias posteriormente. Esta é uma atividade que requer planejamento, competência, capacidade de improvisação e sensibilidade, exercício na qual o treinamento na área de pedagógica pode fornecer instrumentos para o melhor desempenho.

Aprender a aprender

Transpondo para a residência médica alguns modelos conceituais da área da graduação, pode-se notar que o aprendizado obtido sofre fortes influências da motivação para tal e que estratégias para despertar essa motivação são influenciadas pelo contexto no qual o aprendizado acontece. É amplamente aceito que estratégias profundas de aprendizado, que incluem uma aproximação integradora ao conhecimento, proporcionam melhores resultados do que uma aproximação superficial (ou

reprodutora) baseada na memorização. Uma aproximação profunda é motivada pelo desejo intrínseco de aprender e envolve táticas que resultam num entendimento integrado e pessoal, ao passo que o aprendizado de superfície é motivado pelo medo de falhar, envolve memorização e está associado com alta demanda de trabalho. A conscientização da alta demanda de trabalho e a sensação de estresse estão ligadas a maneiras desorganizadas de aprendizado.

Um aprendizado profundo está associado à percepção das escolhas e sentimento de independência, e requer um clima de trabalho receptivo. Todavia, a capacidade de dosar o grau de supervisão exercida versus o grau de independência de atuação deve ser treinada cuidadosamente. Se por um lado o excesso de liberdade na prática profissional pode levar o residente a se sentir abandonado, uma supervisão muito próxima pode interferir com a sensação de liberdade e prejudicar o desenvolvimento de habilidades que devem durar o resto da vida.

Embora as estratégias de aprendizado sejam adotadas pelo residente e sofram influência das características próprias dele, cabe ao preceptor não só desenvolver táticas que favoreçam o aprendizado profundo como propiciar um clima adequado para que este se desenvolva. Manyon e Cols, ao estudarem as características de preceptores considerados efetivos, observaram que tais preceptores são aqueles que recebem bem os residentes novos, criam um papel central para o mesmo no cuidado ao paciente e favorecem um ambiente seguro para a prática de novas habilidades. Outros autores ressaltaram que preceptores que adotam o modelo profundo de ensino são pessoas com uma automotivação própria para o aprendizado e que preferem, eles próprios, maneiras independentes de educação médica continuada.

Obviamente uma maneira efetiva de exercer a preceptoria, embora cru-

cial, não é tarefa fácil. Pelo menos três grandes problemas interferem com sua execução. Por primeiro, note-se que no ambiente em que a mesma acontece existe o paciente. O preceptor, além da atenção a ser dada ao médico residente, deve atender ao paciente, com seus requerimentos, necessidades e angústias – o qual interfere diretamente no processo, nem sempre permitindo uma abordagem gradativa do assunto a ser discutido ou o acontecer natural de um raciocínio. Em segundo lugar, é necessário que o preceptor consiga cumprir sua tarefa com competência em um curto espaço de tempo, dada a sobrecarga de trabalho existente nos hospitais universitários e centros de saúde. Um terceiro problema a ser enfrentado é o de que a percepção do preceptor acerca das necessidades de aprendizado do residente nem sempre coincide com

a percepção do residente acerca daquilo que ele precisa aprender, ocasionando problemas de motivação. Este é um aspecto bem evidente ao se preparar, em hospitais terciários, futuros médicos que irão trabalhar no interior. O reconhecimento pelo preceptor, da percepção do residente acerca de suas preferências de aprendizado e da relevância atribuída a cada assunto, torna o processo mais efetivo.

Preceptoria em um minuto

Chemello et al. sugerem o chamado modelo de “Preceptoria em um minuto” que permitiria um aprendizado em tempo limitado e em meio às demandas criadas pelo atendimento ao paciente. Os passos sugeridos por esses autores seriam:

- Permitir ao residente que, logo após a apresentação do caso clínico de seu paciente ao preceptor, demonstre a sua interpretação acerca do mesmo. Perguntas abertas como “O que você acha que está acontecendo?” ou “Qual a sua ideia acerca da conduta a ser tomada?” antes de qualquer outro tipo de comentário pelo preceptor, estimulam o residente a ordenar seus pensamentos acerca do problema a ser resolvido. Perguntas muito específicas podem reduzir o espaço para discussões e inibir a livre manifestação do residente.
- Questionar o residente acerca dos fundamentos de suas opiniões procurando perceber qual é o seu raciocínio acerca do processo e qual o seu grau de conhecimento acerca do mesmo. Este questionamento deve acontecer antes que o preceptor expresse opinião própria. Perguntas sugeridas aqui são: “O que você acha disso?” ou “O que mais você considera a respeito?”.
- Introduzir o aprendizado de regras gerais ao invés de informações detalhadas. À medida que o conhecimento do residente aumenta, a discussão pode se tornar mais complexa. Todavia, os aspectos básicos devem estar bem sedimentados.
- Corrigir o que está errado. Erros não corrigidos tendem a se repetir. Entretanto, a correção deve ser feita de maneira construtiva, com discussão aberta e sugestões de pesquisa sobre o assunto.

Aspectos éticos e morais já foram assinalados anteriormente como fazendo parte crucial do treinamento na Residência; são atributos essenciais a serem desenvolvidos por um bom preceptor. Embora muitos de nossos serviços de Residência criem espaços próprios para ensinar e debater este tipo de assunto, nada é tão eficiente para o seu aprendizado como o exemplo dado pelo contato diário com o preceptor. É nestas situações que ele assume o papel da figura paterna. É o exemplo dado no respeito ao paciente, no resolver problemas e situações de conflito, é o assumir a responsabilidade de seus atos ainda que com dano próprio, que marcam de maneira profunda o exemplo a ser seguido. É impressionante como o contato diário influi nesses atributos. Como um pai, ao olhar para um filho, muitas vezes se admira ao reconhecer nele muito dos seus próprios traços fisionômicos, não é raro que um preceptor seja surpreendido ao reconhecer no residente muito do seu próprio vocabulário, da sua maneira de tratar o paciente e de manejar situações de crise.

Em nosso meio, aspectos éticos e morais, associados a situações de conflito de interesses criados pela indústria farmacêutica, também precisam ser monitorados. A maioria das residências encontra-se em hospitais terciários, que também alocam pesquisadores envolvidos no desenvolvimento e avaliação de novos medicamentos. Vários destes pesquisadores exercem, também, a preceptoria em Residência. Fica fácil

entender a influência de uma atividade sobre a outra. É essencial que tais preceptores separem de maneira clara as duas tarefas.

O preparo do médico residente é fator determinante na qualidade do futuro profissional. Um treinamento efetivo está associado a uma escolha cuidadosa do preceptor, de acordo com a sua prática, no sentido de assegurar que ele atenda às metas propostas no programa de residência. É fundamental que o preceptor seja instruído acerca das metas a serem atingidas assim como seja capaz de estabelecer um contrato realístico com o residente acerca dos objetivos da aprendizagem. É necessário que o próprio preceptor seja ensinado a usar técnicas construtivas de *feedback* durante a supervisão exercida e de avaliação das habilidades, do raciocínio clínico e de atitudes do residente. Em suma, preceptores devem ser treinados para tal, algo que até o momento não acontece.

Conclusão

Observa-se na atualidade um movimento para profissionalização do preceptor e para dotá-lo dos atributos essenciais para o seu desempenho. Todavia muito pouco tem sido feito para alcançar esses objetivos. Repensar o preparo do preceptor pode ser visto como uma maneira eficiente de melhorar a residência médica e assim transformar o especialista em formação em um médico melhor.

Referências

- 1- Delva M, Schultz KW, Kirby JR, Godwin M. Ambulatory teaching: Do approaches to learning predict the site and preceptor characteristics valued by clerks and residents in the ambulatory setting? BMC Medical education 2005;5:35-41.
- 2- Frisch SR, Boucher FG, Charbonneau S, Lapoint C, Turcotte R. Increasing the effectiveness of clinical supervision. Increasing the effectiveness of clinical supervision. Canadian Medical Association Journal, 1984;1 31:569-72
- 3- Laidley TL, Braddock CH, Fihn SD. Did I Answer your question? Attending physicians's recognition on resident's perceived learning needs in ambulatory settings. Journal of General Internal Medicine 2000; 15: 46-50.
- 4- Levy BT, Merchand ML. Factors associated with higher clinical skills experience of medical students on a family medicine preceptorship. Family Medicine Journal 2005; 37:332-40.
- 5- Wuillaume SM, Batista NA. O preceptor da residência medica em Pediatria: principais atributos. Jornal de Pediatria 2000;76:333-8.
- 6- Chemello D, Manfroi WC, Machado CLB. O papel do rpeceptor no ensino médico e o modelo Preceptoria em um minuto. Revista Brasileira de Educação Médica. 2009; 33:664-9.



A permanente influência dos ensinamentos de Hipócrates (nesse caso, reduzindo um deslocamento de joelho), como visto em uma cópia bizantina do século XI de um código do século IX, Comentários de Apollonios de Chition em Peri Arthron de Hipócrates. Biblioteca Medicea-Laurenziana, Florença.

“O leito é um clássico ponto de encontro entre o paciente que o ocupa necessitado da Medicina e o médico que o assiste, à sua beira, investido da autoridade advinda como representante local da Medicina universal.”

Fletcher

9 A PRECEPTORIA E O ENSINO MÉDICO NA PÓS-GRADUAÇÃO SENSO LATO

César Alfredo Pusch Kubiak

Nos últimos anos, o ensino da práxis médica vem sofrendo acelerados avanços. No início do século passado, o preparo para estas tarefas se lastreavam nas leituras de clássicos em requintadas bibliotecas, convivência entre os pares, com algum grau de competição saudável, observação atenta de toda a fenomenologia –dentro e fora do ambiente hospitalar –, respeito obsequioso aos mestres, cumprimento estrito de tarefas e, sobretudo, rigor com as regras de etiqueta que diferenciavam os jovens médicos tornando os singulares.

Contávamos com excepcionais mestres, de grande sabedoria, cultura geral densa, didática impecável, talentos invejáveis e perfeitos modelos e exemplos a serem seguidos e imitados pelos assistentes e discípulos^[1].

O cabedal de conhecimentos afeitos durante estes períodos de treinamento aliado ao aprendizado prático, sob a supervisão onipresente dos professores, era útil por décadas: conceitos imutáveis, técnicas consagradas, conhecimentos sacralizados e saberes duradouros, aliados à cultura geral sólida e necessária e à boa desenvoltura social a que os médicos da época faziam jus – detentores de prestígio, privilégios e direitos em uma sociedade que lhes devotava respeito e reconhecimento.

Com os avanços acelerados das ciências médicas nas últimas décadas, a democratização dos conhecimentos por meio de um número maior de escolas superiores, dos meios de

comunicação e a necessidade de aperfeiçoamento constante, impingiram a estes cenários de aprendizagem mudanças e transmutações, exigindo de quem a pratica esforços constantes em busca do aperfeiçoamento, atualização e novas “curvas de aprendizagem”.

Ocorreram mudanças radicais nas relações entre médicos, intermediadores do trabalho (instituições, convênios, cooperativas e grupos de autogestão) e os pacientes, que se tornaram clientes (compradores de serviços médicos), mais seletivos, mais exigentes, amparados nos avanços da bioética contemporânea que lhe outorga autonomia, poder de decisão, sigilo, respeito ao pudor, o empenho de meios, a busca da verdade, a sujeição tecnológica, a justiça na relação médico-paciente, e as responsabilidades inerentes a este mister^[2].

Crise com programas de residência médica

Enfrentamos presentemente crise com os programas de ensino da residência médica. Número insuficiente de vagas para os egressos das universidades, programas abaixo da crítica e dos pré-requisitos, quanto a qualidade de ensino e aprendizado, em que o fulcro é a exploração de mão de obra barata do médico residente sem direitos ou benefícios. E, aos poucos, novo modelo de residência se entronizando, as residências e especializações pagas pelos educandos, com pouca ciência, muito trabalho e bom retorno financeiro para quem as explora.

Somos sabedores que nossos recém-graduados são pouco críticos, reflexivos e seletivos. Muitos apáticos e anímicos; qualquer oportunidade lhes basta. A maioria sequer visitou ou se inteirou previamente das condições dos serviços em que trabalha e vai acomodando-se com a escassa supervisão, o descaso acadêmico com a formação adequada, com a falta de ambição na titularidade e no clientelismo, com a rotina de serviço “meia-boca” e “faz-de-conta”, sofrendo de uma alienação progressiva com a sua formação, com o seu papel social, com o exercício de sua cidadania e com os interesses da classe. Basta observarmos quantos residentes frequentam os seus órgãos de classe da especialidade que abraçaram ou se fazem presente nos eventos científicos.

E é aqui que o papel do verdadeiro preceptor se revela e se engrandece: precisa ser mais do que um professor de Medicina, independente de sua titulação.

“É quem subsidia ao residente todo um referencial de atitudes, postura, conhecimento, relacionamentos, aprofundamento científico, moral e ético para que se encaminhem, projetando verticalmente a vida sobre a terra, não temendo a geometria das perpendiculares, não se tornando paralelos ao chão.”

Discurso do Bugre^[3] – Prof. Milton Carneiro

O preceptor necessita mais do que uma vocação docente. Hoje em dia, a vocação não é pré-requisito, uma vez que dispomos de cursos superiores para formar excelentes docentes e profissionalizá-los de acordo com as necessidades das escolas e dos recursos disponíveis.

Ser preceptor

- É ser capaz de apadrinhar um número de jovens médicos e mostrar-lhes os tortuosos caminhos da vida e da prática da ciência médica. Sem pessimismos ou chantagens estéreis e sem otimismo infantil, com a autocrítica exacerbada, com o profissionalismo exaltado, com a percepção de que vale que se dedique a vida (Professor Lysandro Santos Lima), mas sobretudo conscientes da necessidade da superação diária, como o atleta ou o grande artista.

- É saber dosar a crítica com o reconhecimento, derrota com o júbilo, triunfo com a perda.

- É saber transmitir com serenidade aos seus discípulos que na prática médica se cometem erros, não por omissão, negligência ou imperícia, mas erros não intencionais, fatalidade da profissão que abraçaram e que reconhecidos, devam ter de nossa parte a solidariedade, a atenção e a devida reparação quando possível.

- É ensinar a prática da moderação e do bom senso, sem exageros, sem estardalhaços, sem mercantilismos desenfreados, lamentavelmente tão em voga nos dias de hoje, tão despudorado na sua prática. Fatos que a população leiga tem ciência, condena, faz troça e reconhece quem os pratica.

Ser um bom preceptor

- É ser detentor de boa performance profissional, atuar em vários cenários, ser versátil, conciliar a academia com a prática, é dar conta da sua cidadania, é ser participativo, especialmente dos anseios da classe médica, tão vilipendiada

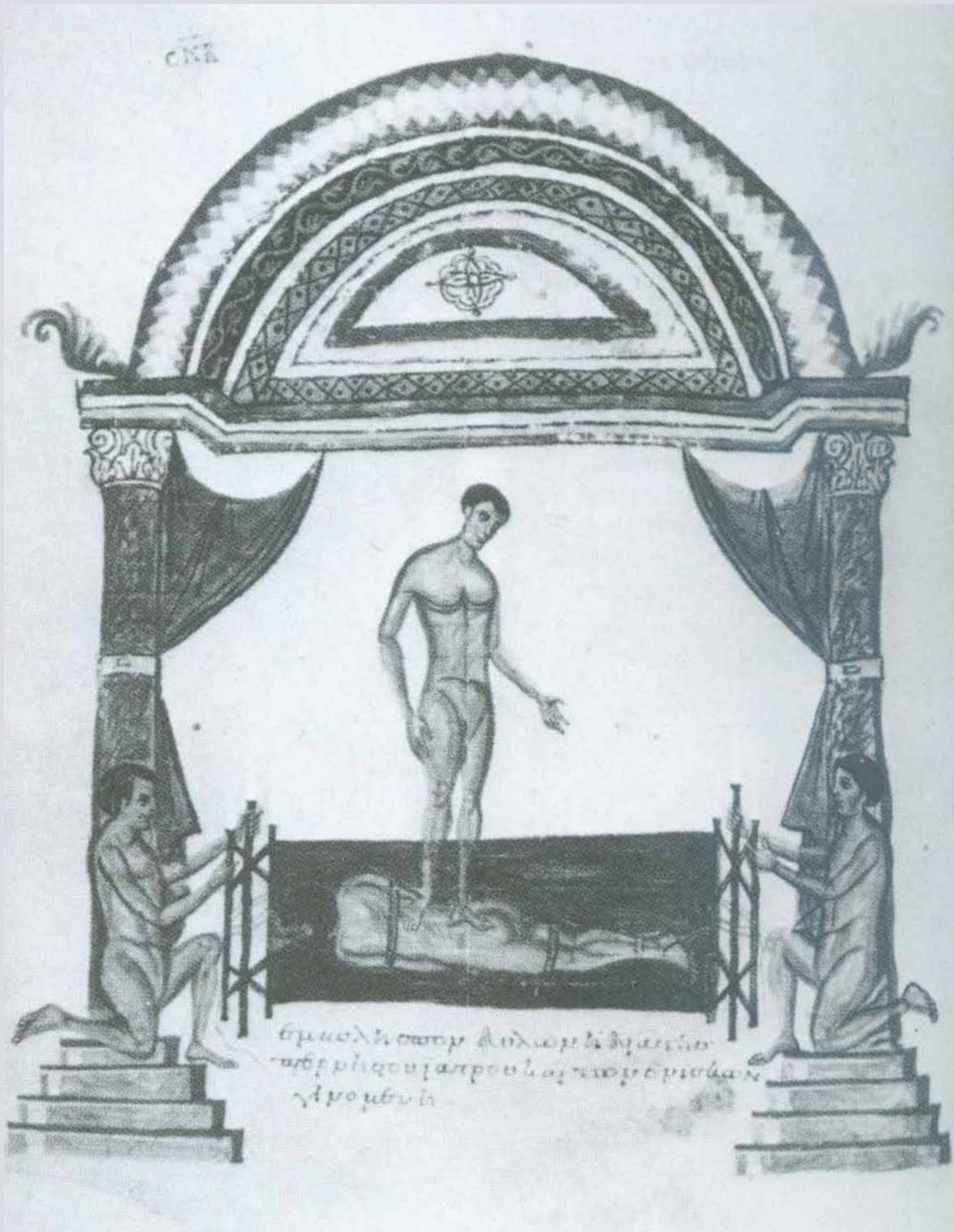
pela mídia, pela sociedade e pelos pacientes-clientes.

- É ter a capacidade de comunicação com o exercício da informação, embasada na motivação e no convencimento.

- É transmitir aos seus residentes o olhar do companheirismo, do afeto e da solidariedade sem o viés da futura competição que de alguma forma se fará, pois o bom discípulo tende a se alinhar ao mestre e, quiçá, superá-lo.

Referências

1. Marino Júnior, Raul. Osler, o moderno Hipócrates. CLR Baliero Editores Ltda.1999.
2. Rodrigues Branco,Rita . A relação com o paciente. Guanabara Koogan, 2003.
3. Carneiro. Miton E. O discurso do bugre. 1933.



Reduzindo descolamentos da coluna, como ilustrado em uma cópia bizantina do século XI de um código do século IX. Comentários de Apollonios de Chition em Peri Arthron de Hipócrates. Biblioteca Medicea-Laurenziana, Florença.

“O médico aprendiz não adquire olho diagnóstico nos livros, mas no permanente trato com seus doentes.”

Erwin Risak

10 A IMPORTÂNCIA DA ÉTICA E HUMANISMO NA RESIDÊNCIA MÉDICA

Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho

Tem sido tudo o homem neste planeta. Tem adotado na sua longa trajetória pela terra as mais variadas profissões. Tem sido médico, advogado, músico, professor, pintor etc. O de que mais se tem esquecido é de ser profissional da mais elementar profissão: a profissão de homem, simples e humanamente homem. Este texto foi escrito pelo professor Milton Carneiro na primeira metade da década de 30 do século passado e permanece atual.

Os bons médicos são necessariamente boas pessoas.

Como boas pessoas devem despertar a beleza e alegria nas pessoas que apresentam sofrimento.

“Instrumentos musicais existem não por causa deles mesmos, mas pela música que podem produzir. Dentro de cada instrumento há uma infinidade de melodias adormecidas, à espera que acordem do seu sono. Quando elas acordam e a música é ouvida, acontece a beleza e, com a beleza, a alegria.

O corpo é um delicado instrumento musical. É preciso cuidar dele, para que ele produza música. Para isso, há uma infinidade de recursos médicos. E muitos são eficientes.

Mas o corpo, esse instrumento estranho, não se cura só por aquilo que se faz medicamente com ele. Ele precisa beber a sua própria música. Música é remédio.

Os médicos cuidam dos remédios e das intervenções físicas – boas para o corpo – e devem tratar de acender a chama misteriosa da alegria. Mas essa chama não se acende com poções químicas. Ela se acende magicamente. Precisa da voz, da escuta, do olhar, do toque, do sorriso.

Aos médicos, ao mesmo tempo técnicos e mágicos, a quem é dada a missão de consertar os instrumentos e despertar neles a vontade de viver”⁽¹⁾.

O que pode existir de mais valioso na vida, quer dos indivíduos, quer dos povos, senão alcançar a plena felicidade? Pois é disto exatamente que se trata quando falamos em ética⁽²⁾.

Livros e manuais são instrumentos extraordinários de convívio entre novas e velhas ideias. Traz novas informações e revisita outras já debatidas. Tem a ousadia de desvendar convicções. De se comprometer com posicionamentos que deixam de viver na solidão dos pensamentos para fazer parte de um universo novo.

A ética e a preceptoria

Rubem Alves, em artigo publicado no dia 4 de março de 2008 em jornal de grande circulação, afirmava: “Temos duas éticas: a ética que brota das estrelas perfeitas, imutáveis e mortas, a que os filósofos dão o nome de ética de princípios, e a ética que brota da contemplação dos jardins imperfeitos e mutáveis, mas vivos – a que os filósofos dão o nome de ética contextual. Em uma situação concreta: a mulher está com câncer em estado avançado. Ela suspeita que vá morrer e tem medo. O médico vai visitá-la. Olhando, no fundo do seu medo, no fundo dos olhos do médico, ela pergunta: “Doutor, será que escapo desta”? Se o médico for adepto da ética estelar de princípios, a resposta será simples. Ele não terá que decidir ou escolher. O princípio é claro: dizer a verdade sempre. A enferma perguntou. A resposta terá que ser a verdade.

A lealdade a um princípio o livra de um pensamento perturbador: o que a verdade fará com o corpo e alma daquela mulher? O princípio sendo absoluto, não leva em consideração o potencial destruidor da verdade.

Mas se for um jardineiro, ele não se lembrará de nenhum princípio. Ele só pensará nos olhos suplicantes daquela mulher. Pensará que a sua palavra terá que produzir a bondade, a beleza. E ele se perguntará: “Que palavra posso dizer que, não sendo um engano (“A senhora em breve estará curada”), cuidará da mulher acordando suas notas musicais?” E ele dirá: “Você me faz essa pergunta porque você está com medo de morrer”.

Aí, então os dois conversaram. Como sugeriu o apóstolo Paulo, à verdade está subordinada a bondade.

Duas éticas. A única pergunta a se fazer é: “Qual delas está mais a serviço da humanidade?”

Não há profissional de quem se deva exigir maior moralidade do que o médico. A edificação da moralidade de cada um é, também, o melhor caminho de fazer surgir o “eu” interior.

Quando fazemos o juramento ao final de nossa formação, significa que aderimos e nos comprometemos com a categoria profissional que escolhemos.

A educação precisa ensinar a gostar das coisas certas e desgostar das coisas erradas. O que dá o direito a alguém de furar a fila ou de atrapalhar o trânsito parando em fila dupla, ou de enganar^[3].

É a regra de ouro – não fazer ao outro o que não gostaria que fizessem a mim; fazer ao outro o que gostaria que fizessem a mim^[3].

O preceptor é o exemplo de como deve ser, de como se deve fazer. Seu exemplo ensinará pela presença, com a percepção de que está comprometido com as pessoas atendidas e com os que estão sendo educados.

Na sociedade formada por pessoas não perfeitas, há sempre a iminência do erro. Isso não desmerece a necessidade da ética. O importante não é o estabelecimento de uma sociedade perfeita, mas de uma sociedade em que os erros sejam reconhecidos e corrigidos e que haja cuidado com os desequilíbrios. A lei sozinha não resolve estas questões. É preciso disposição das pessoas, que vem com o hábito de ser correto, para que a justiça seja construída. É o exemplo,

é a compreensão de que não é possível ser justo comigo e injusto com o outro^[3].

Aprender com o erro

Na busca do aprimoramento podemos nos defrontar com o erro. Ao aprendermos com nossos erros alcançamos a sabedoria. O encontro com a sabedoria é um caminho que deve ser percorrido com paciência, perseverança e humanidade. Quem deseja percorrer um longo caminho tem que aprender que a primeira lição é superar as decepções do início.

A aceitação do profissional no ambiente onde deseja trabalhar depende de sua postura e de seu comprometimento com as pessoas. A inclusão, o respeito por parte dos colegas e da comunidade são conquistas que só chegam por meio do tempo. E, mais do que competência, é necessária muita sensibilidade.

Educar é cultivar amizade. Amizade é a necessidade de respeito, da troca de afetos e de aprendizagem. Perpassaram momentos difíceis e grandiosos que apontaram deficiências assim como reconheceram virtudes que devem ser elogiadas. Educar estimula a sensibilidade, estimula o olhar para além da ciência, estimula olhar a pessoa.

O exemplo da presença tem o poder de transformar aquele que observa. O exemplo confere esperança. A esperança tem como valor agregado a motivação.

O preceptor tem por objetivo ordenar o raciocínio do residente, percebendo as diferenças individuais de cada um e motivando-os a buscar o aprimoramento técnico e humano.

Somos diferentes. Temos vivências próprias incorporadas em casa, no convívio com amigos, no trabalho e adquiridas com o estudo.

Também somos iguais. Na busca do aprimoramento técnico e científico e na escolha da profissão.

Neste contexto, ao estabelecer o relacionamento com o residente convivemos com o caráter pessoal e a formação moral de cada um.

De tudo isso se depreende que o profissionalismo médico aspira competência técnica, mas também aspectos subjetivos relacionados à personalidade e ao caráter, a emoções e sentimentos. Tais atributos não são alcançados unicamente pelo aprendizado formal, embora possam ser por ele aprimorados^[4].

A ética deve refletir a própria unidade complexa que o ser humano é; deve corresponder à realidade humana. Não é difícil admitir que viveremos situações contraditórias quase todos os dias, e que sempre temos de decidir como agir^[3].

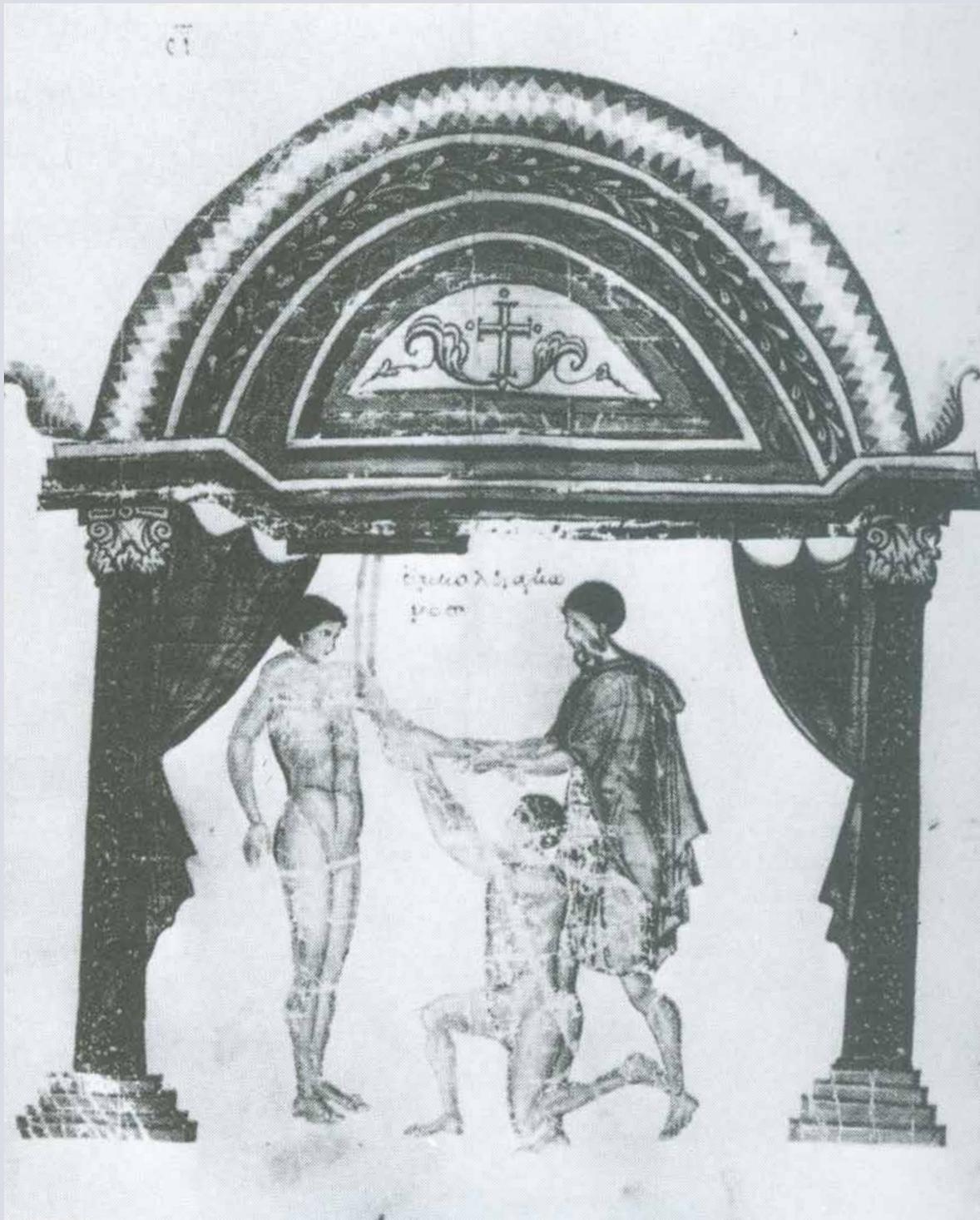
Solidariedade, generosidade e amor

ao próximo são qualidades inerentes às boas pessoas e, por conseguinte, ao bom médico. São virtudes inatas. Somos aquinhoados com maiores ou menores porções delas, mas é certo que estes valores também podem ser aprimorados e aprendidos.

O bem é a finalidade da ética. O respeito é o seu maior representante. É o pilar que justifica nossas condutas. Vamos nos relacionar com pacientes e familiares, com outros profissionais médicos e profissionais com outros saberes. É com as pessoas que iremos aprender. Ao respeitarmos as pessoas devemos preservar sua dignidade e proteger sua fragilidade.

Referências

1. Alves, Rubem. O Médico. 6ª Edição.
2. Comparato, Fábio Konder. Ética Direito, Moral e Religião no Mundo Moderno. 1ª Edição.
3. Chalita, Gabriel. Os dez mandamentos da Ética. 2ª Edição.
4. D’ávila, Roberto Luiz. A ética médica e a bioética como requisitos do ser moral: ensinando habilidades humanitárias em medicina. Revista Bioética 18(2) 2010: 311-327.



Reduzindo descolamentos do cotovelo, como ilustrado em uma cópia bizantina do século XI de um código do século IX. Comentários de Apollonios de Chition em Peri Arthron de Hipócrates. Biblioteca Medicea-Laurenziana, Florença.

“O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.”

Do Código de Ética Médica

11 RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL DO MÉDICO PRECEPTOR

Martim Afonso Palma

No dia a dia da Assessoria Jurídica do CRM-PR, recebemos dezenas de ligações oriundas de médicos que, alarmados com o grande número de demandas questionando condutas dos profissionais da Medicina, indagam aos advogados do Conselho se há alguma maneira, do ponto de vista jurídico, de se proceder alguma “prevenção profissional”. Se há alguma possibilidade de se evitar que a conduta do médico deságue em algum tribunal, seja da esfera ética, cível ou criminal.

Se por alguma infelicidade de percurso, o médico acaba por ver seu nome figurando no polo passivo como réu em alguma demanda, a reclamação é uníssona no sentido do desconforto, da insegurança e do desgosto que é responder um processo, seja qual for a natureza do questionamento da conduta perpetrada pelo profissional, por mais que esse processo conclua pela sua absolvição.

Prefacialmente, deve se deixar claro que se é indesejado responder um processo ético, cível ou criminal, o que não se duvida, é importante ressaltar que, realmente, abominável é não ter a oportunidade de se defender. Que tal imaginarmos a cena: há o óbito de um paciente e a população, sem qualquer posicionamento do médico assistente, promove o julgamento sumário com sua condenação.

É por isso que ressaltamos que, se por um lado há o livre direito de acesso ao Judiciário e basta que o paciente que se ache vítima de um suposto ou verdadeiro erro médico faça uma denúncia que será deflagrada a investigação, não se pode olvidar que, sob o manto da ampla defesa e do contraditório, o profissional terá um instrumento, que é o processo, para ali fazer valer a justiça. Portanto, cabe-lhe provar que sua conduta foi adequada, dentro dos protocolos que a sua sociedade da especialidade preconiza, dentro do que pode ser esperado de um médico. Com efeito, se hoje se reclama do infortúnio

em responder a um processo, deve-se ter em mente que a existência do processo é uma vitória da democracia, dos direitos e garantias constantes na Constituição Federal, e que a falta de sua observação é causa de nulidade de qualquer decisão, seja onde for, aos casos onde não se oportunize o efetivo exercício da defesa, do contraditório e o devido processo legal.

Assim, responder ao processo é ter a oportunidade de esclarecer sua versão dos fatos e provar a sua inocência. Importante ter consciência que, em um processo, seja qual for a natureza e qual o palco de discussão, obtém êxito a tese que é melhor comprovada ou aquele litigante que consegue provar a sua versão dos fatos.

Ora, então, qual seria o caminho para se evitar ação de responsabilização civil e ética pela prática da Medicina? Existe um caminho?

Sim, existe! Conforme foi referido, aquele que faz prova de sua versão dos fatos é quem vê seu direito prevalecer. Consequentemente, a melhor maneira de se precaver é ... : **lavrando um bom prontuário médico dos atendimentos.**

“Isso eu já sei!” É o que eu ouço dos profissionais da Medicina e mesmo no ambiente das escolas médicas.

Entretanto, não é a realidade dos processos ético-profissionais dos Conselhos. **A regra é a inexistência de prontuário!** E quando existe algum prontuário, está incompleto, lacônico, rasurado ou mesmo ilegível. Esta realidade também se dá nos processos da Justiça Comum.

Com efeito, não existe a almejada “blindagem” do exercício profissional. Existe sim a possibilidade de cuidados que irão tranquilizar o profissional no exercício de seu trabalho. Cabe ao médico confeccionar um bom prontuário dos atendimentos, completo, legível e assinado. E mais: nos casos em que há graves situações de quebra de relacionamento médico-paciente, que escapem da urbanidade – como ameaças, paciente que se evade ou que quer ser atendido à força –, os atos devem ser constados no livro de ocorrências do local

de atendimento. Ou mesmo, dependendo da intensidade da falta de urbanidade, que seja lavrado Boletim de Ocorrência em Delegacia de Polícia, para assim o médico fazer boas provas do real desenrolar dos fatos.

O preceptor e o residente – limites éticos

É muito importante deixar claro, desde o início dos trabalhos, tanto do médico residente quanto do preceptor, quais as tarefas de cada um e, principalmente, **os limites de cada atividade**.

Ora, cada médico residente recebe um programa gradativo de atividades, em qualidade e quantidade dessas ações, e a responsabilidade estabelecida pelo programa é de **que deve ser de conhecimento do participante da residência e dos preceptores**.

Pois bem, houve um caso que foi objeto de apreciação disciplinar e ação de reparação de danos, onde o pós-graduando foi guiado à atividade de realizar “triagem” em um hospital de emergência. O quadro apresentado pelo paciente em questão, na avaliação do médico residente, não era uma emergência – ou, quem sabe, ele reduziu a gravidade das manifestações. O paciente foi com alta para domicílio. Com a piora do quadro, o paciente procurou outro serviço e, lá chegando, evoluiu com infarto do miocárdio que quase lhe ceifou a vida, restando com graves sequelas permanentes.

Do ocorrido questiona-se: é adequado que um pós-graduando tenha tanto poder, atuando diretamente na escolha do que é e do que não é uma emergência? Estaria essa rotina atribuindo muita responsabilidade ao residente de início de Residência? De quem seria a responsabilidade? Do médico residente, que é médico formado e inscrito em Conselho, podendo exercer atos da profissão de médico? Do médico preceptor que sequer teve notícia da negativa de atendimento, mas teria cruzado os braços ao permitir que a conduta fosse rotina? Ou do hospital, que ofereceu o Programa de Residência e que instituíra uma rotina atribuindo alto grau de responsabilidade ao médico residente em início de prática profissional? Ora, não seria o residente aquele que atua sob a supervisão do preceptor? Mas e o preceptor, ao alegar que não participou sequer da elaboração do protocolo, teria alguma responsabilidade?

Outro caso concreto que teve desfecho indesejado, aconteceu em Programa de Residência onde o médico preceptor permitiu que seu residente procedesse a retirada da safena da perna da paciente, por entender que o especializando estivesse apto ao ato. O médico residente identificou a artéria como se safena fosse e a retirou. O quadro conduziu à necrose das extremidades, evoluindo para o membro, que teve de ser amputado.

E não é só. Houve casos em que o médico residente, ávido por atuar e sabedor que seu preceptor não tem o hábito de operar à noite ou de madrugada, simula uma emergência exatamente no horário que acredita que ele não se fará presente. Tudo no escopo de obter a autorização para fazer o procedimento. Artifício bem intencionado, mas que o médico preceptor deve estar atento, para que não acabe por autorizar conduta com maior complexidade que seu médico residente possa realizar, pois na eventualidade do desdobramento desfavorável, a palavra do residente será inequívoca: “Meu preceptor foi quem autorizou”.

Para se evitar tais situações indesejáveis, é imperioso que sejam promovidas reuniões com a equipe, preceptores, professores e residentes, **para que seja delimitada a autonomia de atuação do residente**.

Também é recomendada a revisão de avaliação da qualidade e recuperação dos defeitos e imperfeições dos pós-graduandos. Há casos em que o médico preceptor deixa transcorrer o ano, para ao final declarar inapto o médico residente, sem tê-lo esclarecido das suas dificuldades para que lhe fosse permitida a correção de sua deficiência.

A problemática do limite de atuação na atividade do residente foi objeto de questionamento perante o CRM-PR, cujo parecer de nº 1865/2007, é de lavra do conselheiro Zacarias Alves de Souza Filho. A pergunta teve o seguinte teor: “Gostaria de parecer do CRM-PR para esclarecer se o residente de neurocirurgia pode se responsabilizar por cirurgia com gravidade sem que o seu orientador (docente ou plantonista) esteja presente no ambiente hospitalar?”

A resposta do parecerista foi a seguinte: “A residência médica em cirurgia é, por definição, o programa de ensino, sob a forma de curso de especialização em nível de pós-graduação, caracterizado por trei-

namento em serviço de cirurgia, universitário ou não, necessariamente credenciado para tal finalidade pelo Conselho Nacional de Residência Médica (CNRM). O trabalho do residente não deverá ser explorado somente como mão de obra; o compromisso da Instituição é com a sua formação adequada e com o competente atendimento assistencial prestado por todos os integrantes do Programa de Residência Médica. Desta forma, terão benefício os pacientes, por serem atendidos com dedicação, competência e humanismo; os residentes, pelo aprendizado e treinamento supervisionado; e os preceptores, por contribuírem para a formação de especialistas de elevado padrão. É fundamental a obediência ao conceito da necessária supervisão nas atividades do Residente de Cirurgia, que deverá, progressivamente, cumprir as etapas necessárias à sua formação de especialista. Respondendo então ao primeiro questionamento, não é ético e nem legal que o residente de neurocirurgia possa efetuar ou se responsabilizar por cirurgia com gravidade (ou mesmo sem a presumida gravidade), sem que seu orientador, preceptor, esteja presente no ambiente hospitalar.”

Não menos importantes são as orientações da conselheira Ana Maria Silveira Machado de Moraes no Parecer do CRM-PR nº 2268/2010, onde se questionou: “O médico com vínculo em instituição de ensino, contratado para preceptor de alunos de Medicina, num determinado hospital, é também responsável pela assistência? Deve assinar e carimbar a prescrição médica e atendimento se responsabilizando pela assistência prestada?”

A resposta lavrada pela parecerista referencia as Resoluções do Conselho Federal de Educação nº 9, de 24 de maio de 1983, e nº 1, de 4 de maio de 1989, que regulamentam o internato em Medicina, determinando a necessidade de profissional médico capacitado para orientar os alunos.

Expressa ainda o parecer que a Resolução do CFM nº 663/75 considera que não se deve separar a educação médica da assistência médica e determina aos médicos que mantenham permanente supervisão dos procedimentos realizados por estudantes de Medicina, no trato com os doentes. A Resolução do CRM-PR nº 81/1998 determina que os atos profissio-

nais que visem diagnóstico, prognóstico ou tratamento só podem ser praticados por médicos ou sob supervisão direta destes nas hipóteses previstas por lei.

O Código de Ética Médica (Resolução do CFM nº 1931/2009) determina ser vedado ao médico: “[artigo 1º] Causar dano ao paciente por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência; [artigo 3º] deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo que vários médicos tenham assistido o paciente; e [artigo 5º] assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou.”

Frente ao exposto, considerando que o ensino médico está diretamente vinculado à assistência e que o estudante de Medicina não tem qualquer responsabilidade legal na realização do atendimento, conclui-se que o profissional contratado para preceptor, orientador ou supervisor do estudante de Medicina detém a responsabilidade técnica e ética sobre a assistência ao paciente. Disto depreende que a responsabilidade não fica limitada somente a assinar e carimbar a prescrição médica e as solicitações de exames complementares, mas inclui examinar o paciente, conferir as anotações realizadas no prontuário do mesmo, estabelecer as hipóteses diagnósticas e indicar o método de investigação e tratamento. “Ressalta-se que essa responsabilidade não cessa no período de férias estudantis ou na ausência eventual de estudantes de Medicina no ambiente de ensino, devendo haver continuidade na assistência médica nesses períodos”, reforça a conselheira em sua análise.

Os dois pareceristas deixam evidente que, do ponto de vista ético, o médico preceptor deve e tem a obrigação de supervisionar seus residentes adequadamente, respondendo pelos excessos ou faltas que estes vierem a produzir.

Responsabilidade civil

Para que ocorra a responsabilização civil por suposto erro médico, é necessária a prova da culpa do profissional. Mas, antes de adentrar especificamente na questão, é necessário referir que os bons resultados da prática médica não dependem exclusivamente da atuação do

profissional. Quem bem desenha tal situação é o Desembargador Miguel Kfoury Neto, do Tribunal de Justiça do Paraná e autor de várias obras sobre responsabilidade civil dos médicos, quando refere que: “O médico atua sobre um contexto biológico frágil e instável, na maior parte dos casos, busca amenizar situação preexistente e desfavorável. A complexidade do organismo humano e a inevitável influência de fatores que escapam ao controle do profissional fazem dessa incerteza atributo indissociável da prática médica. As reações do doente são as mais variadas e imprevisíveis. Todos os tratamentos, sem exceção, apresentam margem de erro que pode ser diminuída, mas nunca eliminada. Por isso, não se justifica transferir para o profissional todos esses riscos e áleas. Nem o médico pode prometer cura, tampouco o paciente pode esperar, com certeza absoluta, resultado satisfatório. Quando o ato médico não requer nenhuma habilidade especial – e o dano acontece –, o ônus da prova transfere-se da parte lesada para o médico. Se, ao contrário, a cirurgia, por exemplo, é de difícil execução e exige notável habilidade, o paciente deverá provar em que consistiu a culpa do médico.”

Dessa forma, como descreve o eminente magistrado, “a culpa médica, em singelas palavras, é o desvio de um modelo ideal de conduta”. Implica, na visão de Mário Porto, na avaliação dos fatores subjetivos que conduzem o agente à prática do ato lesivo. “[...] O profissional da Medicina deve atuar de acordo com o cuidado, a perícia e os conhecimentos compatíveis com o desempenho que seria razoável esperar-se de um médico prudente, naquelas mesmas circunstâncias”.

Assim, aplicando a interpretação no caso dos médicos residentes e seus preceptores, perante o Poder Judiciário, é de se ver que a capacidade de responder por atos profissionais do médico residente se perfaz da própria leitura do artigo 1º da Lei 6932/81. Especifica que a Residência Médica é pós-graduação destinada a médicos, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional. Ora, se o cursando da Residência Médica deve ser médico, é profissional inscrito no

CRM e, portanto, apto a exercer a Medicina, muito embora esteja se especializando recai-lhe as obrigações oriundas de sua atuação profissional, sendo possível a aferição da sua responsabilidade na eventualidade de se provar sua culpa.

Sobre o tema, socorro-me da lição de José Luiz Barbosa Pimenta Junior, advogado e médico, que em matéria versando sobre a responsabilidade compartilhada entre médicos preceptores e residentes, destaca o seguinte julgado:

“Ementa: Civil e Processual. Embargos Infringentes. Ação de indenização por erro médico. Ato – Cirurgia com extirpação do único rim em funcionamento praticado por médico residente. Responsabilidade dos médicos preceptores por omissão ausentes da sala de cirurgia. Denúnciação da lide. Divergência entre os juízes Componentes de Câmara Cível Especial. Prova da atribuída responsabilidade aos médicos preceptores, denunciados à lide. Devem ter pena de responsabilidade os médicos preceptores ou orientadores dos médicos residentes em acompanhar passo a passo as atividades inerentes por eles desenvolvidas durante o aprendizado. Em caso de cirurgias, presentes se devem fazer para orientar e supervisionar, evitando eventuais erros possam, pelos residentes, ser cometidos. Para tanto, previamente cientificados devem ser os Médicos preceptores ou orientadores, eis que responsabilidade por omissão não se lhes pode pretender atribuir, ciência não lhes pode pretender atribuir, ciência não lhes tenha sido dado do ato cirúrgico que viria a ser praticado. Responsabilidade do hospital e do médico residente que realizou a cirurgia, afastada a denúncia da lide dos médicos preceptores. Voto vencido. Desconfirmidade do hospital e do médico residente. Desprovimento dos recursos. Embargos Infringentes nº 70002326569, Terceiro Grupo de Câmaras Cíveis, TJ do RS, relator: Osvaldo Stefanello, julgado em 23/11/2001.”

O referido autor esclarece que “de fato e com apoio no atual posicionamento de nossos Tribunais, podem ser os médicos residentes e preceptores responsabilizados, na esfera civil, individual ou solidariamente, após a apreciação do caso concreto e levando-se em conta suas respectivas atribuições, garantindo-lhes a ampla defesa e o contraditório, requisitos indispensáveis ao devido processo legal.”

Conclusões finais

Com efeito, do rápido estudo a que esse texto se propõe, é possível fazer as seguintes recomendações.

Para que o Hospital tenha uma boa defesa em eventual questionamento ético ou cível, é esperado que os médicos que irão atuar como preceptores, em especial os que não possuam preparação e qualificação docente, sejam preparados para a situação de orientação que se dará. É imperioso que o plantonista ou o professor tenham ciência inequívoca do Programa de Residência que o serviço oferece, seus degraus de possibilidade de cada procedimento e seu conteúdo. Que o preceptor seja o profissional com vocação em orientar e que não exista por parte do médico residente o receio em chamar o seu orientador, conforme sói acontecer em alguns serviços, onde o preceptor se vê incomodado por atender “um caso tão simples”.

O Hospital deve cumprir e respeitar o programa de residência para não frustrar as expectativas daqueles que se inscreveram e estão trilhando o caminho para a obtenção de suas especialidades.

O Hospital não deve utilizar o residente como mão de obra barata para atender pronto atendimentos e ambulatórios ou usar o médico residente como auxiliar de cirurgia, devendo existir rigor inclusive na distribuição do número de orientandos a cada preceptor (quatro residentes por preceptor por ano ou no total).

Ao preceptor, vale a mesma recomendação, no sentido de que tenha ciência plena do programa de residência e os degraus de exigência. De que será o responsável pelos atos de seu médico residente, na medida em que deverá supervisioná-lo, explicar as condutas e deixar bastante claro os limites de atuação do seu médico residente. Deverá ser médico solícito às dúvidas do seu residente, não banalizando caso “a” ou “b”, pois são nessas situações em que o serviço se acomoda em seus protocolos e que uma situação de gravidade se desenrola. Jamais utilizar o médico residente como auxiliar de cirurgia, ou permitir que inicie um procedimento enquanto não está no serviço, pois não raro acontecem casos de força maior e o preceptor não chega para a cirurgia cujo paciente já está anestesiado, por vezes “aberto” e o elemento principal da cirurgia acaba por não aparecer.

O médico preceptor deve ter certeza que seu pós-graduando receberá o manual do programa de cada residência médica, que deve ser entregue no início da pós-graduação e cujo teor deve ser cobrado do residente.

E, por fim, do médico residente é esperada a prudência em seus atos, sempre seguindo as orientações de seu preceptor. A situação do residente que acredita que já pode atender sozinho o paciente da especialidade é exatamente o palco adequado da imprudência, onde atrás de um comecinho ato profissional se desfralda um caso de suposta má prática médica. Da mesma forma, o prontuário deverá ser rico em informações, sem qualquer receio em fazer constar a descrição de intercorrência. Deve explicá-la e convocar o preceptor para, juntos, discutirem o caso e assim destinarem ao paciente o melhor do conhecimento médico disponível.

O prontuário é um direito do paciente e é fundamental para o bom deslinde dos trabalhos de assistência ao doente, para o acompanhamento pelos colegas e para a eventual defesa do médico em questionamentos futuros.

Com essas recomendações, seja qual for o desfecho de um atendimento, certamente haverá robusta prova de que os cuidados se deram dentro dos padrões éticos e de improvável indenização, frente à inexistência de culpa do profissional. Em resumo, o grande mote é exatamente cumprir as regras que todos já conhecem, regras que acabam engolidas pelo dia a dia dos atendimentos, da grande demanda, da falta de recursos, das pequenas concessões, da consulta de corredor, da fuga do protocolo para ajudar alguém, da cirurgia no sábado porque era coisa simples, do preceptor bonzinho que permite seu médico residente ultrapassar os limites de seus conhecimentos profissional... Enfim, daquele descuido no dia em que a rotina sinalizava que tudo correria bem.

E é na imperícia (não saber fazer o ato profissional que está habilitado a fazer), na imprudência (ultrapassar os limites dos seus conhecimentos profissionais) e na negligência (deixar de utilizar seus conhecimentos profissionais) que se consubstanciam os pilares da culpa médica, situação que deve ser objeto de discussão especialmente pelas escolas de Medicina e de Residências Médicas, berços dos novos profissionais, ambiente indicado para reflexão de seu diagnóstico e o seu tratamento.



Escultura em devoção a Asclépio, provavelmente em gratidão pelo alívio das varizes mostradas na perna. Museu Arqueológico Nacional, Atenas.

“O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.”

Do Código de Ética Médica

12 CERMEPAR COREMES DO PARANÁ

Instituições com Residência Médica no Paraná – Sistema CNRM/MEC

CLÍNICA HEIDELBERG

Rua Padre Agostinho, 687, Bigorritinho
80435-050 – Curitiba – PR
Telefone: (41) 3320-4900 – Fax: (41) 3320-9439
e-mail: heidelberg@onda.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Roberto Ratzke

CLÍNICA MÉDICA NOSSA SENHORA DA SALETE

Rua Carlos de Carvalho, 4191 – Centro
85810-080 – Cascavel – PR
Fone: (45) 3219-4500 – Fax: (45) 3222-1464
E-mail: hsaleteterra.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Eduardo Frederico Borsarini Felipe

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA – FILIAL DO PARANÁ

Avenida Vicente Machado, 1310 – Batel
80420-011 – Curitiba – PR
Fone: (41) 3016-6622/3017-5208 – Fax: (41) 3017-5261
E-mail: coremehcv@cruzvermelhapr.com.br
Coordenador da COREME: Dr. James Skinovsky

HOSPITAL DO CÂNCER DE CASCAVEL – UOPECCAN

Rua Itaquatiaras, 769 – Santo Onofre
85806-300 – Cascavel – PR
Fone: (45) 2101-7000 – Fax: (45) 2101-7005
e-mail: administração@uopecan.org.br
Coordenador da COREME: Felipe Sedrez dos Santos

HOSPITAL JOÃO DE FREITAS

Endereço: Rodovia PR 218 Km 01 – Jd. Universitário
86702-670 – Arapongas – PR
Fone: (43) 3275 0200 – Fax: (43) 3275 0212
E-mail: hospjff@uol.com.br
Coordenador da Coreme: Dr. Roberto Frederico Koch

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE BOM SAMARITANO

HOSPITAL SANTA RITA
Praça Sete de Setembro, 285
87015-290 – Maringá – PR
Telefones: (44) 3029-7797/3220-6000 – Fax: (44) 3220-6209
E-mail: residencia@hsr.org.br / ceabs@hsr.org.br
Coordenador da COREME: Dr. Alvo Orlando Vizzotto Júnior

HOSPITAL CARDIOLÓGICO COSTANTINI

Rua Pedro Collere, 992, Vila Isabel
80320-320 – Curitiba – PR
Telefone: (41) 3013-9267 – Fax: (41) 3244-7093
E-mail: fundacao@fundacaocostantini.org.br
www.fundacaocostantini.org.br
Coordenador da COREME: Dr. José Rocha Faria Neto

HOSPITAL DE OLHOS DE LONDRINA

Rua Senador Souza Naves, 648-A – Centro
86010-170 – Londrina – PR
Telefone: (43) 3356-6000 – Fax: (43) 3322-0433
E-mail: hofalon@hofalon.com.br
Coordenador da COREME: Dr^a Érika Hoyama

HOSPITAL BOM JESUS

Rua D. Pedro II, 181, Nova Rússia
84053-000 – Ponta Grossa – PR
Telefone e Fax: (42) 3220-5000
e-mail: zanetticons@uol.com.br / www.corpoclinicohbj.med.br
Coordenador da COREME: Dr. Carlos Henrique Ferreira Camargo

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPR

Rua General Carneiro, 181, Centro
80900-900 – Curitiba – PR
Telefone: (41) 3360-1839 – Fax: (41) 3362-2841
E-mail: gcl@ufpr.br
Coordenador da COREME: Dr. Angelo Luiz Tesser

HOSPITAL DE FRATURAS NOVO MUNDO

Av. República Argentina, 4650, Novo Mundo
81050-001 Curitiba – PR
Telefone: (41) 3018-8115 – Fax: (41) 3018-8074
Email: direcao@hospitalnovomundo.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Nelson Ravaglia de Oliveira

HOSPITAL DO TRABALHADOR – FUNPAR

Av. República Argentina, 4406, Novo Mundo
81050-000 – Curitiba – PR
Telefone: (41) 3212-5710 – Fax: (41) 3212-5709
Email: hosptrab@sesa.pr.gov.br
Coordenador da COREME: Dr. Ivan Augusto Collaço

HOSPITAL E MATERNIDADE ANGELINA CARON

Rodovia do Caqui, 1150, Araçatuba
83430-000 – Campina Grande do Sul – PR
Fone: (41) 3679-8288 – Fax: (41) 3679-8288
E-mail: repka@hospitalcaron.com.br / www.angelinacaron.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Pedro Ernesto Caron

HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA BRÍGIDA

Rua Guilherme Pugsley, 1705, Água Verde
80620-000 – Curitiba – PR
Telefone: (41) 3017-2100/3017-2187 – Fax: (41) 3017-2160
Email: corehmsb@yahoo.com.br, residencia@hmsantabrigida.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Claudio Wiens

HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA

Av. Bandeirantes, 618, Jardim Ipiranga
86015-900 – Londrina – PR
Telefone: (43) 3378-1326 – Fax: (43) 3324-7772
Email: diretoriamedica@aebel.org.br
Coordenador da COREME: Dr. Paulo Adilson Herrera

HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE

Rua Des. Motta, 1070, Rebouças
80250-060 – Curitiba – PR
Telefones: (41) 3310-1202/1203 – Fax: (41) 3225-2291
Email: ensino@hpp.org.br
Coordenador da COREME: Dr. Antonio Ernesto da Silveira

HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

Rua Alcides Munhoz, 433, Mercês
80810-040 – Curitiba – PR
Telefone/Fax: (41) 3240-6639
Email: centrodeestudos@hns.org.br
Coordenador da COREME: Dr. Paulo Cesar Andriquetto

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NOSSA SENHORA DA LUZ

Rua Rockfeler, 1450 – Rebouças
80030-130 – Curitiba – PR
Telefone: (41) 3320-3558
Email: academica.santacasa@pucpr.br
Coordenador da COREME: Dr. Luiz Carlos Sava

HOSPITAL SÃO LUCAS

Av. João Gualberto, 1946
80030-001 – Curitiba – PR
Telefone: (41) 3013-5910 – Fax: (41) 3013-6610
e-mail: nicepparana@terra.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Jorge Rufino Ribas Timi

HOSPITAL SÃO VICENTE – FUNEF

Av. Vicente Machado, 401, Centro
80420-010 Curitiba – PR
Telefone: (41) 3111-3175/3111-3009 – Fax: (41) 3111-3019
E-mail: médicos@funef.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Geraldo Alberto Sebben

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CAJURU

Avenida São José, 300, Cristo Rei
80350-350 – Curitiba – PR
Telefone: (41) 3271-3009 – Fax: (41) 3262-1012
E-mail: academica.huc@pucpr.br
Coordenador da COREME: Dr. Adriano Keijiro Maeda

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ

Av. Tancredo Neves, 3224, Santo Onofre
85804-260 – Cascavel – PR
Telefone: (45) 3326-3752 – Fax: (45) 3326-3752
Email: residenciaunioeste@yahoo.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Marcelo Pontua Cardoso

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA

Rua Des. Otávio do Amaral, 337, Bigorrião
80730-400 – Curitiba – PR
Telefone: (41) 3240-5486 – Fax: (41) 3335-7172
E-mail: coremehuec@hotmail.com
Coordenador da COREME: Dr. Flamarion dos Santos Batista

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PR

Avenida Robert Koch, 60
86038-350 – Londrina – PR
Telefone/Fax: (43) 3371-2278
E-mail: residhu@uel.br
Coordenador da COREME: Dr^a Denise Akemi Mashima

HOSPITAL ERASTO GAERTNER

Rua Dr. Ovan de Amaral, 201, Jardim das Américas
81060-060 – Curitiba – PR
Telefone: (41) 3361-5123 – Fax: (41) 3361-5166
E-mail: cepep@lpcc.org.br; ensino@lpcc.org.br
Coordenador da COREME: Dr^a Paola Andrea Galbiatti Pedruzzi

INSTITUTO DO CÂNCER DE LONDRINA

Rua Lucilla Ballalai, 212, Jardim Petrópolis
86015-520 – Londrina – PR
Telefone: (43) 3379-2613 – Fax: (43) 3379-2696
E-mail: diretoriaclinicaicl@yahoo.com.br
www.icl-cancer.org.br
Coordenador da COREME: Dr. Cássio José de Abreu

INSTITUTO DE NEUROLOGIA DE CURITIBA (IINC)

Rua Jeremias Maciel Perretto, 300 Campo Comprido
81210-310 – Curitiba – PR
Telefone/Fax: (41) 3028-8580
e-mail: inc@inc-neuro.com.br
www.inc-neuro.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Ricardo Ramina

MATERNIDADE E CIRURGIA NOSSA SENHORA DO ROCIO

Rua Rocha Pombo, 1080
83601-350 – Campo Largo – PR
Fone: (41) 2103-2515/2103-2521 – Fax (41) 2103-2503
E-mail: sandraff@hospitalnsdorocio.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Samir Ale Bark

HOSPITAL SANTA CASA DE CURITIBA

Praça Rui Barbosa, 694, Centro
80010-030 – Curitiba – PR
Telefone: (41) 3320-3558 – Fax: (41) 3222-1071
E-mail: academica.santacasa@pucpr.br
Coordenador da COREME: Dr. Luiz Carlos Sava

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARINGÁ

Rua Santos Dumont, 555, Zona 03
87050-100 Maringá – PR
Telefone: (44) 3027-5800 – Fax (44) 3027-5799
E-mail: coreme@santacasamaringa.com.br
Coordenador da COREME: Dr. Cesar Orlando Peralta Bandeira

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PONTA GROSSA

Av. Dr. Francisco Burzio, 774, Centro
84010-200 – Ponta Grossa – PR
Telefone: (42) 3026-8018 – Fax: (42) 3026-8002
E-mail: coreme@scmpg.org.br
Coordenador da COREME: Dr. Rafael P. Rocha

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS

Rua Mendes Leitão, 2806, Centro
83005-150 – São José dos Pinhais – PR
Telefone (41) 3381-5850
E-mail: adolpho@lucem.org
Coordenador da COREME: Dr. Adolpho Oscar G. Barreiro

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ / DPTO. DE MEDICINA

Av. Mandacarú, 1590, Jardim Canadá
87080-000 Maringá – PR
Telefones: (44) 3011-9119 – Fax (44) 3011-9423
e-mail: sec-dmd@uem.br / ereis2@uem.br
Coordenador da COREME: Dr. Hilton José Pereira Cardim

(*) Dados atualizados até o primeiro semestre de 2011. As instituições devem promover a atualização cadastral enviando e-mail para cermepar@crmp.org.br

DELEGACIAS REGIONAIS DO CRM-PR

•Delegacia Regional de Apucarana

Rua Dr. Oswaldo Cruz, 510 – sala 502 / Edifício
Palácio do Comércio – Centro / CEP 86800-720 /
Apucarana – PR/ Fone: (43) 3424-1417
e-mail: apucarana@crmpr.org.br
Diretor Regional: Dr. Helio Shindy Kissina

•Delegacia Regional de Campo Mourão

Rua Harrison José Borges, 1154 – sala 303 / Ed.
Likes – Centro / CEP 87303-130 / Campo Mourão –
PR / Fone/fax: (44) 3525-1048
e-mail: campomourao@crmpr.org.br
Diretor Regional: Dr. Fernando Duglosz

•Delegacia Regional de Cascavel

Rua Jequetibá, 559 – Recanto Tropical esq. Rua
Guaíra / CEP 85807-250 / Cascavel – PR / Fone/fax:
(45) 3327-1894
e-mail: cascavel@crmpr.org.br
Diretor Regional: Dr. André Pinto Montenegro

•Delegacia Regional de Francisco Beltrão

Rua Vereador Romeu Lauro Werlang, 717, sala 06,
1.º andar – Centro / CEP 85601-020 / Francisco
Beltrão – PR ? Fone/Fax (46) 3523-0864
e-mail: franciscobeltrao@crmpr.org.br
Diretor Regional: Dr. José Bortolas Neto

•Delegacia Regional de Foz do Iguaçu

Rua Almirante Barroso, 1293 – sala 604 / Cond.
Centro Empr. Pedro Basso / 85851-010 – Foz do
Iguaçu – PR / Fone/fax: (45) 3572-4770
e-mail: fozdoiguacu@crmpr.org.br
Diretor Regional: Dr. Rodrigo Lucas de Castilho
Vieira

•Delegacia Regional de Guarapuava

Rua Marechal Floriano Peixoto, 1811 – sala 82,
Centro / CEP 85010-250 / Guarapuava – PR / Fone/
fax: (42) 3623-7699
e-mail: guarapuava@crmpr.org.br
Diretor Regional: Dr. Ângelo Henrique França

•Delegacia Regional de Londrina

Av. Higienópolis, 32 sala 1403 / Cond. Empr. Newton
Câmara/ CEP 86020-040 – Londrina – PR / Fone: (43)
3321-4961 / Fax: 3339-5347
e-mail: londrina@crmpr.org.br ou ldcrmpr@
sercomtel.com.br
Diretor Regional: Dr. João Henrique Steffen Júnior

•Delegacia Regional de Maringá

Ruas das Azaleias, 209 / CEP 87060-040 – Maringá –
PR / Fone/fax: (44) 3224-4329/3262-8462
e-mail: maringa@crmpr.org.br
Diretor Regional: Dr. Natal Domingos Gianotto

•Delegacia Regional de Paranavaí

Av. Rio Grande do Norte, 930, sobrelaja 104 / CEP
87701-020 / Paranavaí – PR / Fone/Fax: (44) 3423-
3513
e-mail: paranavai@crmpr.org.br
Diretora Regional: Dra. Hortência Pereira Vicente
Neves

•Delegacia Regional de Pato Branco

R. Ibiporã, 333, sl. 401 – Centro / CEP 85501-280 /
Pato Branco – PR / Fone/fax: (46) 3225-4352
e-mail: patobranco@crmpr.org.br
Diretora Regional: Dr. Gilmar Juliani Biscaia

•Delegacia Regional de Ponta Grossa

Rua XV de Novembro, 512 sala 73 – Centro / CEP
84010-020 – Ponta Grossa –PR / Fone/fax: (42) 3224-
5292
e-mail: pontagrossa@crmpr.org.br
Diretor Regional: Dr. Meirerson Reque

**•Delegacia Regional de Santo Antônio da
Platina**

Rua Rui Barbosa, 567 – salas 201 e 203 / CEP 86430-
000 / Santo Antônio da Platina – PR / Fone/fax: (43)
3534-5455
e-mail: santoantonio@crmpr.org.br
Diretor Regional: Dr. José Mário Lemes

•Delegacia Regional de Toledo

Rua Guarani, 1393 – sala 102 – Centro / CEP 85900-
190 / Toledo – PR / Fone/fax: (45) 3252-3174
e-mail: toledo@crmpr.org.br
Diretor Regional: Dr. Roberto Simeão Roncato

•Delegacia Regional de Umuarama

Praça da Bíblia, 3336 – sala 302 / Edifício Cemed –
Zona 01 / CEP 87501-670 / Umuarama – PR / Fone/
fax: (44) 3622-1160
e-mail: umuarama@crmpr.org.br
Diretor Regional: Dr. Jansen Rodrigues Ferreira

**•Delegacia Regional de Fronteira de Porto
União/União da Vitória**

Rua Prudente de Moraes, 300 / CEP 89400-000 / Porto
União – SC / Fone: (42) 3523-1844 / Fax: 3522-0936
Delegado Regional do Cremesc: Dr. Ayrton Rodrigues
Martins

**• Delegacia Regional de Fronteira de
Mafra/ Rio Negro**

Rua Nicolau Bley Neto, 100 – CEP 83880-000 / Rio
Negro – PR / Fone/Fax: (47) 3643-6140
e-mail: rionegro@crmpr.org.br
Diretor Regional: Dr. Richard Andrei Marquardt



CRM-PR
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Visla Alegre
Curitiba – Paraná – CEP 80810-340
Telefone [41] 3240-4000 – Fax [41] 3240-4001
www.crmpr.org.br
crmpr@crmpr.org.br