

A FORMAÇÃO CONTINUADA E AS CONTRIBUIÇÕES DA RESIDÊNCIA MÉDICA¹ (Continuous formation and contributions from medical residence)

Jesuína L. A. Pacca [jepacca@if.usp.br]

Instituto de Física – USP – São Paulo, Brasil

Cristina Leika Horii [cristina.horii@usp.br]

Pós Graduação Interunidades em Ensino de Ciências – USP – São Paulo, Brasil

Resumo

O objetivo desta pesquisa é estudar um programa de Residência Médica, já consolidado e bem avaliado acadêmica e socialmente, para compreender o processo de formação dos médicos e conhecer as representações dos envolvidos no programa. Consideramos que o conhecimento produzido com a análise dos discursos de residentes e formadores pode contribuir para propostas de programas para Formação Continuada de professores. Os programas de Formação Continuada não têm conseguido produzir uma melhoria significativa no ensino e parece que os professores que participam de tais cursos dificilmente transferem para a sala de aula o conteúdo que lhes foi apresentado. Tomamos como referência os trabalhos de pedagogos engajados com a questão do desenvolvimento profissional dos professores de ciências e suas teorias sobre o perfil de professores competentes e capazes de exercer com autonomia sua função de educadores. Assim, buscamos identificar as concepções dos sujeitos que participam da Residência Médica com os pressupostos teóricos daqueles autores. A configuração do quadro de concepções que representam o perfil dos residentes, preceptor e assistente – atores da Residência Médica estudada – está desenhada para possibilitar possíveis correlações com o que existe no caso da Formação Continuada de professores futuramente.

Palavras-chave: formação continuada; desenvolvimento profissional docente; residência pedagógica; residência médica

Abstract

The aim of this research is the analysis of a Medical Residence program that is already consolidated and well evaluated both academically and socially, in order to understand the doctors formation process and to find out what is the part played by the program participants. We assumed that knowledge resulting from the analysis of doctors and supervisors speeches could bring a useful contribution to teachers Continuous Formation programs. These Continuous Formation programs have not been able to introduce a significant improvement in teaching and it seems that teachers who participate in these programs could hardly ever transfer to classrooms some of the content that had been presented to them. We have taken as a reference the work of pedagogues who have been involved with science teachers professional development and their theories about the profile of competent teachers who may be able to exercise autonomously the function of educators. We then tried to identify Medical Residence participants conceptions that might correspond to those authors theoretical assumptions. The conceptual configuration framework that represents profiles of residents, preceptor and supervisor – the actors of the Medical Residence that has been studied – has been designed in order to enable future correlations with the case of teachers continuous formation.

Keywords: continuous formation; teacher professional development; pedagogical residence; medical residence.

¹ Trabalho apresentado no IV Encontro Ibero-americano de Pesquisa em Ensino de Ciências, Porto Alegre, Brasil, 3 a 7 de dezembro de 2012. Selecionado para publicação na IENCI pelo Comitê Editorial da revista.

Introdução

A formação inicial dos professores de física não tem dado conta do ensino de qualidade com o enfrentamento dos múltiplos problemas que estão na realidade da sala de aula; via de regra essa falta é revelada. Assim, a Formação Continuada (FC) parece ser obrigatória e não é por acaso que essa formação tenha se propagado mesmo sem ser muito estudada. Os resultados dessa empreitada não têm trazido mudanças significativas o que nos coloca outro problema. Que espaço é esse e como ele pode suprir as deficiências da Formação Inicial (FI), tanto quanto aos conteúdos específicos da física como às atitudes dos formados, diante do enfrentamento dos problemas reais e diários da sala de aula? Como dar continuidade ao desenvolvimento profissional do educador, atualizando-o e capacitando-o para conviver com um mundo em desenvolvimento constante? Os pesquisadores do ensino das ciências são unânimes quanto ao fato de que os resultados das pesquisas e as novas propostas de ensino não chegam às salas de aula; e agora a FC também não está alcançando tais objetivos.

Se a Formação Inicial não é suficiente para formar profissionais capazes de atuar satisfatoriamente numa sala de aula, a Formação Contínua do professor também parece não oferecer condições favoráveis e adequadas para que o professor se desenvolva como profissional com autonomia e competência desejada, se não for associada ao trabalho na sala de aula. O que falta para que bons profissionais, já em exercício da sua profissão, sejam aperfeiçoados e desenvolvam-se profissionalmente?

Um curso que ofereça um conjunto de regras para que o professor simplesmente execute, não pode formá-lo com qualidade para desempenhar sua função de educador capaz de tomar decisões frente à complexidade e o imprevisto de uma sala de aula. A FC do professor não pode oferecer condições favoráveis e adequadas para que ele se desenvolva como profissional com essa qualidade se não for associada ao trabalho na sala de aula, analisado e repensado criticamente. O que falta para que os bons profissionais sejam formados tem sido motivo de algumas pesquisas (Scarinci,2010).

Apontando para uma formação que possa enfrentar esses problemas, aparece a ideia de uma formação que reproduza, de alguma forma, o que ocorre com os médicos na Residência Médica. Dentro dessa ideia a educadora Guiomar Namó de Mello (Brasil, 2011) sugere que a formação seja feita em tempo integral, em centros de ensino especiais e regime de dedicação intensiva – a Residência Pedagógica. Nesse contexto seria possível acrescentar algo novo na sua competência, que a Formação Inicial não pode alcançar.

Vejam os que ocorrem com o médico após sua graduação. O que representa a Residência Médica (RM) na sua profissionalização? A Formação Continuada do professor teria o que aprender desse processo? A RM surgiu com a intenção de desenvolver no graduado, já em condições legais de exercer a medicina, atitudes e conhecimentos que se formam na prática e na vivência dos problemas reais. Uma analogia possível no caso pedagógico poderia ser uma Residência Pedagógica (RP), capaz de transformar o Licenciado em Física em Professor de Física com essa qualidade profissional que desejamos.

A regulamentação da RM está em um decreto de 1977 (Brasil, 1977) e desde sua forma inicial busca assegurar o aprendizado em instituições de qualidade, com preceptores qualificados, por meio do “treinamento em serviço” (Art.1).

A correspondência na educação seria a FC e o que nos interessa são os modelos praticados e as expectativas quanto ao perfil do profissional a ser desenvolvido nas suas capacidades. Schön (2000) trata do perfil de um professor considerado competente e talentoso, introduzindo o conceito de **professor reflexivo da sua prática**, mas deixa claro que formar essas competências é ainda um caminho desconhecido, nebuloso e bastante movediço. No entanto, ele parece revelar esse sentimento ao mesmo tempo que aponta algum caminho; um profissional talentoso seria aquele que reflete constantemente (sozinho, com seus pares e com a comunidade) sobre sua prática, sobre as teorias que desenvolve, estando aberto para as novas perspectivas, mesmo que sejam totalmente opostas às suas crenças; aquele que é responsável por suas ações, pensando sobre as implicações diretas e indiretas, previstas e imprevistas, e sabe que nem tudo está a seu alcance, porque a realidade se compõe de fatores que estão além. Com essa idéia ele o compara a outros profissionais.

O talento artístico para pintores, escultores, músicos, dançarinos e *designers* possui uma semelhança muito grande com o de advogados, médicos, administradores e professores extraordinários. Não é por acaso que os professores frequentemente referem-se a “arte” do ensino ou da administração e usam o termo *artista* para referir-se a profissionais especialmente aptos a lidar com situações de incerteza, singularidade e conflito. (p.25)

Para o autor, a formação dos profissionais professores não pode se sustentar sobre a **racionalidade técnica** se quer produzir, construir, o **talento** desejável no seu perfil. Mas, como formar esse profissional? Esse conceito talento precisaria ser incorporado, como um novo ethos, um novo paradigma e ser passível de medida.

Com o intuito de conhecer, identificar algum fator que pudesse influir na construção desse talento, fizemos uma imersão num programa de Residência Médica já bastante reconhecido, estruturado e tradicional na área médica – Residência Médica em Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Nessa área entrevistamos residentes, preceptor e o professor assistente. Trabalhamos com entrevistas semi-estruturadas para obtenção dos dados que nos levariam a identificar tais fatores na formação que ocorre nesse contexto da medicina. Além disso fomos buscar os documentos que tratam ou regulamentam esses programas de RM; para este trabalho que descrevemos aqui, analisaremos os dados da entrevista, buscando compreender parte desse processo que leva à formação do que poderíamos considerar os profissionais (médicos) talentosos de que fala Schön. A análise se apoiará também em Zeichner (1993) que nos oferece elementos analíticos com alguma objetividade para categorizar os discursos dos sujeitos entrevistados e eventualmente traçar um modelo do perfil desses profissionais em desenvolvimento.

O problema e o objetivo da pesquisa

Atualmente os cursos de FC mostram em geral uma tendência a trabalhar sobre a racionalidade técnica que se apresenta nos conteúdos objetivos a serem transferidos para os professores; assim são expostos materiais e recursos pedagógicos préorganizados e, tal como num treinamento, o professor é convocado para a utilização em sala de aula; raramente referem-se ao sujeito real que é o aluno presente nessa transposição e nem à qualidade da interação pedagógica que pode levar à aprendizagem. Talvez por isso mesmo esses recursos disponibilizados raramente são transpostos para a realidade das aulas e o professor pouco modifica sua atitude.

Nesta pesquisa estudamos o processo de formação dos médicos após sua graduação, na Residência Médica, buscando encontrar subsídios para caracterizar o que seria transferível e desejável numa FC para professores de física do ensino médio, entendendo esta formação como o que seria uma Residência Pedagógica, a exemplo do que ocorre com os médicos.

Os projetos de FC e os que propõem a melhoria da qualidade do ensino nas escolas, na sua maioria, raramente envolvem professores na sua proposição e elaboração. Nesse processo o isolamento dos professores é inevitável e parece atingir todos os níveis, dentro da escola e fora dela.

Se o ethos da profissão se aprende vivendo a profissão, quando a gente deixa de ser aluno para ser professor, da mesma forma que o médico especialista e talentoso? O diploma pode ser o reconhecimento legal, burocrático da profissão, mas o ser profissional se faz na prática – uma prática plena de conteúdo e significação exercida sobre uma realidade que tem problemas complexos a enfrentar, para os quais a racionalidade técnica não basta. Esta não deve ser uma prática qualquer, vazia, sem sentido ou significado para o sujeito agente. Não pode ser uma prática docente que se engessa em apostilas e que se acomoda com regulamentos.

Este trabalho propõe estudar o programa de Residência Médica em Neurologia, da Faculdade de Medicina da USP, dentro do Hospital das Clínicas - a partir das representações dos residentes, do preceptor e do assistente. Busca caracterizar o processo pedagógico desenvolvido na interação entre os vários atores para, numa fase posterior da nossa pesquisa, relacionar o desenvolvimento da competência profissional da área médica com o que ocorre num programa de Formação Continuada de professores de física, já estudado anteriormente em outra pesquisa (Scarinci & Pacca, 2009).

A RESIDÊNCIA MÉDICA é o contexto onde o médico graduado torna-se especialista em determinada área, trabalhando juntamente com outros residentes e com superiores mais experientes; nesse processo é fundamental a vivência na realidade do centro de atendimento hospitalar, interagindo com pacientes, consideráveis para um tratamento, e a responsabilidade por seus pacientes devidamente assumida. Bacheschi (1998; p.369) diz que esse é o momento de *“Aprender a agir como médicos”*.

A residência médica, nos moldes como conhecemos hoje, surgiu em 1889, em Baltimore nos Estados Unidos, na Universidade John’s Hopkins, com William Healstead. Percebendo que os pacientes tratados por médicos recém formados tinham uma maior probabilidade de óbito, nomeou quatro ex-internos (ou seja, recém formados) para trabalharem em regime de treinamento nessa área, enquanto moravam no próprio hospital. Nesses quatro-seis anos os alunos começavam com pequenas responsabilidades, que iam aumentando ao longo do processo, tais como cuidados pré e pós operatório, para depois passar para as cirurgias. No ano seguinte, na própria universidade passou a usar esse sistema no departamento de Clínica Médica.

Esse meio de especialização em serviço, com a supervisão de um profissional experiente, atualmente a Residência Médica, foi reconhecido por sua importância pela Associação Médica Americana em 1927 e na década seguinte era tida como sendo obrigatória, no Estados Unidos.

No Brasil, surgiu por volta de 1944/45 no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, com a especialidade de ortopedia, mas até 1955 eram poucos os recém formados que passavam por esse processo. Depois desse ano houve um aumento progressivo dessa modalidade de formação com alguma perda da intenção original; em 1977, o curso foi regulamentado (Bacheschi, 1998; Martins, 2005).

Assim, ao término do curso, o aluno terá adquirido todos os conceitos essenciais das três áreas básicas (Clínica Médica, Cirurgia e Pediatria). Entretanto, devido aos avanços contínuos das pesquisas no campo das Neurociências e devido à complexidade desta área, para uma efetiva aptidão é necessária uma especialização, que é feita inicialmente de forma ampla, através da Residência Médica, que habilita o médico a atuar plenamente como neurologista na área assistencial, e posteriormente de forma estrita, através da Pós-Graduação que culmina em doutorado, para os médicos que, tendo completado a

residência, demonstrarem aptidão para a vida acadêmica nas Universidades e/ou para a pesquisa.

[...]

Trata-se portanto de um longo tempo de preparo para exercer um campo da medicina realmente específico, ou seja uma especialidade terminal, que de forma alguma pode ser englobada pelas áreas gerais de assistência médica que são a Clínica Médica, a Cirurgia e a Pediatria, ou seja, o médico clínico geral ou o pediatra não podem atender pacientes neurológicos e o cirurgião geral não pode praticar uma neurocirurgia.

Umbertina Reed (2011)

A FORMAÇÃO CONTINUADA DE PROFESSORES realiza-se através de programas e cursos sob vários formatos, mas seguem fundamentalmente o pressuposto como entendido por Contreras (2000):

O modelo mais tradicional da FC é apoiado na racionalidade técnica, em que o professor é o técnico, que diante do problema, escolhe dentre o repertório de teorias e técnicas que foram desenvolvidos pelos pesquisadores; a ideia básica do modelo de racionalidade técnica é que a prática profissional consiste na solução instrumental de problemas mediante a aplicação de um conhecimento técnico, previamente disponível, que procede da pesquisa científica. (p.90)

Nesse modelo, os objetivos já estão determinados e o conhecimento mais valorizado acaba sendo o da melhor estratégia; desse modo, o ensino e o currículo são meios para alcançar esses objetivos. As críticas que se fazem a esse modelo tocam na irredutibilidade dos objetivos, desprezando o contexto em que o ensino se dá; a possibilidade do professor escolher entre as atividades disponibilizadas não chegam a constituir uma autonomia de fato porque os professores não foram preparados para a crítica dessas atividades.

Como resposta a essa idéia, um movimento importante foi o que originou o conceito de profissional reflexivo, especialmente com Schön que propôs valorizar as ações inteligentes dos bons profissionais.

[...] Schön propõe uma formação profissional baseada numa *epistemologia da prática*, ou seja, na valorização da prática profissional como momento de construção do conhecimento, através da reflexão, análise e problematização desta prática, e o reconhecimento do conhecimento tácito, presente nas soluções que os profissionais encontram [e manifestam] em ação. Pimenta (2002, p.19)

Metodologia

Apontando para nosso objetivo, realizamos entrevistas com os sujeitos protagonistas do programa: seis residentes, um preceptor e o assistente; a duração foi de cerca de 30 minutos, respeitada a disponibilidade dos sujeitos, visto que a entrevista ocorreu no espaço e no horário de trabalho, em uma sala isolada. Foi gravada em áudio com o consentimento dos médicos. Somado a isso, as notas de campo, nos auxiliaram a interpretar as falas, e a caracterizar alguns elementos de cada sujeito. O Quadro 1 mostra o perfil dos entrevistados.

A residência médica em neurologia no HC estende-se por três anos, onde o primeiro ano trata de conteúdo básico em clínica médica e os seguintes tratam da especialidade.

Colhidas as informações com o primeiro grupo de sujeitos passou-se às transcrições. O processo de análise teve apoio em leituras prévias da literatura existente, incluindo artigos de pesquisa sobre a formação de professores, mas sem partir necessariamente de categorias a priori, fomos buscar nos dados brutos a sugestão para um quadro de análise que posteriormente foi sendo revisto para incluir a maior quantidade dos dados e adequar-se às características do objeto de pesquisa. Com as análises das transcrições procuramos construir e articular um conjunto de características com as propriedades que nos interessavam; a intenção era a de convergir para um modelo de desenvolvimento profissional da residência médica a partir do que os próprios atores nos relataram.

Quadro 1 – Caracterização dos sujeitos (médicos) da pesquisa

Sujeitos	Função	Data da entrevista	Graduação		Residência Médica
			Faculdade	Ano de conclusão	
M1	Residente - 3ºano	22/09/2010	FMUSP	2007	Início: 2008
M2	Residente - 2ºano	22/09/2010	FMUSP	2007	Início: 2009
M3	Residente - 2ºano	22/09/2010	FMUSP		Início: 2009
M4	Residente - 2ºano	28/09/2010	FMUSP	2004	Início: 2009
M5	Residente - 2ºano	22/09/2010	FMUSP	2008	Início: 2009
M6	Residente - 2ºano	06/10/2010	FAMED - UFC	2007	Início: 2009
P1	Preceptor	06/10/2010	FMUSP	2006	Conclusão: 2009
A1	Assistente	15/07/2011	FMUSP	1975	Conclusão: início de 1978

A entrevista semi estruturada foi escolhida como instrumento mais adequado para captar a representação dos sujeitos sobre a residência médica de que são participantes. As questões não são apresentadas aos entrevistados mas sinalizam, para o pesquisador, os pontos a serem revelados nesse discurso; muitas vezes o entrevistado já oferece o que interessa na sequência da sua fala; foi o que ocorreu no nosso caso. Nessa modalidade de instrumento para obter os dados, não há a imposição de uma coleção fechada de questões e o que as dirige é a intenção do pesquisador e a atenção ao discurso do sujeito da pesquisa (Lüdke & André, 1986). Com um roteiro previamente planejado, o entrevistador apresentou o tema e o propósito de conhecer melhor a atuação dentro da RM, garantindo também o acesso dos entrevistados aos dados e aos resultados da pesquisa. O conhecimento da RM como processo de formação dos médicos é nosso objetivo e, com esse procedimento de pesquisa, propomos elaborar, com base nas informações dos entrevistados, a representação da instituição, que permeia as atividades desenvolvidas e resulta num perfil de profissional competente.

Roteiro básico para orientar a entrevista.

- A residência médica é importante? Por quê?
- (Para o assistente e o preceptor) O que faz para atingir a sua expectativa de aprendizagem na RM?
- Sendo a RM uma especialização, que relação se estabelece com o paciente como um todo?
- Qual a relação entre os sujeitos que participam da RM? (residentes, preceptor...)
- Quando o residente procura o preceptor ou o assistente?

Os entrevistados, em geral, desenvolviam um discurso livre tratando da sua atuação na RM e da sua concepção sobre a profissão médica, fossem eles residentes ou formadores. Assim o roteiro não precisou ser mais detalhado ou provocativo. Havia bastante espontaneidade de todos. Entrevistando tanto residentes como preceptor e assistente pudemos ouvir tanto quem procura a residência médica para uma formação específica, como quem a oferece - assistente, preceptor. As fontes oficiais foram também significativas para criar as categorias de análise como aparece na análise que segue.

A análise dos dados

Dentro da primeira parte da análise separamos os dados referentes aos residentes daqueles dos formadores; as visões de cada grupo sobre a RM foi se configurando separadamente para serem no final articuladas com referência à natureza do objeto de estudo. Nesse processo, uma leitura cuidadosa das entrevistas acrescida das informações registradas em campo foi essencial; a repetição de alguns padrões foram se revelando, apontando para uma perspectiva de constituírem representações coerentes dos entrevistados sobre sua atuação dentro da RM – expectativas, procedimentos, função, conhecimento específico, dedicação, confiança, benefícios, custos, ...

O paralelo que pretendemos traçar, numa pesquisa futura, integrando dados sobre nosso conhecimento da formação continuada de professores deverá levar a alguma relação entre o conjunto dos residentes e os professores, bem como entre os supervisores na RM com os formadores na FC.

O Quadro 02 apresenta uma visão geral e sintética do modelo acerca da caracterização do processo de desenvolvimento profissional da residência médica obtido da análise. Consideramos três dimensões: “Estrutura da formação”, “Relação dos residentes” e “Desenvolvimento de Competências para o exercício da medicina”. A respectiva coluna de cada dimensão apresentam categorias e subcategorias que seguem esse eixo de qualificação dos dados.

Na “Estrutura da Formação” - uma caracterização mais descritiva - foram considerados os dados que caracterizam a Residência Médica em Neurologia no HC, de maneira mais objetiva, com as representações mais burocráticas; apresentam as características mais descritivas que dependem pouco da interpretação, tanto do médico como de nossa parte, confirmando principalmente o que dizem a literatura e os documentos oficiais.

Na segunda dimensão “Relação interpessoal” apresentamos uma caracterização mais analítica indicando como os diferentes atores entendem sua relação com os outros atores da residência, com os pacientes e com a sua profissão.

Na terceira dimensão “Desenvolvimento de Competências para o exercício da medicina” apresentamos as concepções dos atores sobre o desenvolvimento e construção das competências necessárias para o exercício da medicina.

O Quadro 2 compõe as categorias definidas por nós, a partir de uma análise geral dos discursos gravados, já impregnada das leituras dos documentos oficiais e, obviamente, daquilo que conhecemos no campo da FC de professores de física. A medida que construíamos algumas categorias iniciais, retornávamos aos dados e também aos documentos com suas sugestões de atributos da formação médica e procedimentos para atingirem esse objetivo. O tipo de análise que empreendemos para abordar dados de natureza qualitativa exige um procedimento recorrente de avanços e retomadas dos dados brutos até que se encontre um quadro coerente e consistente capaz de englobar a maior parte dos dados do discurso (Villani & Pacca, 1990). Esse quadro dá uma visão geral da caracterização da RM. Excertos dos dados são expostos a seguir, permitindo ao leitor compreender os traços da nossa interpretação e dando elementos para as conclusões que apresentamos ao final.

Quadro 2 –A organização dos dados para uma caracterização da Residência Médica

RESIDÊNCIA MÉDICA							
Dimensões	Estrutura da Formação	Relação interpessoal			Desenvolvimento de Competências para o exercício da medicina		
		Com os outros atores da residência médica	Com Pacientes	Com a profissão ^F	ATUAÇÃO	CONCEPÇÃO da medicina (da área dele)	ÉTICA/Valores da profissão
Categorias/Subcategorias	<p>A.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Especialização • Não obrigatoriedade perante a lei • Teoria e prática • Quantidade de sujeitos pacientes • Mudança com a regulamentação^F <p>B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hierarquia <ul style="list-style-type: none"> ➢ Diversidade^R ➢ Preceptor ➢ Assistente ➢ Residente mais experiente <p>C.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formação Inicial • Progressão <ul style="list-style-type: none"> ➢ Tempo^R ➢ Dentro de um hospital – burocracia ➢ Imersão • Estudante • Formado 	dos que lhe estão acima	<ul style="list-style-type: none"> • Figura patológica^F • Olhá-lo como médico^R 	<ul style="list-style-type: none"> • Status e proletarização^F 	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender pelo exemplo, pela troca • Aprender praticando • Segurança pela prática • Aprender a olhar, valorizar <ul style="list-style-type: none"> ➢ O paciente tem um histórico^R 	<ul style="list-style-type: none"> • Especialidade • Visões diferentes^R 	<ul style="list-style-type: none"> • Conduta (responsabilidade) • Humanização da profissão^F

Legenda: F → Categoria que aparece apenas para a equipe formadora (assistente e preceptor) e R → categoria que aparece apenas para os residentes.

Os dados selecionados

A seguir transcrevemos registros extraídos das entrevistas, assinalando nos episódios selecionados, trechos que mereceram a nossa consideração para interpretação da visão do sujeito que os expressaram. Os residentes são indicados por **R1**, **R2**, ... o preceptor por **P** e o assistente por **A**. As frases em negrito são intervenções do entrevistador e as frases sublinhadas e em negrito são dados considerados por nós muito significativos dentro do conteúdo das categorias que compõem o Quadro 2 construído. O símbolo [?] representa trecho não audível e *[texto da transcrição?]* um trecho duvidoso.

R1: Na medicina, assim, a gente tem uma hierarquia que tem os residentes com mais anos, né? Então tem, primeiro você tem contato com residente dos anos superiores, né? Além disso, você tem contato com preceptores, que é um coordenador que seria, mais ou menos, uma ponte entre o residente e o assistente. E os assistentes, né? E aí os assistentes, a gente tem os assistentes de cada área especializada, ainda dentro da neurologia, ainda subdivisão. Têm assistentes que são neurologistas mais gerais, né? E, além disso, você tem contato com todas as outras especialidades em interconsultas... Então, assim, é um modelo bem complexo, né, de aprendizado. Então... Mas, assim, o assistente que passa visita com a gente na enfermaria, ele sempre vai dar assistência vendo o todo do doente, né?. Então a gente vê os antecedentes, vai ver toda a parte clínica, são discutidos todos os sinais clínicos se ele apresentar qualquer outra doença. Não fica focado só no neurológico.

R2: Geralmente é um diálogo, né? Eu, pessoalmente, nunca... Ninguém impôs "- Ó, faz desse ponto." Ou, ou se eu questionar, que às vezes, se a gente não questionar não existe um diálogo grande. Então se você perguntar: "-Mas Por que isso? Por que não aquilo?", "Porque esse caminho e não aquele outro?","Porque esse exame e não outro?"" Eles respondem.

R5: Pra ele [o paciente] é muito difícil confiar na gente. Porque ele olha pra gente...

R5: Eu acho que pra alguns, pra boa parte deles sim. É lógico, também, que depende do tempo que você fica com o paciente. (...)

R:5 Porque aí eu sou médica, eu sou profissional. É obvio que eu vou trabalhar num regime supervisionado e sempre tem alguém atrás de mim, assim como qualquer outro profissional, podia ser engenheiro, no projeto tem um supervisor. Mas aí eu sou médica e sou responsável por aquele doente, independente de eu ter supervisão. É logicamente que se acontecer alguma coisa, o meu supervisor também vai responder. Pelo sim e pelo não. E se você tiver alguma dúvida também vai falar com o supervisor. Mas tanto o óbito, quanto a decisão do tratamento e em alguns momentos preciso resolver sozinha, é muito diferente o enfoque que se dá no doente. Porque é muito diferente a responsabilidade. O doente passa a ser seu e ele passa a te ter como referência. Diferente da graduação, o doente não te vê como referência, te vê como uma pessoa que atende. É uma das pessoas que atende. E muitas vezes você assume o papel de referência para o doente. Então você é o médico dele e ele te reconhece como médico. E apesar, isso, isso num, embora pra eles não seja agradável, porque às vezes a gente para [?], não importa, eu sou médica dele e eu vou assumir as responsabilidades. Eu vou conversar com ele, eu vou dar o diagnóstico, eu vou submeter aos procedimentos que vão ser dolorosos. E essa decisão é minha. E

essa autonomia que faz parte da formação médica. Porque sem ela a gente não consegue ser médico, você vai ser sempre inseguro. Isso na graduação, você não tem essa autonomia. Então é muito diferente o enfoque que eu vou dar ao doente. Até o seu aprendizado é diferente. Até porque você não pode errar dose de medicação. Uma coisa que a gente não se preocupa na graduação é com dose de medicação, por exemplo. **E [de repente no momento?] que você tá na residência, começa a se preocupar muito com isso. E isso vem vindo. Isso vai fluindo, você vai aprendendo. Mas a partir do momento que você vai tendo a necessidade de aprender, você aprende. Pelo bem ou pelo mal. Até porque a inexperiência, aí você vai entrar na experiência própria. A gente sai do quadro de: "-Olha, você tem que fazer isso. Os protocolos são esses."** e começa entrar em **"-Eu fiz isso. Aconteceu isso. Na minha experiência eu vejo isso. Ah, tem estudos que falam isso, mas na minha experiência aqui no HC eu vi isso..."**

P: Assim, você sai ainda cru, né, da faculdade. A residência médica, no meu caso, neurologista. A **especialidade** [você aprende?] na residência. Os históricos, os pacientes são vistos, as visitas. Então a relação direta com a especialidade depende da residência médica. **Não dá pra formar um especialista sem residência médica.** Então é um aprendizado em serviço. [Tanto em neurologia?] e ver os pacientes, discute com os assistentes, que são os médicos já especialistas. Então a residência é um, é um, é uma ponte entre a graduação e a vida profissional. Que a gente sai apto pra exercer uma, uma, uma medicina básica. **Mas a especialidade é na residência médica.** Mais especialidade, mesmo área básica, você precisa de um tempinho pra, pra exercer uma atividade sob supervisão, né?

A: Na residência, o que a gente tenta aqui, é exatamente complementar isso. Então você tenta dar o prático. Porque neurologia, se você [?] que a gente sai, quando se forma [?] e sabendo de neurologia [?]. Nada. Por quê? **É uma especialidade muito difícil, muito complexa.** Nenhum dos outros lugares... Em todos lugares do hospital, se você for ver, todo mundo sabe escutar coração, todo mundo sabe apalpar um [?], né? Ouvir um pulmão. Isso aí não tem problema. Agora fazer um exame neurológico, noventa e nove por cento sai correndo porque não sabe fazer. Então é uma especialidade muito [?], muito singular, né? Então a gente tem que ensinar [?] e, ao mesmo tempo, a gente procura dar algo prático. **Então a gente deixa eles tentarem e, aí, depois: "-Você tem esse caminho de raciocínio, mas, eu acho, que o caminho é esse aqui." É lógico, as vezes, a pessoa está certa e nós estamos errado, mas...**

P1: Mas não é obrigatório a residência médica. Ele pode abrir um consultório e atender teoricamente...

A1: Ah, foi fundamental [ter feito residência médica]. E, eu vou lhe dizer uma coisa, eu acho até que o esquema que eu fiz, assim, você tem uma prova de anatomia, uma prova de fisiopatologia, uma prova de fisiologia, uma prova de localização neurológica, ou seja [?] neurológica, uma prova de terminologia. Se você tivesse em qualquer dessas provas uma abaixo de sete, você tinha mais uma chance de repetir a prova. Se você não passasse, de novo, era mandado embora. Então era um verdadeiro terror. A gente estudava, realmente, profundamente. Foi a época da vida que eu mais estudei. E acho que valeu a pena, porque sedimentou, é como você fazer a base da sua carreira. Porque, assim, medicina é você saber o que você tá vendo e, depois, você ter experiência. **Então você tem**

que, você não pode só ter experiência, não pode só ter prática, né? Eu acho que as duas coisas, uma complementa a outra. É lógico, quanto mais você vai tendo experiência tem que ir acompanhando os novos passos, senão você fica pra trás. Mas eu acho que foi fundamental. Realmente, eu acho que hoje a residência é inferior do que era. Apesar de todas... Inquestionavelmente. Eu diria até que os alunos são melhores. Porque mudou muito a tecnologia de informação. Você tem muito mais acesso, né, à informação. Então você, hoje, você fala uma doença, daqui meia hora, o residente vem lá e sabe tudo daquela doença. Porque ele foi na internet, pegou, botou lá, achou. É muito fácil.

[sobre o papel do preceptor]

P: Geralmente algum, é alguém mais jovem, é alguém que terminou a residência há pouco tempo e nossa obrigação, a nossa responsabilidade é essa, é ministrar as aulas e fazer que os cursos que a gente não ministre as aulas também dêem certo. Então chamar os professores, levar pro teatro...

Ah, sei.

P: Então é, auxiliar na realização de todos os cursos dos residentes, mesmo que a gente não participe diretamente da aula. Eh, ouvir as reclamações, as queixas com relação ao curso, as dificuldades. Programar, também, as escalas de plantão, os rodízios dos estágios. Então é uma parte de organização, né?

A: Assim, a preceptoria aqui é uma função burocrática e didática. O preceptor, ele lida com todos os problemas burocráticos, com todas as coisas da residência médica, todas as papeladas, essas coisas, segurar os rojões, né, que acontecem. E eles são responsáveis de dar os cursos. Então, normalmente, eles são selecionados a partir dos melhores alunos que acabam a residência. A preceptoria dura dois anos, né? Então a cada dois anos, no máximo, é renovada, colocando os melhores alunos. Do ponto de vista de conhecimento, de pessoas, né? De, vai, saber lidar com as outras pessoas, também. Então é assim que se escolhe o preceptor. O preceptor, ele dá, ele dá, vamos dizer, o princípio básico é o didático. (...)

P: Assim, você sai ainda cru, né, da faculdade. A residência médica, no meu caso, neurologista. A especialidade [você aprende na?] na residência. Os históricos, os pacientes são vistos, as visitas. Então a relação direta com a especialidade depende da residência médica. Não dá pra formar um especialista sem residência médica. Então é um aprendizado em serviço. [Tanto em neurologia?] e ver os pacientes, discute com os assistentes, que são os médicos já especialistas. Então a residência é um, é um, é uma ponte entre a graduação e a vida profissional. Que a gente sai apto pra exercer uma, uma, uma medicina básica. Mas a especialidade é na residência médica. Mais especialidade, mesmo área básica, você precisa de um tempinho pra, pra exercer uma atividade sob supervisão, né?

A: Eu acho que sim. Eu acho que... É o que eu sempre falo, existem médicos e existem médicos. Então, eu sei que eu não sou o melhor técnico em neurologia. Eu tenho certeza absoluta disso, né? Mas eu procuro ser um médico mais humano que eu possa ser. Eu acho que esse é um princípio e tento passar isso pra eles. Porque eu acho que isso é uma coisa que não custa nada, né? Só te traz pontos a favor e que vai melhorar sua vida. Inclusive do ponto de vista de ser médico. Porque ser médico não é uma coisa [?], sabe? A gente fica muito contente quando faz um diagnóstico e salva uma vida. Quando você perde uma

vida que você poderia ter salvado, é um custo. Extremamente, é extremamente... É chato. É uma coisa... Você dentro de você, remoendo sabe? Até você remoer aquilo. Fala: "-Não deu, não deu." Mas é uma coisa difícil, principalmente quando acontecem problemas que são além da sua possibilidade.

Bom, o fato de um resultado desse ser constituído um peso, um sofrimento pra um médico, isso já quer dizer que ele tem alguma preocupação com o ser humano como ser humano.

Algumas conclusões

Tanto os professores como os residentes precisam preencher lacunas deixados na formação inicial em relação aos conhecimentos específicos, mas, o trabalho massivo de uma formação desejável, complementando a formação inicial, deveria estar preocupado em formar o professor/médico, autônomo, confiante e competente, com atitudes reflexivas sobre a sua prática que envolve situações concretas e reais da sua profissão.

Em primeiro lugar, ressaltamos a importância de ser a Residência Médica uma situação em que o desenvolvimento profissional ocorre enfrentando os problemas reais, genuínos e autênticos; estes serão o objeto do dia a dia de um profissional competente e autônomo nessas funções, capaz de tomar as melhores decisões e encarar os imprevistos como situações que demandam novas hipóteses e busca de novas soluções.

Algumas ocorrências presentes na análise emergiram mostrando forte relação com os pressupostos teóricos que tomamos como referência para estudar nossa questão de pesquisa. Os discursos dos residentes e dos formadores são bastante convergentes e apontam para características profissionais que mostram ressonância com os autores que nos instrumentalizaram nesta pesquisa.

A acessibilidade dos residentes aos especialistas mais experientes; a conquista do olhar do paciente com confiança no profissional que o assiste; a aprendizagem a partir do exemplo de um profissional mais graduado, na ação com o paciente; a segurança do profissional em formação se construindo paulatinamente na prática até chegar a autonomia responsável; a postura que passa do apoio exclusivo na racionalidade técnica para outra mais humana e focalizada no paciente; uma concepção mais investigativa e menos definitiva das “verdades já estabelecidas; a aceitação de possíveis diferentes visões a serem consideradas e discutidas; além de algumas outras ainda a serem exploradas no conjunto de dados gerados com as entrevistas.

Transpondo para a Formação Continuada de professores estaríamos falando da condição do professor reflexivo da sua prática que, para Schön, seria o professor talentoso equiparado ao artista, ao músico, original e criativo. O profissional talentoso que reflete sobre sua prática não deveria estar sempre sozinho mas com seus pares e com a comunidade. O professor talentoso deveria estar aberto para os imprevistos no seu trabalho cotidiano e não titubear em duvidar de suas crenças, sabendo lidar com as incertezas, as singularidades e os conflitos, como Freire (1996) discute na sua “Pedagogia da Autonomia”.

Se formar o profissional professor exige reconstruir um conceito ou mudar o paradigma atual, o exemplo da Residência Médica parece aproximar-se de um caminho que na medicina tem dado bons resultados ao formar médicos confiáveis, competentes na função que exercem e com resultados bastante positivos incorporados à sua atuação profissional.

Referências

- Bacheschi, L. A.. A residência médica. In: Marcondes, Eduardo e Gonçalves, Ernesto Lima (coords). *Educação Médica*. São Paulo: Sarvier, 1998.
- Brasil; Jornal do Senado. Educadora propõe regime de "residência pedagógica". 2011. Disponível em <<http://www.senado.gov.br/>> acesso em 27/10/2012.
- Brasil. Decreto nº 80.481, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 6 set. 1977. Disponível em: <www.mec.gov.br>. Acesso em: 17 jul. 2011.
- Contreras, J. *A autonomia de professores*. São Paulo: Cortez, 2002.
- Freire, P. *Pedagogia da autonomia*. São Paulo: Paz e Terra, 2008.
- Lüdke, M. André, M.E.D.A. *Pesquisa em Educação: Abordagens qualitativas*. São Paulo: E.P.U., 1986.
- Martins, L.A.N. *Residência Médica: estresse e crescimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- Pimenta, S.G. et al (orgs) *Professor reflexivo: gênese crítica de um conceito*. São Paulo: Cortez, 2002.
- Reed, U.C.R. *Neurologia: noções básicas sobre a especialidade* [online].[acesso em 19 dezembro 2011]<<http://www.fm.usp.br/pdf/neurologia.pdf>>
- Scarinci, A. L.; Pacca, J.L.A. 2009. O professor de Física na sala de aula: um Instrumento para caracterizar sua atuação. *Inv. em Ens. de Ciências*, online, v. 14, n. 3, 457-477.
- Scarinci, A.L. *Tirando o coelho da cartola: a atuação do formador em um programa de desenvolvimento profissional docente*. Tese (doutorado), São Paulo: USP, 2010.
- Schön, D.A. *Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Trad. Roberto Cataldo Costa – Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
- Villani, A.; Pacca, J.L.A. *Categorias de Análise nas Pesquisas Sobre Conceitos Alternativos*. *Rev. Ens. de Física*, v. 12, p. 123-138, 1990.
- Zeichner, K.M. *A formação reflexiva de professores: ideias e práticas*. Portugal: Educa, 1993.