

“VOCÊ PRECISA CRIAR VÍNCULOS COM QUEM VOCÊ TREINA” Misturando culturas epistêmicas no treinamento de residência médica



"You need to bond with the ones you train": Mixing
epistemic cultures in medical residency training

Iris Wallenburg¹
Jeannette Pols²
Antoinette de Bont³

Resumo

Este artigo aborda a reforma contemporânea da educação médica de pós-graduação que visa padronizar o treinamento. As reformas são orientadas por intervenções de políticas públicas para aumentar a qualidade do atendimento, objetivar o desempenho e preparar os residentes para as mudanças nas necessidades de assistência médica. Este artigo se baseia em estudos etnográficos feitos nos Países Baixos, estudando como novos padrões de treinamento foram incorporados ao treinamento diário de residência em ginecologia e cirurgia. Percebendo a ciência da Educação como uma nova cultura epistêmica ao lado da cultura epistêmica tradicional, baseada na autoridade profissional, o artigo examina como ambas as culturas epistêmicas se entrelaçaram, fabricando uma nova cultura de treinamento que reúne tanto elementos tradicionais quanto “novos”.

Palavras-chave

educação médica; cultura epistêmica; profissionalismo; padronização.

Abstract

This paper addresses contemporary reform in postgraduate medical education that aims to standardise training. The reforms are guided by public policy interventions to increase quality of care, objectify performance, and to prepare residents for changing health care needs. This paper draws on an ethnographic study in the Netherlands, studying how new training standards have been incorporated in everyday gynaecology and surgery residency training. Perceiving educational science as a new epistemic culture alongside the traditional professional authority-based epistemic culture, the paper examines how both epistemic cultures have interweaved, fabricating a new training culture that assembles both traditional and 'new' elements.

Keywords

medical education; epistemic culture; professionalism; standardisation.

¹ Erasmus University Rotterdam, Netherlands.

² University of Amsterdam, Netherlands.

³ Erasmus University Rotterdam, Netherlands.



Introdução⁴

No dia 30 de junho, véspera da *terça-feira horrível*, quando todos começam a sua formação médica, um novo grupo de residentes reúne-se para ouvir o Peixe (residente-chefe), a Leggo (chefe de Medicina) e o Dr. Frank (o psiquiatra da casa que avisou ao grupo sobre a vida difícil de um residente, sugerindo que alguns podem cometer suicídio antes do final do ano) falando sobre as regras e valores da Casa de Deus. Nas semanas seguintes, os residentes aprendem rapidamente as Leis da Casa de Deus (por exemplo, “Lei nº 1: Gomers⁵ não morrem”), produzidas por Gordo (residente sênior). Estas leis ajudam os residentes a sobreviver tanto aos seus pacientes quanto aos seus chefes e a cuidar dos doentes que morrem (Shem 1995).

Publicado pela primeira vez em 1978, o romance de Shem *A casa dos Deuses* descreve a vida, os amores e os horrores de um grupo de residentes em formação. Muitos estudantes de Medicina e médicos residentes (médicos em treinamento para se tornarem especialistas) de todo o mundo leram o livro, uma sátira sobre as “verdadeiras” práticas de formação de residentes. O mundo fechado de residentes aprendendo a clinicar que Shem retrata também tem sido descrito em muitos relatos sociológicos de educação médica (por exemplo: Fox 1957; Becker et al. 1961; Bosk 2003 [1979]; Prentice 2007). Estes estudos se focam, geralmente, no processo de socialização dos médicos residentes na comunidade médica e na construção de uma identidade médica. Essa construção da identidade médica não é um processo linear de substituição de um sistema de valores por outro, mas

⁴ Esse texto é uma tradução do artigo intitulado ““You need to bond with the ones you train’: mixing epistemic cultures in medical residency training”, publicado em 2015, por Iris Wallenburg, Jeannette Pols e Antoinette de Bont no periódico *Evidence & Policy* (v. 11, n. 3, p. 397-414). Tradutora: Thais Maria Moreira Valim. Revisores: Ana Paula Jacob e Will Lucas Silva Pena.

⁵ Gomers, um acrônimo para “*get-out-of-my-emergency room*” (saia do meu pronto-socorro), são pacientes velhos e dementes que, segundo Gordo, personagem de Shem, “querem morrer, mas nós não os deixamos” (Shem 1995: 38). Estes pacientes, argumentam os personagens de Shem, só podem ser ajudados se forem “arrancados” para o lar de idosos o mais rápido possível. O “arrancado” refere-se a uma prática fictícia de transferir pacientes para outro serviço para se livrar da responsabilidade clínica por eles. O termo foi adotado por médicos americanos para apontar a prática real de transferir pacientes para outros serviços clínicos para delegar a responsabilidade clínica por eles (Bosk 1992: 63).

sim uma série de encontros contínuos e movidos por tensão, durante os quais valores e atitudes consideradas leigas são rotuladas como “suspeitas”, “disfuncionais” e, em última análise, “inferiores”, ao passo que os modos médicos de “ver e sentir” recentemente descobertos se internalizam como “desejáveis”, “funcionais” e “superiores” (Hafferty 2000: 241-2). Além disso, e clinicamente articulada no trecho supracitado de Shem, a formação médica opera como um mecanismo de seleção para futuros membros da comunidade profissional médica (Bosk 2003 [1979]). A ênfase na socialização e em seus mecanismos inerentes de seleção de membros ressalta o caráter comunitário da formação médica, na qual a avaliação profissional baseada na experiência e nos valores profissionais incorporados são elementos centrais.

O forte enfoque interno no ensino médico a nível de pós-graduação (ou seja, a formação para se tornar um médico especialista, que vem após o ensino médico universitário)⁶ e a sua dependência de uma opinião profissional implícita têm sido cada vez mais criticadas nas últimas duas décadas, tanto por reguladores externos (Ham, Alberti 2002) como entre os próprios profissionais médicos (por exemplo: Ten Cate, Scheele 2007). As críticas enfatizam as longas horas de trabalho dos residentes, a falta de transparência das práticas de formação e a negligência, por parte da Medicina, a importância de adquirir competências genéricas (por exemplo, comunicação, organização, colaboração) ao lado das competências técnicas médicas (Frank, Danoff 2007; Fitzgibbons et al. 2006). Em resposta a tais críticas, as associações profissionais de médicos redesenharam os seus programas de formação em residência para chegar a uma forma mais padronizada de formação de residentes e de avaliação de desempenho em vários países ocidentais (Lurie et al. 2009; Wallenburg et al. 2010). Foram introduzidos conhecimentos científicos educativos modernos, como a formação baseada na competência, para facilitar a mudança para a chamada “formação moderna em residência”. Com a incorporação da ciência da Educação, uma nova disciplina científica não-médica em Medicina surgiu, trazendo com ela novos tipos de *expertise* (por exemplo, como fornecer um *feedback* estruturado para promover uma aprendizagem eficaz) e de instrumentos (por

⁶ Neste artigo usaremos os termos “educação médica pós-graduada”, “treinamento em residência médica” e “treinamento médico” de forma intercambiável.

exemplo, instrumentos de avaliação clínica para medir e comparar as competências dos residentes). Neste artigo, nós situamos a ciência da Educação como uma nova cultura epistêmica (Knorr-Cetina 1999) da residência, criando novos tipos de conhecimentos e trazendo novas noções do que seria um “bom” treinamento.

Baseamo-nos em um extenso projeto de avaliação da reforma da educação médica a nível de pós-graduação nos Países Baixos (Wallenburg 2012). Partindo da literatura sociológica sobre padronização do trabalho médico e das noções teóricas de cultura epistêmica e de objeto epistêmico de Knorr-Cetina, exploramos como o conhecimento científico educacional, em particular as ferramentas de avaliação clínica como elemento-chave da reforma, foram incorporadas nos treinamentos de residência médica. De forma geral, examinamos como as mudanças em curso afetam a governança do treinamento na residência médica. A questão de pesquisa abordada neste trabalho é: **como o entrelaçamento das culturas epistêmicas do treinamento baseado na autoridade profissional e da ciência médica podem explicar a padronização do treinamento da residência médica?**

Padronização do treinamento em residência médica

Mudanças contemporâneas na formação médica estão ligadas a alterações estruturais e epistêmicas nos sistemas de saúde contemporâneos, colocando mais ênfase em questões de transparência e de responsabilização (por exemplo: Nettleton et al. 2008; Wallenburg et al. 2013). As reformas estão em curso em vários países ocidentais. Em todos eles, tais reformas ocorrem segundo três linhas: uma redução e uma formalização das horas de trabalho dos residentes, a introdução da formação baseada na competência e a incorporação de uma avaliação de desempenho padronizada. No entanto, medidas e ênfases diferem de um país para o outro (Ringsted et al. 2006; Ludmerer, Johns 2005; Lurie et al. 2009). Este artigo centra-se particularmente na padronização da avaliação de desempenho. Nesta seção, explicamos os outros dois aspectos para esboçar o contexto mais amplo da reforma contemporânea.

Nos EUA e na Europa, as horas de trabalho dos residentes (HTR) foram fortemente limitadas na última década para melhorar tanto a segurança dos pacientes quanto as

condições de trabalho, permitindo aos residentes alcançar um equilíbrio entre a vida profissional e a vida pessoal (Kellogg 2009; Szymczak et al, 2010). As HTR foram reduzidas para 80 horas e 48 horas por semana em média nos EUA e na Europa, respectivamente. Nos Países Baixos, como em vários outros países, foi adotado o quadro de competência das Diretrizes Canadenses de Educação Médica para Especialistas (CanMEDS) (Ringsted et al. 2006). Esta mudança para uma formação baseada na competência visa expandir as competências dos médicos residentes, incluindo as competências genéricas ao lado das competências técnicas dos médicos. Tem-se argumentado que as mudanças demográficas, bem como os desenvolvimentos nos serviços de saúde, exigem outros papéis mais genéricos dos médicos. O quadro lista sete “papéis” que os residentes devem aprender a desempenhar, incluindo os de Perito Médico, Comunicador, Colaborador, Gestor, Profissional, Acadêmico e Defensor da Saúde (Frank, Danoff 2007).

Nos Países Baixos, onde este estudo foi baseado, a formação de residentes é organizada em oito “regiões de formação e de educação”, todas elas constituídas por um hospital universitário e vários hospitais-escola distritais afiliados. Dependendo do cronograma da residência, os residentes alternam entre o hospital universitário e um ou dois hospitais distritais. Os residentes fazem rondas entre vários serviços e departamentos, assumindo gradualmente e de forma crescente novos níveis de autonomia e de responsabilidade. O formato e o conteúdo do programa de formação são estruturados de acordo com requisitos nacionais estabelecidos pela Faculdade Central de Especialistas Médicos da Associação Médica Real Holandesa (AMRH)⁷, que é responsável pelo credenciamento de programas de residência. Em 2004, impulsionado tanto pela pressão externa para a reforma quanto pela crescente insatisfação “interna” dos profissionais com o sistema tradicional de aprendiz-mestre (Commissie Meyboom 2002; 2003), a AMRH anunciou reformas de grande porte. A partir de 2011, todos os programas de treinamento em residência passaram a ser baseados na competência, com estágios estruturados com limite de tempo e provas finais pré-definidas e mensuráveis. A avaliação no próprio local de trabalho, a partir do uso de uma variedade de ferramentas

⁷ A AMRH foi substituída pelo Registratie Commissie Geneeskundig Specialisten (RSG) em 2013. A AMRH e o RSG cumprem tarefas similares no que diz respeito à administração da educação médica de pós-graduação.

de avaliação clínica, foi um dos elementos centrais da reforma (Scheele et al. 2008; Wallenburg et al. 2010).

Abaixo, descrevemos como as mudanças acima mencionadas foram colocadas em cena na prática. Em primeiro lugar, vamos desenvolver o nosso marco teórico de mudança e de entrelaçamento das culturas epistêmicas médicas.

Transformando culturas epistêmicas na Medicina

A padronização das residências médicas aconteceu de forma consideravelmente tardia em comparação com a padronização e a protocolização dentro da Medicina de forma mais ampla. Impulsionado pelo objetivo e pelo desenvolvimento da Medicina baseada em evidências, o número de diretrizes e de agências criadoras de diretrizes têm aumentado de forma constante na Medicina a partir do final dos anos 1980 (Moreira, 2005; Van Loon et al. 2014). No livro seminal sobre *O Padrão Ouro*, Timmermans e Berg (2003) descrevem que o que conta como boa prática está cada vez mais ligado a diretrizes baseadas em evidências científicas derivadas de ensaios clínicos randomizados, levando a uma crescente padronização dos cuidados. Embora as metas e os procedimentos da Medicina baseada em evidências tenham se tornado cada vez mais objetivos nos currículos médicos contemporâneos (Timmermans, Chawla 2009), a formação de residentes em si permaneceu seguindo um estilo “mão-na-massa” baseado na autoridade e na opinião dos profissionais.

A literatura sociológica sobre educação médica descreve a residência como uma formação baseada na aprendizagem, pautada pelo “aprender fazendo” e pela construção de modelos a serem seguidos (Hafferty 2000; Bosk 2003 [1979]; Prentice 2007). Durante a formação, os residentes são socializados na comunidade local de médicos, aumentando gradualmente as suas habilidades e os seus conhecimentos enquanto aprendem a agir como “médicos de verdade”. Gradualmente, os residentes vão mudando a sua posição da zona de figurantes (observando os médicos desempenharem atividades clínicas e segurando retratores de retenção durante as cirurgias) para o núcleo do trabalho clínico de fato (Lave, Wenger 1991; Wallenburg et al. 2013). Neste processo de transição, os residentes expandem gradualmente a sua autonomia e a sua autoridade clínica.

Para melhorar a nossa compreensão sobre como as duas culturas epistêmicas, do treinamento baseado na autoridade profissional, por um lado, e da ciência da Educação, por outro, acontecem na prática, nós desenvolvemos um quadro sociológico no qual nós voltamos para as pesquisas realizadas pelas Ciências Sociais sobre padrões de assistência médica e sobre as noções de culturas e de objetos epistêmicos.

Cientistas sociais, em particular aqueles vinculados à área dos estudos de ciência, tecnologia e sociedade (CTS), criticaram a natureza não-problematizada da literatura dominante sobre padronização (por exemplo: Moreira 2005). Essa literatura dominante, argumenta-se, deixa o estatuto epistemológico privilegiado do conhecimento médico agregado intocado, concentrando-se apenas em como as práticas de prestação de cuidados de saúde podem ser feitas para “aderir” à “vanguarda do conhecimento médico”, e como novos tipos de tratamento – ou, no nosso caso, novos tipos de formação de residentes – podem ser implementados no trabalho clínico (Zuiderent-Gerak 2007). Os estudiosos da CTS ressaltam a natureza altamente contextual das diretrizes clínicas e da padronização do trabalho clínico, mostrando como os padrões e os contextos estão em uma contínua e emergente relação interativa (Timmermans, Berg 2003; Moreira 2012). Timmermans e Berg (1997) salientam que as diretrizes e as normas de universalidade implicam que uma universalidade local existe estabelecida em redes locais e anteriormente produzidas. A universalidade, eles argumentam, assenta-se sempre no trabalho em tempo real, e emerge de processos de negociação localizados e de relações institucionais, infra-estruturais e materiais pré-existentes. Por conseguinte, a universalidade é produzida de forma contingente e coletiva, e a localização e a universalidade estão inevitavelmente interligadas. Neste artigo, nós utilizamos esta abordagem reflexiva sobre orientações e padronizações para estudar a incorporação de novos padrões educacionais – como as ferramentas de avaliação clínica – para chegar a formas mais objetivas e transparentes de avaliar e qualificar as competências dos residentes.

Contudo, tais instrumentos, nós argumentamos, são mais do que instrumentos que precisam ser incorporados em programas e práticas de treinamento. Eles também habitam uma espécie de cognição distribuída que coordena e reconfigura as práticas de formação existentes. Para conceitualizar isso, voltamos para a noção de episteme.

A episteme nos permite explorar de que forma as novas culturas do conhecimento transformam as práticas epistêmicas existentes (Knorr-Cetina 2001). Culturas epistêmicas são grupos que criam e garantem conhecimentos (Knorr-Cetina 1999). Knorr-Cetina salienta que a expansão de sistemas especializados na sociedade moderna resultou em um aumento maciço dos produtos tecnológicos e informativos. Ela argumenta que “uma sociedade do conhecimento não é simplesmente uma sociedade de mais especialistas... mas é uma sociedade permeada por culturas do conhecimento, todo o conjunto de estruturas e de mecanismos que servem ao conhecimento e se desdobra com a sua articulação” (Knorr-Cetina 1999: 8-9). Ela sublinha a importância crucial dos objetos epistêmicos aqui apresentados. Os objetos epistêmicos são objetos de conhecimento; são objetos que os praticantes empregam nas suas práticas diárias, sejam eles modelos, instrumentos ou sistemas de informação criados e/ou utilizados por eles. Estes objetos não são estáveis ou pré-definidos, mas caracterizam-se pela sua falta de completude do ser, uma vez que adquirem continuamente novas propriedades e alteram as que já possuíam (Knorr-Cetina 2001). Além disso, os objetos epistêmicos são produtores de significado e criadores de práticas. Segundo Knorr-Cetina, os objetos epistêmicos possuem uma “ontologia desdobrável”, o que significa que existem simultaneamente numa variedade de formas e têm uma força conectiva geradora de significado (Knorr-Cetina 2001). Além disso, e crucial para a nossa análise, é a coexistência ou a diversidade de culturas epistêmicas, revelando a fragmentação da ciência contemporânea. Diferentes arquiteturas de abordagens empíricas, construções específicas de referência, ontologias particulares e diferentes máquinas sociais coexistem e podem interagir em práticas situadas.

Neste artigo, adotamos a noção de cultura epistêmica para estudar como a ciência da Educação foi incorporada como uma nova cultura epistêmica na formação de médicos residentes. Examinamos como a ciência da Educação, e os seus mecanismos sociais de formação, métodos e instrumentos de avaliação, introduziu um novo entendimento e uma nova prática de “boa” formação médica. Estudamos como a cultura epistêmica da ciência da Educação entrelaçou-se com a muito mais tácita cultura epistêmica da formação médica baseada em autoridade.

Metodologia

Nosso estudo é baseado em dois projetos de avaliação distintos, porém relacionados, que foram conduzidos nos Países Baixos. Primeiramente (2006-2010), a primeira e a terceira autora (IW, AdB) foram indicadas como avaliadoras externas de um projeto nacional que trabalha na implementação de programas revisados de treinamento em Pediatria e Ginecologia. Nós conduzimos uma avaliação processual, investigando a reforma a partir dos diferentes locais onde a reforma foi colocada em cena. Nós observamos 35 reuniões da equipe do projeto que estava promovendo a reforma, 16 seminários e oficinas nacionais sobre a reforma, e 8 reuniões em hospitais locais, para obter um conhecimento aprofundado sobre o background e os objetivos da reforma.

Além disso, e como ponto central dos dados a partir dos quais esse artigo foi feito, realizamos uma pesquisa etnográfica das práticas de treinamento em Ginecologia em dois hospitais diferentes: um hospital universitário em 2007 (quatro meses de observação) e um hospital-escola em 2009 (dois meses de observação). As duas pesquisas etnográficas tinham como objetivo alcançar uma compreensão aprofundada sobre como as novas estruturas e métodos de treinamento foram colocadas em cena nas práticas diárias. Em ambos os hospitais, acompanhamos os residentes da Ginecologia durante suas atividades diárias: os observamos durante os encontros com pacientes nas enfermarias e na clínica ambulatorial, na sala de cirurgia, durante os relatórios matinais e durante todos os outros tipos de interações com os ginecologistas de plantão. Além disso, ao acompanhar os residentes, pudemos também observar e conversar com seus respectivos médicos preceptores. Estas entrevistas informais foram elaboradas a partir dos relatórios de observação (ver abaixo). Além disso, em ambos os cenários, foram conduzidas entrevistas formais e semi-estruturadas com médicos, residentes, cientistas educacionais e administradores hospitalares (25 no total). As entrevistas foram guiadas por uma lista de tópicos sobre a reforma. Em acréscimo, o formato semi-estruturado nos permitiu explorar novos tópicos trazidos pelos entrevistados.

Em segundo lugar (2010-2012), realizamos um estudo sobre a reforma do programa de treinamento cirúrgico no qual os novos métodos de treinamento foram introduzidos e colocados

em cena⁸. Essa reforma foi semelhante à reforma no treinamento da Ginecologia, já que ambos os programas de treinamento tinham que atender às mesmas exigências nacionais (ver abaixo para mais detalhes). Nós observamos diretores clínicos locais⁹ em 7 reuniões discutindo questões atuais relacionadas às mudanças no treinamento cirúrgico. Entrevistamos também 13 cirurgiões preceptores e 14 residentes cirúrgicos sobre as atuais reformas de treinamento no dia a dia da residência.

No total, fizemos mais de 135 horas de observação. Foram feitas anotações durante as observações, que foram posteriormente elaboradas em descrições mais detalhadas. Todas as entrevistas foram gravadas com a permissão dos entrevistados e transcritas *verbatim*.

Todos os participantes foram informados sobre a pesquisa em uma apresentação feita antes do estudo pela primeira autora, bem como nas interações pessoais durante o trabalho de campo. Os pacientes foram notificados sobre o papel da pesquisadora (primeira autora) e puderam recusar a sua presença, o que aconteceu duas vezes. Não foi necessária aprovação ética para este estudo, pois tanto no estudo de Ginecologia quanto no estudo cirúrgico, os respectivos conselhos de revisão determinaram que a pesquisa estava isenta.

Após uma análise comparativa inicial dos dados, na qual comparamos os dados dos três projetos de pesquisa etnográfica, decidimos prosseguir com a análise cruzada dos casos, já que não foram encontradas diferenças substanciais entre os projetos de pesquisa em questão. Além disso, a análise cruzada dos dados, na qual reunimos as descobertas, trouxe um conjunto de dados mais rico para uma compreensão aprofundada da reforma (Sanders e Harrison 2008). A análise dos dados prosseguiu em uma sequência que começou com a leitura atenta de todas as transcrições e notas de campo, seguida de uma de codificação aberta para rotular e categorizar os elementos dos dados. Isto foi seguido de uma codificação axial para ligar conceitos emergentes, e depois por uma codificação seletiva para definir conceitos-chave (Strauss 1987).

⁸ Esta parte da pesquisa foi realizada juntamente com Niels Hopmans, Jan IJzermans (ambos do Centro Médico Universitário Erasmus, Roterdão) e Ted den Hoed (Hospital Ikazia, Roterdão).

⁹ Os diretores clínicos são médicos preceptores que são nomeados como gerentes do programa de treinamento de residência local de uma determinada especialidade médica dentro do hospital.

Resultados

A seção de resultados está dividida em três partes. Na primeira parte, descrevemos a cultura epistêmica tradicional de treinamento de residentes, baseada na autoridade profissional. Aqui, elucidamos as especificidades das práticas diárias do treinamento de residentes, concentrando-nos em como o desempenho dos residentes é avaliado no curso do cuidado diário do paciente, e como os residentes negociam seu espaço de aprendizagem na clínica. Na segunda parte, mudamos o foco para a introdução da ciência da Educação como uma nova cultura epistêmica no treinamento médico. Descrevemos como a ênfase no conhecimento científico educacional deslocou a atenção para formas quantificáveis de comprovar a aquisição de habilidades. Na terceira parte, examinamos mais detalhadamente como os médicos preceptores e os residentes empregam ferramentas padronizadas de avaliação clínica, e como essas ferramentas produzem significado para a avaliação de desempenho e para o bom treinamento médico.

Cultura epistêmica baseada na autoridade profissional

Os residentes aprendem a conduta médica em ambientes hospitalares reais ao praticar Medicina (ou seja, realizando os exames físicos dos pacientes, prescrevendo medicamentos, agendando testes laboratoriais, administrando clínicas, participando de congressos clínicos e - no caso de uma especialidade cirúrgica - operando pacientes) sob a supervisão de médicos preceptores que assumem a responsabilidade clínica (por exemplo: Bosk 2003 [1979]; Sinclair 1997). O espaço para praticar não é dado, e deve ser negociado por residentes ao se apresentarem como clínicos competentes e confiáveis:

Lisa, uma residente sênior, está servindo na ala de Obstetrícia. Uma jovem mulher é admitida na ala sofrendo de dores graves na barriga. Ela está com 20 semanas de gravidez quádrupla. Uma enfermeira entra no posto de enfermagem e anuncia que sua dor piorou. Lisa decide fazer uma ultrassonografia imediatamente e pede a Dave, o ginecologista responsável, que a acompanhe. Ela pede a Nick, um residente júnior que acaba de iniciar sua residência, para se juntar a eles.

Lisa coloca rodas no equipamento de ultrassom e explica à mulher que eles querem verificar os bebês. Ela oferece a Nick

o aparelho de ultrassom: “Você quer fazer isso?”. Nick acena com a cabeça, pega uma cadeira e passa gel sobre a barriga da mulher, e então ele começa a mover o *scanner* sobre a enorme barriga de forma um pouco desajeitada. Lisa pega a mão dele: “Mais suave, assim”. Cobrindo a mão de Nick, ela desliza suavemente o *scanner* de ultrassom sobre a barriga. Os bebês se tornam visíveis na tela. Dave pede a Nick que mova [o *scanner*] para baixo para tornar o colo do útero visível. Mantendo o olhar na tela, Dave percebe que um dos bebês já se moveu para dentro da cavidade do colo uterino. Ele diz à mãe que este bebê nascerá logo, e o que resta a eles é ter a esperança de que os outros três bebês fiquem dentro¹⁰.

De volta ao posto de enfermagem, Dave diz a Lisa para remover a cerclagem cervical¹¹. Lisa acena com a cabeça, explicando para Nick que as contrações podem causar uma ruptura do útero se a cerclagem não for removida a tempo. Ela pergunta a Nick se ele já havia removido uma cerclagem cervical antes. Nick diz que nunca, mas ele quer aprender como.

Nós voltamos para dentro. Lisa explica à mãe o que eles vão fazer, e pede à enfermeira que lhe dê mais alguns remédios para as dores. Eles colocam as pernas da mulher sobre os descansos acolchoados. Nick coloca um banco na frente da mulher e se senta. Lisa lhe entrega um espécuro. Enquanto explica à mulher o que ele está fazendo, Nick insere o instrumento. De pé perto de Nick, Lisa se curva para olhar para dentro também. Ela diz a Nick onde cortar a costura, e observa de perto enquanto ele retira o aparelho. Ela então se volta para a mulher, dizendo que agora eles só podem torcer pelo melhor e precisam esperar para ver o que vai acontecer¹² (notas de campo, hospital universitário, treinamento em Ginecologia).

O fragmento acima reflete a estrutura e os mecanismos que servem ao conhecimento clínico. Nesta cultura epistêmica, a articulação do conhecimento clínico está embutida na prática clínica diária. O treinamento é baseado em aprender fazendo

¹⁰ Nos Países Baixos, como em outros países, os bebês nascidos após 20 semanas de gravidez não são tratados e podem morrer durante ou logo após o parto.

¹¹ A cerclagem cervical, também conhecida como ponto cervical, é usada quando o colo uterino abre ligeiramente e há risco de aborto espontâneo, pois pode não permanecer fechado durante toda a gravidez. É frequentemente aplicada em gestações múltiplas.

¹² Infelizmente, todos os quatro bebês nasceram naquele mesmo dia e morreram alguns minutos após seu nascimento.

(Smith et al. 2003; Prentice 2007)¹³. Enquanto a prática diária estrutura o treinamento dos residentes, os principais mecanismos para criar e articular o conhecimento clínico são – nesta cultura epistêmica – a avaliação individual e a negociação. O médico preceptor julga tanto a condição do paciente quanto as competências do residente para decidir sobre o que o residente pode fazer e, portanto, o que pode ser aprendido. Avaliar uma situação de treinamento clínico envolve, portanto, muitas opiniões situadas (Thevenot, Boltanski 2000) e “trabalho de diagnóstico” (Büscher et al. 2010). O médico preceptor deve descobrir quais são as questões em jogo e determinar o escopo de ação. Este julgamento é mediado pelas tecnologias empregadas para examinar a condição dos bebês. O exame ultrassonográfico, por exemplo, revela que um dos bebês está prestes a nascer e não há como interromper. Como não é possível nenhum tratamento adicional até o nascimento do bebê, além do controle da dor e da remoção da cerclagem cervical, não há necessidade imediata de que os atendentes fiquem com o paciente. No entanto, a avaliação do médico preceptor também expande a condição da clínica situada, uma vez que é baseada em seus encontros anteriores com a residente sênior, nos quais o médico atendente se familiarizou com as capacidades da residente, construindo uma relação de confiança (Wallenburg et al. 2013, Prentice 2007).

A residente sênior, por sua vez, negocia espaço de aprendizagem demonstrando seus conhecimentos clínicos e habilidades técnicas, instruindo o jovem (por exemplo, informando-o sobre a necessidade de remover a cerclagem cervical) e orientando movimentos suaves durante a ultrassonografia. Ao fazer isto, a residente sênior demonstra ao médico preceptor suas capacidades de se tornar uma professora clínica num futuro próximo quando se qualificar como ginecologista. Sua performance também aumenta o espaço do residente júnior para aprender: é ele quem pode realizar o ultrassom e remover a cerclagem cervical.

Durante as observações e entrevistas, os residentes destacaram a importância de estarem familiarizados com os

¹³ Isto não significa que o médico preceptor realmente desapareça de cena. Neste caso particular, o médico ficou por perto fazendo trabalho administrativo e perguntava regularmente sobre a condição da paciente. Em outros trabalhos, temos explorado como os médicos preceptores e os residentes se relacionam com os objetivos centrais (às vezes conflitantes) de fornecer bons cuidados e bom treinamento médico (ver: Wallenburg et al. 2013)

médicos preceptor, colegas residentes e enfermeiras, bem como com o edifício, que constitui o ambiente de aprendizagem para poder colocar em cena o espaço de aprendizagem:

Se você é novo em um hospital, e não sabe onde fica o Pronto Socorro, ou se você não sabe se a enfermeira que está te telefonando é alguém que entra em pânico facilmente ou não, ou se você não consegue encontrar a enfermaria quando elas precisam de você, então você está perdido. E quanto ao cirurgião? Ele deixará você operar um paciente se ele não te conhece, ou levará semanas até que ele te deixe fazer alguma coisa? (residente cirúrgico, SR1)

Os residentes devem se familiarizar com seu entorno para poder se antecipar a situações clínicas (agudas). Em outras palavras, a cultura do treinamento da autoridade profissional é – em contraste com a cultura epistêmica da educação – como explicaremos mais adiante, ligada a uma comunidade local, fechada e relativamente pequena de profissionais. Para aprender, os residentes precisam construir uma relação pessoal com os médicos preceptores que devem confiar a eles o cuidado de seus pacientes:

... estar por perto, ficar na enfermaria se você quiser realizar uma cirurgia... você precisa ser o primeiro. É sempre o mesmo grupo de pessoas que fazem a maioria das cirurgias. Esta é uma parte subestimada da residência. Você não pode testar ou medir isso, mas as pessoas da frente, que estão dispostas a fazer um pouco mais, são as que são recompensadas; são chamadas com mais frequência a fazer algo do que as que não o fazem. (residente cirúrgico, SR10)

É preciso criar vínculos com quem que você treina. Eles [residentes] devem demonstrar uma espécie de ansia. Você está preparado para fazer um pouco mais por aqueles que mostram esta ambição. (cirurgião, S12)

Mostrar ambição, por exemplo, ao ficar quando outros vão para casa, é recompensado com a participação em uma cirurgia no final da noite, ou ser telefonado “quando algo interessante está acontecendo na sala de cirurgia” (cirurgião atendente, CA4). Os residentes têm que se apresentar como alunos ansiosos para serem autorizados a praticar a conduta médica. Eles “precisam criar vínculos” com os médicos preceptores. Isto leva tempo, prática situada, contato pessoal e muito esforço. Entretanto, é exatamente esta situacionalidade e sua implicitude que tem sido cada vez mais criticada nos últimos anos. A seguir, voltamos para a mudança para o treinamento padronizado, discutindo a introdução da ciência da Educação

como uma nova cultura epistêmica no treinamento da residência médica.

Ciência da Educação: uma nova cultura epistêmica na formação em residência médica

A partir de meados dos anos 2000, programas redesenhados de treinamento foram introduzidos nos Países Baixos. Cientistas da Educação, que até então quase não estavam envolvidos em treinamento de residência, foram acionados para facilitar a implementação das novas exigências dos programas de treinamento locais em hospitais. Os cientistas educacionais estavam convencidos de que os modernos conhecimentos educacionais melhorariam o clima de aprendizagem do treinamento dos residentes e a qualidade desse treinamento. Com a introdução dos cientistas educacionais como especialistas em treinamento médico, foi introduzido todo um conjunto de estruturas e de mecanismos que serviam à padronização do treinamento médico e à articulação dos conhecimentos adquiridos. Por exemplo, programas chamados de “ensine-quem-ensina” foram desenvolvidos para instruir os médicos preceptores e os residentes no uso dos novos padrões de treinamento e para discutir e medir as competências dos residentes. O fornecimento de *feedback* estruturado - no sentido de um médico atendente dar um *feedback* estruturado e construtivo a um residente sobre como melhorar o desempenho, articulando tanto aspectos positivos quanto elementos que podem ser melhorados - foi considerado um mecanismo chave para o treinamento dos residentes:

Penso que essa é a parte mais importante; que os próprios profissionais querem aprimorar o seu trabalho. Isso é o mais importante... eles querem obter *feedback* sobre o que fazem, e como o fazem. Isso costumava ser impensável. [Os médicos] querem ter esse *feedback*, e querem saber como melhorar e como fazer isso. Portanto, acho que é uma importante mudança de cultura entre os médicos. (professor de ciências da Educação médica)

Os cientistas educacionais argumentaram que os médicos preceptores e os residentes deveriam participar juntos do programa “ensine-quem-ensina”, a fim de tornar a nova forma de treinamento dos residentes uma prática compartilhada. Esta “união” implicou em uma forma de igualdade que contrasta

fortemente com a tradicional relação hierárquica entre mestre e aprendiz.

Paralelamente à reforma, a ciência da Educação foi desenvolvida como uma cultura epistêmica no treinamento em residência, articulando uma nova e única perspectiva de educação médica pós-graduada. Cientistas educacionais, apoiados por um grupo de médicos que eram a favor do uso de *insights* educacionais no treinamento em residência, começaram a se organizar em comunidades epistêmicas, reunindo-se regularmente para discutir a reforma do treinamento de residentes e encontrar soluções práticas para melhorar o uso de *insights* educacionais. Paralelamente a esta abordagem mais prática, foi criada uma comunidade científica sobre educação médica. Em centros médicos acadêmicos e hospitais de ensino afiliados, foram nomeados professores de educação médica e alunos de doutorado. Eles desenvolveram novos programas de pesquisa sobre treinamento em residência médica. A pesquisa concentrou-se particularmente nas questões que envolvem os processos cognitivos de aprendizagem e a eficácia de técnicas educacionais específicas. Estratégias de pesquisa baseadas em evidências, como ensaios clínicos randomizados, foram adotadas para criar um conhecimento robusto sobre o uso de padrões na prática de treinamento.

Um objeto crucial na reforma do treinamento médico foi a ferramenta de avaliação clínica. Esta ferramenta visava tornar o desempenho dos residentes mensurável, comparável e transferível. Ela tinha que ampliar a percepção dos residentes e aumentar seu domínio sobre seu próprio processo de aprendizagem, ao mesmo tempo em que os tornava menos dependentes das preferências pessoais dos médicos atendentes. Um exemplo de destaque é a Avaliação Objetiva e Estruturada de Habilidades Clínicas (OSCE), uma ferramenta de avaliação clínica validada, projetada para avaliar procedimentos cirúrgicos. A ferramenta abrange oito dimensões de desempenho que os médicos atendentes devem avaliar para medir o desempenho de um residente. Essas dimensões são: seleção do tratamento, habilidade no exame físico, tempo e movimento, conhecimento e manuseio dos instrumentos, uso de assistentes, fluxo de operação, conhecimento de um procedimento específico e cuidados pré-operatórios. As habilidades são pontuadas em uma escala de 4 (mau desempenho) a 10 (excelente desempenho) (ver Tabela 1, após as referências).

A OSCE visa tornar visíveis as diferentes dimensões do trabalho cirúrgico, abordando tanto as habilidades técnicas (por exemplo, “respeito às camadas do tecido”) quanto os aspectos sócio-técnicos (“uso de assistentes”). No entanto, seu foco principal é o próprio procedimento da cirurgia, “conquistando” a operação a partir do contexto no qual a operação é originalmente produzida. Como tal, o instrumento desagrega a operação dos fatores contextuais que influenciam a capacidade de um residente de ter um bom desempenho, como a importância de se conhecer o ambiente clínico que apontamos no parágrafo anterior. Seguindo o ponto de vista científico educacional, entretanto, o espaço para aprender depende de conhecimentos e de habilidades mensuráveis. As ferramentas de avaliação clínica reduzem o desempenho de um residente a um conjunto elencado de habilidades objetivas nas quais as capacidades do residente – e, com isso, o espaço para praticar de forma autônoma – podem ser decididas e transferidas para um grupo maior de médicos atendentes que podem ainda não ter estabelecido uma relação de confiança com aquele residente em particular – algo que, apontamos acima, é central para o treinamento de residência baseado na autoridade profissional.

Uma questão importante, e que revela o caráter desdobrável e gerencial das ferramentas de avaliação clínica como objetos epistêmicos, é que as ferramentas de avaliação clínica foram incorporadas aos critérios da AMRH para o credenciamento de programas de treinamento em residência. Assim, a incorporação de ferramentas de avaliação clínica em programas de treinamento e o uso efetivo das mesmas em locais de treinamento locais tornou-se obrigatória. Com isto, uma nova noção de bom treinamento em residência se desdobrou, com base em elementos como objetividade e transparência.

Em resumo, a introdução de padrões educacionais como as ferramentas de avaliação clínica introduziram o desempenho mensurável como um mecanismo para servir à articulação do conhecimento clínico, mudando a ênfase do julgamento implícito baseado no conhecimento tácito de um médico preceptor em uma comunidade profissional fechada que é central para a cultura epistêmica baseada na autoridade profissional, para um *feedback* estruturado e para uma avaliação objetiva de desempenho em uma equipe de médicos. Além disso, a incorporação de padrões nos critérios formais de credenciamento reestrutura a prática diária em um ambiente de aprendizagem e força os médicos locais a adotarem os novos métodos e ferramentas de

treinamento. Na seção seguinte, mudamos nosso foco para o uso e para o significado dos padrões educacionais na prática de treinamento: como os padrões de treinamento criaram novas práticas de educação médica e produziram novos significados do que é um bom treinamento em residência?

Normas educacionais colocadas em cena na prática

Tanto em programas de treinamento em Ginecologia quanto em Cirurgia, notamos que as novas exigências de treinamento foram rapidamente adotadas. Os programas de treinamento existentes foram redesenhados seguindo o grau da AMRH. As horas de plantão dos residentes foram reduzidas para 48 horas em média, e os programas de treinamento de professores foram organizados para instruir tanto os médicos atendentes quanto os residentes no uso dos novos padrões de treinamento. Na prática diária, assim como durante as entrevistas, a maior parte da atenção foi dada às ferramentas de avaliação clínica, tais como o OSCE. As ferramentas de avaliação foram vistas como substitutas para o treinamento em residência moderna.

Elas [usando ferramentas de avaliação clínica] forçam o atendente a interagir e a fornecer *feedback*. É muito útil conversar com alguém sobre sua maneira de fazer as coisas - e como melhorá-las. (residente cirúrgico, SR8)

Você pode se tornar um pouco descuidado com os residentes que você acha que estão indo muito bem, enquanto a avaliação formal pode revelar que, de modo geral, eles não estão indo tão bem. Agora você tem um instrumento para observar isto. Ele lhe dá uma melhor percepção dos que vão mal. Não que tudo seja tão ruim assim, mas você pode prestar mais atenção a isto ou aquilo. Isso é uma verdadeira melhora. (ginecologista, G1)

Tanto o ginecologista quanto o cirurgião residente citado acima ressaltam que as ferramentas de avaliação concentram a atenção nas competências do residente. Na tradicional relação mestre-aprendiz, o médico preceptor agiu como padrão de boa prática: eu o vejo como um bom médico? As ferramentas de avaliação, entretanto, chamam a atenção para as habilidades individuais do residente e as tornam visíveis para um grupo maior de médicos:

Eles lhe dão uma ferramenta para coletar informações sobre os residentes com mau desempenho. No passado, era muito difícil fazer com que alguém desistisse de uma residência, pois

raramente podíamos provar incompetência. Mas agora podemos mostrar-lhes os formulários. (ginecologista, G4)

A avaliação formal dos residentes permite que os professores clínicos tornem visível o mau desempenho. No passado recente, os maus desempenhos normalmente só podiam ser “desarmados” através da delegação de aspectos especializados, não técnicos ou não emergenciais do trabalho clínico.

Ou, após terminar a residência, tais residentes poderiam encontrar um emprego somente em hospitais de segunda classe (Bosk 2003 [1979]). A maior visibilidade das avaliações ruins obriga os residentes a melhorarem seu desempenho ou, por fim, a abandonarem a residência. Os médicos, entretanto, também enfatizam que os instrumentos de avaliação não podem substituir totalmente o modelo tradicional de fornecer *feedback*, pois os instrumentos não cobrem todo o quadro de como aprender a ser um médico:

Você tem que deixar claro para um residente o que pode ser melhorado, e isso não é algo que você deva confiar ao papel, mas sim dizer pessoalmente. Tal *feedback* é muito mais importante do que circular em torno de um nível de competência. Eu não me importo com este nível... No final, você julga um residente comparando-o a si mesmo. Estabelecer normas é inútil; é tudo uma questão de confiança. (cirurgião, S4)

Este cirurgião preceptor distingue o *feedback* como um princípio educacional do *feedback* como uma atividade profissional “privatizada” e relacional. Seguindo o princípio educacional, as competências dos residentes são avaliadas e reduzidas a números que indicam o nível de desempenho de um residente. Os números permitem comparações entre momentos da trajetória de aprendizagem, bem como entre os residentes. Na interação profissional, explica o cirurgião no trecho acima, as pontuações não são importantes. Aqui, os residentes aprendem as lições “reais” sobre ser um médico. Estas lições são exemplos; não são confiadas ao papel, mas compartilhadas em particular entre um mestre e um aprendiz, indicando a autoridade do médico atendente. Além disso, **como** as ferramentas de avaliação são utilizadas, e o que elas **fazem**, é o resultado das práticas que colocam os instrumentos em cena:

Ao avaliar os residentes, eu sempre me certifico de apontar algo que tenha espaço para melhorias. Não faz sentido pontuar tudo no nível superior. (cirurgião, S12)

Durante uma entrevista, o cirurgião citado acima ressaltou que muitas vezes ele deu aos residentes uma nota ruim para estimulá-los a melhorar seu desempenho. Esta prática foi confirmada por outros participantes. Curiosamente, os estudantes de Medicina não costumam receber notas ruins. Durante nosso trabalho de campo, encontramos regularmente estudantes de Medicina que ficavam muito frustrados com as notas que tinham recebido. Esses estudantes geralmente recebiam um “6”, independentemente de terem dado o melhor de si, ou de terem apenas feito o mínimo exigido. Os médicos atendentes nos explicaram que uma nota ruim é acompanhada por um investimento em mais trabalho, enquanto uma boa nota dá a impressão errada de que alguém já é bom o suficiente. Dar um “6” é, portanto, o mais conveniente. No entanto, residentes talentosos recebem pontuações ruins. Uma nota ruim dada a um bom desempenho demonstra o compromisso e a disposição do médico preceptor para colocar esforço no desenvolvimento profissional e na carreira do residente.

A multiplicidade de medidas de desempenho questiona a ideia de um programa de treinamento de residência objetivo e transferível. Para saber se um “4” (ver Tabela 1, após as referências) se refere a um residente ruim ou excelente, é importante estar familiarizado com o treinamento habitual e com os métodos de julgamento de um médico preceptor. Estas “especificidades” da prática de treinamento não refletem tanto a “não-docilidade” dos médicos atendentes, como um exemplo da “resistência à mudança” frequentemente articulada entre profissionais médicos (Power 1997; Levay, Waks 2009), mas revela a “universalidade local” (Timmermans, Berg 1997) do treinamento padronizado de residência. Os métodos e ferramentas educacionais coordenam as atividades de treinamento e tornam-nas visíveis e transferíveis, mas elas também são fundamentadas nessas práticas. Esta contextualização da avaliação demonstra a importância das interações pessoais entre os médicos atendentes e os residentes que eles treinam:

Entrevistadora (IW): Você deixaria um residente operar um paciente se o residente tivesse se qualificado para esse procedimento em outro hospital-escola?

Cirurgião (S12): Não! Isso nunca vai acontecer! Estes são nossos pacientes, nossa reputação. Treinar os residentes é bom, mas no final eles estão apenas de passagem.

Os médicos preceptores assumem a responsabilidade clínica por seus pacientes. Como este cirurgião deixa claro, os

cuidados inadequados prestados sob a égide de um médico atendente não só prejudicam o paciente, mas também prejudicam a reputação do médico. Os médicos atendentes só deixam os residentes operarem seus pacientes se tiverem total confiança nas habilidades, na inteligibilidade e na confiabilidade do residente. Esta confiança não pode ser transferida apenas em um formulário de avaliação, mas é construída ao longo do tempo durante inúmeras interações pessoais entre um médico atendente e um residente.

Assim, momentos de aprendizagem e instrumentos educacionais são utilizados e traduzidos no decorrer da interação diária médico-residente. Em um momento, novos *insights* educacionais são usados para objetivar a avaliação de desempenho, e em outro, os instrumentos educacionais são remodelados (“usados diferentemente”) quando melhor se adequam ao propósito de ensinar lições clínicas específicas. Este “duplipensar”¹⁴ não apenas ressalta a situação do treinamento em residência, mas também revela o caráter de desdobramento das ferramentas de avaliação clínica, pois elas dão um novo significado ao treinamento em residência. Médicos atendentes e residentes abraçaram os novos métodos de treinamento, estando cada vez mais convencidos de que o treinamento em residência não deve mais se basear apenas no julgamento profissional tácito e incorporar normas profissionais, mas também deve ser objetivo, universal e comparável.

Conclusões e discussão

Como Shem assinalou há algumas décadas, a formação médica é uma importante instituição social da profissão médica. Durante seu treinamento, os médicos juniores vêm a incorporar a conduta médica, trabalhando com médicos e praticando em pacientes em ambientes clínicos reais. Este trabalho mostrou como a ciência da Educação, enquanto uma nova cultura epistêmica não-médica, se inseriu na tradicional cultura profissional baseada na autoridade do treinamento em residência médica. Mudou a ênfase de modelos de treinamento baseados em aprendizagem de “aprender fazendo” e de “modelos ideais”

¹⁴ O termo “duplipensar” é emprestado do livro seminal de George Orwell, *1984*, e indica o ato das pessoas aceitarem simultaneamente duas crenças mutuamente contraditórias como contextos sociais corretos. Obrigada a Roland Bal por apontar isso.

para programas de treinamento formalizados baseados em percepções educacionais de treinamento baseado em competência e avaliação de desempenho padronizada. Esta nova cultura epistêmica tem acompanhado um novo conjunto de (grupos de) atores, estruturas empíricas, mecanismos de conhecimento e articulação e objetos epistêmicos. A educação médica baseada na autoridade profissional depende fortemente de uma relação pessoal e de longo prazo entre um médico preceptor e um residente, e está embutida na situação clínica. Na cultura epistêmica da ciência da Educação, os cientistas educacionais são atores centrais ao lado dos médicos atendentes e residentes. Além disso, há uma mudança no relacionamento individual entre o médico e o residente para o grupo de médicos atendentes e para o “trabalho em equipe”. O conhecimento e as habilidades clínicas são, pelo menos em parte, desvinculados da contingência do contexto clínico cotidiano através da aplicação de programas de treinamento simplificados que abrangem estágios pré-definidos e metas de aprendizado. Nesta cultura epistêmica, o desempenho não é mais julgado implicitamente, fornecendo mais ou menos espaço para praticar e assim aprender, como é central para a cultura epistêmica baseada na autoridade profissional, mas é tornado mensurável e quantificável através da aplicação de ferramentas de avaliação clínica que tornam as competências e capacidades individuais transferíveis e comparáveis. Assim, a cultura epistêmica da ciência da Educação induziu uma estrutura de treinamento orientada para a residência que entra em conflito com o processo tradicional de integração gradual na comunidade profissional médica.

No entanto, nosso estudo também mostra que a cultura epistêmica da ciência da Educação não substituiu a cultura tradicional de treinamento. No final, o ponto obrigatório que todo residente tem que passar ainda é a avaliação pessoal. Isto não quer dizer que as reformas sejam “dissociadas”, isto é, que os profissionais cumprem as exigências de informação apenas superficialmente como rituais, enquanto o trabalho e as práticas profissionais reais são seladas. Também não se trata de dizer que as reformas são “colonizadas”, isto é, que as organizações se tornam embebidas em processos de reforma em detrimento da autonomia profissional, como tem sido descrito frequentemente na literatura sociológica médica (Power 1997; Levay, Waks 2009). Em vez disso, este artigo mostrou como os médicos atendentes traduzem as reformas, tanto abraçando os instrumentos recentemente oferecidos para objetivar a avaliação dos residentes,

por um lado, quanto religando-os com o trabalho clínico, por outro. Além disso, e indicando o caráter desdobrável e “fluido” dos objetos epistêmicos (Knorr-Cetina 2001), a pesquisa demonstrou que as ferramentas de avaliação clínica devem ser (parcialmente) adaptadas às práticas profissionais existentes para torná-las legítimas e utilizáveis. Isto revela como os objetos epistêmicos dão forma e significado às práticas em mudança e, ao mesmo tempo, precisam ser adaptados à cultura epistêmica existente para serem aceitos e utilizados. Assim, as culturas epistêmicas de treinamento médico baseado em autoridade profissional e da ciência da Educação se entrelaçaram, formando uma nova cultura de treinamento que reúne elementos tradicionais e “novos”; estruturas e métodos formais e práticas locais informais se “misturaram”, ampliando os repertórios de treinamento dos médicos atendentes.

Nosso estudo tem importantes implicações políticas para as atuais reformas no treinamento médico. Ele demonstra que o treinamento de médicos não pode ser desconectado do atendimento prático aos pacientes, da responsabilidade do médico atendente “no local”, e da incorporação do residente em práticas concretas. A confiança e a avaliação individual pelos médicos atendentes continuam sendo um aspecto crucial do treinamento médico. Estes julgamentos individuais da “velha escola” não podem ser substituídos por avaliações objetificadas e generalizadoras.

Agradecimentos: Somos gratas pelas discussões inspiradoras que tivemos com Niels Hopmans, Jan IJzermans e Ted den Hoed durante a pesquisa sobre a reforma do treinamento cirúrgico. Além disso, agradecemos a Fedde Scheele e outros membros da equipe do InVIVO por nossa colaboração que lançou as bases para a análise deste trabalho. Esboços anteriores deste documento foram apresentados no seminário de governança da saúde da Universidade Erasmus de Roterdão e na conferência da Associação Europeia para o Estudo da Ciência e Tecnologia (Association for the Study of Science and Technology - EASTT) em Torun, Polônia (setembro de 2014). As autoras gostariam de agradecer a todos os participantes por seus valiosos comentários. Além disso, gostaríamos de agradecer a dois pareceristas anônimos e aos editores desta edição especial pelos comentários úteis que nos ajudaram a melhorar este artigo.

Referências

- BECKER, HS; BLANCHE, G; HUGHES, EC; STRAUSS, AL. 1961. *Boys in white: Student culture in medical school*, New Brunswick and London: Transaction Publishers .
- BOSK, CL. 2003 [1979]. *Forgive and remember: Managing medical failure*, Chicago, IL: University of Chicago Press.
- BOSK, CL. 1992. *All God's mistakes: Genetic counseling in a pediatric hospital*, Chicago: University of Chicago Press.
- BUSCHER, M; GOODWIN, D; MESMAN, J. 2010. *Ethnographies of diagnostic work*, Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- COMMISSIE LEGRAND. 2003. *De zorg van morgen: flexibiliteit en samenhang (Tomorrow's care: flexibility and cohesion)*, Den Haag.
- COMMISSIE MEYBOOM. 2002. *De arts van straks: een nieuw medisch opleidingscontinuum (Tomorrow's doctors: a new medical education continuum)*, Utrecht: KNMG.
- FITZGIBBONS, JP; BORDLEY, DR; BERKOWITZ, LR; MILLER, BW; HENDERSON, MC. 2006. "Redesigning residency education in internal medicine: A position paper from the association of program directors in internal medicine". *Annals of Internal Medicine* 144, p.920-926.
- FOX, R. 1957. "Training for uncertainty". In: MERTON, RK; READER, GG; KENDELL, PL (eds) *The student-physician: Introductory studies in the sociology of medical education*, Cambridge, MA: Harvard University Press.
- FRANK, JR; DANOFF, D. 2007. "The CanMEDS initiative: Implementing an outcomesbased framework of physician competencies". *Medical Teacher* 29(7), p.642-644.
- HAFFERTY, FW. 2000. "Reconfiguring the sociology of medical education: Emerging topics and pressing issues". In: BIRD, CE; CONRAD, P; FREMONT, AM (eds) *Handbook of medical sociology*, New Jersey: Prentice Hall.
- HAM, C; ALBERTI, K. 2002. "The medical profession, the public, and the government". *BMJ* 324(7341), p.838-842.
- KELLOGG, KC. 2009. "Operating room: Relational spaces and microinstitutional change in surgery". *American Journal of Sociology* 115(3), p.657-711.

- KNORR CETINA, K. 1999. *Epistemic cultures: How the sciences make knowledge*, Cambridge, MA: Harvard University Press.
- KNORR CETINA, K. 2001. “Objectual practice”. In: SCHATZKI, TR; KNORR CETINA, K; VON SAVIGNY, E (eds) *The practice turn in contemporary theory*, London and New York: Routledge.
- LAVE, J; WENGER, E. 1991. *Situated learning: Legitimate peripheral participation*, Cambridge: Cambridge University Press.
- LEVAY, C; WAKS, C. 2009. “Professions and the pursuit of transparency in health care: Two cases of soft autonomy”. *Organization Studies* 30(5), p.509-27.
- LUDMERER, KM; JOHNS, MM. 2005. “Reforming graduate medical education”. *JAMA* 294(9), p. 1083-1087.
- LURIE, SJ; MOONEY, CJ; LYNESS, JM. 2009. “Measurement of the general competencies of the accreditation council for graduate medical education: A systematic review”. *Academic Medicine* 84(3), p.301-309.
- MOREIRA, T. 2005. “Diversity in clinical guidelines: The role of repertoires of evaluation”. *Social Science & Medicine* 6(9), p.1975-1985.
- MOREIRA, T. 2012. “Health care standards and the politics of singularities: Shifting in and out of context”. *Science Technology & Human Values* 37(4), p.301-331.
- NETTLETON, S; BURROWS, R; WATT, I. 2008. “Regulating medical bodies? The consequences of the ‘modernisation’ of the NHS and the disembodiment of clinical knowledge”. *Sociology of Health & Illness*, 30(3), p.333-348 .
- ORWELL, G. 1949. *Nineteen eighty-four*. London: Secker and Warburg.
- POWER, M. 1997. *The audit society: Rituals of verification*. Oxford: Oxford University Press.
- PRENTICE, R. 2007. “Drilling surgeons: The social lessons of embodied surgical learning”. *Science Technology & Human Values* 32, p. 534-53.
- RIGSTED, C; HANSEN, TL; DAVIS, D; SCHERPBIER, A. 2006. “Are some of the challenging aspects of the CanMEDS

- roles valid outside Canada?”. *Medical Education* 40(8), p. 807-15.
- SANDERS, T; HARRISON, S. 2008. “Professional legitimacy claims in the multidisciplinary workplace: The case of heart failure care”. *Sociology of Health & Illness* 30(2), p.289-308.
- SCHEELE, F; TEUNISSEN, P; VAN LUIJK, S; HEINEMAN, E; FLUIT, L; MULDER, H; MEININGER, A; WIJNEN-MEIJER, M; GLAS, M; SLUITER, H; HUMMEL, T. 2008. “Introducing competency based postgraduate medical education in the Netherlands”. *Medical Teacher* 30(3), p. 248-53.
- SHEM, S. 1995 (1978). *The house of God*, New York: Dell.
- SINCLAIR, S. 1997. *Making doctors: An institutional apprenticeship*, Oxford and New York: Berg.
- SMITH, A; GOODWIN, D; MORT, M; POPE, C. 2003. “Expertise in practice: An ethnographic study exploring acquisition and use of knowledge in anaesthesia”. *British Journal of Anaesthesia* 91, p. 319-28.
- STRAUSS, A. 1987. *Qualitative analysis for social scientists*, Cambridge: Cambridge University Press.
- SZYMCZAK, JE; BROOK, JV; VOLOPP, KG; BOSK, CL. 2010. “To leave or lie? Are concerns about a shift-work mentality and eroding professionalism as a result of duty-hour rules justified?” *Milbank Quarterly* 88, p. 350-81.
- TEN CATE, O; SCHEELE, F. 2007. “Competency-based postgraduate training: Can we bridge the gap between theory and clinical practice?”. *Academic Medicine* 82(6), p.542-547.
- THÉVENOT, L; BOLTANSKI, L. 2000. “The reality of moral expectations: A sociology of situated judgment”. *Philosophical Explorations* 3(3), p.208-231.
- TIMMERMANS, S; BERG, M. 1997. “Standardization in action: Achieving local universality through medical protocols”. *Social Studies of Science* 27, p. 273-305.
- TIMMERMANS, S; BERG, M. 2003. *The gold standard: The challenge of evidence-based medicine and standardization in health care*, Philadelphia, PA: Temple University Press.
- TIMMERMANS, S; CHAWLA, N. 2009. “Evidence-based medicine and medical education”. In: *Brosnan, C, Turner,*

BS (eds) Handbook of the sociology of medical education, London and New York: Routledge.

VAN LOON, E; ZUIDERENT-JERAK, B. 2014. “Diagnostic work through evidence based guidelines: Avoiding gaps between development and implementation of a guideline for problem behavior in elderly care”. *Science as Culture* 23(2), p. 153-76.

WALLENBURG, I. 2012. *The modern doctor: Unraveling the practices of medical training reform*, PhD thesis, VU University Amsterdam.

WALLENBURG, I; DE BONT, A; HEINEMAN, MJ; SHEELE, F; MEURS, P. 2013. “Learning to doctor tinkering with visibility in residency training”. *Sociology of Health & Illness* 35(4), p. 44-59.

WALLENBURG, I; POLS, J.; DE BONT, A. 2015. “You need to bond with the ones you train’: mixing epistemic cultures in medical residency training”. *Evidence & Policy*, v. 11, n. 3, p. 397-414.

WALLENBURG, I; VAN EXEL, J; STOLK, E; SCHEELE, F; DE BONT, A; MEURS, P. 2010. “Between trust and accountability: Different perspectives on the modernization of postgraduate medical training in the Netherlands”. *Academic Medicine* 85(6), p.1082-1090.

ZUIDERENT-JERAK, T. 2007. “Preventing implementation: Exploring intervention with standardization in healthcare”. *Science as Culture* 16, p. 311-29.

Tabela 1: Avaliação Objetiva e Estruturada de Habilidades Clínicas (OSCE)

Habilidade/Nota	4 e 5	6, 7 e 8	9 e 10
Tratamento selecionado	Demonstra falta de conhecimento sobre a patologia	Conhece a patologia em linhas gerais	Demonstra boa familiaridade com o material

Habilidade clínica	Usa força excessiva sobre os tecidos ou causa danos pelo uso inadequado de instrumentos	Manuseio cuidadoso dos tecidos, mas ocasionalmente causa danos	Manuseio cuidadoso e consistente dos tecidos com mínima ocorrência de danos
Tempo e movimentos	Muitos movimentos desnecessários	Relação entre tempo e movimentos eficiente, com alguns movimentos desnecessários	Boa economia de movimentos e máxima eficiência
Conhecimento e manuseio de instrumentos	Falta de conhecimento dos instrumentos	Uso competente dos instrumentos, com algumas ocorrências de manuseios desajeitados	Movimenta-se suavemente
Uso de assistentes	Uso ineficiente de assistentes e baixa instruções aos assistentes	Uso adequado de assistentes e bom nível de instrução	Uso e instrução ideais de assistentes
Ritmo de operação	Procedimento frequentemente interrompido para instruções	Demonstra um bom planejamento, mas precisa de muitas instruções	Procedimento claramente bem planejado com independência e confiança
Conhecimento de procedimentos específicos	Conhecimento falho, precisa de explicações constantes	Conhece a maior parte das etapas do procedimento	Demonstra conhecimento total do procedimento
Cuidados peri-operatórios	Desorganizado e incompleto	Boa execução de tarefas, mas precisa de instruções	Independente, preciso e completo

Média cumulativa	4 e 5	6, 7 e 8	9 e 10
------------------	-------	----------	--------

Pontuação final

	Abaixo do	Como esperado	Acima do esperado
Pontuação do supervisor	4 e 5	6, 7 e 8	9 e 10
	Insatisfatório	Mediano	Satisfatório
Pontuação do residente	4 e 5	6, 7 e 8	9 e 10
	Insatisfatório	Mediano	Satisfatório