

**O Fenômeno da Mentoria na Vivência dos Médicos
Residentes: O Caso dos Hospitais Universitários de
Pernambuco**

Mônica Gonçalves de Carvalho

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO DE ACESSO À MONOGRAFIA DE DISSERTAÇÃO

-

Considerando a natureza das informações e compromissos assumidos com suas fontes, o acesso à monografia do Mestrado em Administração da Universidade Federal de Pernambuco é definido em três graus:

- “Grau 1”: livre (sem prejuízo das referências ordinárias em citações diretas e indiretas);
- “Grau 2”: com vedação a cópias, no todo ou em parte, sendo, em consequência, restrita a consulta em ambientes de biblioteca com saída controlada;
- “Grau 3”: apenas com autorização expressa do autor, por escrito, devendo, por isso, o texto, se confiado a bibliotecas que assegurem a restrição, ser mantido em local sob chave ou custódia.

A classificação **desta monografia** se encontra, abaixo, definida por seu autor.

Solicita-se aos depositários e usuários sua fiel observância, a fim de que se preservem as condições éticas e operacionais de pesquisa científica na área da administração.

Título da Monografia: **O fenômeno da mentoria na vivência dos médicos residentes: o caso dos hospitais universitários de Pernambuco.**

Nome da Autora: **Mônica Gonçalves de Carvalho**

Data da Defesa: 28 de agosto de 2003

Classificação, conforme especificação acima:

Grau 1 ☒

Grau 2 ☐

Grau 3 ☐

Recife, 28 de agosto de 2003

Assinatura da autora

Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências Sociais Aplicadas
Curso de Mestrado em Administração

**O Fenômeno da Mentoria na Vivência dos Médicos
Residentes: O Caso dos Hospitais Universitários de
Pernambuco**

Mônica Gonçalves de Carvalho

Dissertação apresentada como requisito
complementar para a obtenção do grau
de Mestre em Administração.

Recife, 2003

Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências Sociais Aplicadas
Curso de Mestrado em Administração

O Fenômeno da Mentoria na Vivência dos Médicos Residentes: O Caso dos Hospitais Universitários de Pernambuco

Mônica Gonçalves de Carvalho

Dissertação submetida ao corpo docente do Curso de Mestrado em Administração da Universidade Federal de Pernambuco em 28 de agosto de 2003.

Banca Examinadora:

Prof^ª. Sônia Maria Rodrigues Calado Dias, Ph.D (Orientador – PROPAD/UFPE)

Prof^ª. Jannan Joslin Medeiros, PhD (Examinadora externa – UNB)

Prof^ª. Lúcia Maria Barbosa, PhD (Examinadora interna – PROPAD/UFPE)

Resumo

Este estudo tem por objetivo identificar quem são os mentores, quais as funções por eles exercidas e qual a importância a elas atribuídas na percepção dos médicos residentes do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco e do Hospital Universitário Osvaldo Cruz da Universidade de Pernambuco. Adotou-se como arcabouço teórico a literatura sobre mentoria e em especial, o estudo sobre funções de mentoria de Noe (1988), que identificou as funções de carreira e psicossociais exercidas pelos mentores. Os médicos residentes são profissionais graduados em medicina que se engajam em programas de residência, considerados modalidades de ensino de pós-graduação. No Hospital das Clínicas havia 146 médicos distribuídos nos programas oferecidos e no Hospital Osvaldo Cruz, 111 na ocasião da pesquisa. A coleta de dados foi feita através de questionários. A pesquisa caracteriza-se como seccional. Os resultados evidenciaram que nem sempre as funções de mentoria são exercidas pelos preceptores, mentores formais, mas também por professores e pessoas da família. No entanto, pôde-se observar que as duas funções descritas na teoria foram oferecidas pelos mentores, e que muita importância são a elas atribuídas pelos médicos residentes. Basendo-se nos resultados da pesquisa, algumas recomendações foram elaboradas para os programas de residência, visando aprimorar as relações de mentoria nos programas de residência, de forma que possam contribuir mais efetivamente no desenvolvimento profissional dos jovens médicos.

Abstract

The purpose of this study is to investigate who are the medical residents' mentors, what mentoring functions they offer and how important functions offered are, according to Hospital Osvaldo Cruz and Hospital das Clínicas medical residents perceptions. Mentoring literature was used and particularly Noe's study on mentoring types of functions. A residency training program is the final preparation to practice. There were 146 residents at Hospital das Clínicas and 111, at Hospital Osvaldo Cruz. A questionnaire was used to survey the medical residents. The research was characterized as sectional. Results permitted to verify that the preceptors, formal mentors, not always offered mentoring functions. Professors and family related doctors are mentors. It also suggested that mentors provide two functions, a career function and a psychosocial function. The medical residents perceived mentoring functions as very important. Finally, based on the results a few recommendations were offered to residency programs and preceptors in order to improve mentoring relationships during programs and make personal and professional development more effective for the young doctors.

Agradecimentos

Quando chegamos ao fim de um trabalho como este nos damos conta de quantas pessoas de alguma forma nos ajudaram. E chega a hora de agradecer. A primeira pessoa que me vem à mente é a Professora Sônia Maria Rodrigues Calado Dias pelo seu apoio e orientação, desde o primeiro momento, me estimulando a disputar uma vaga no mestrado. Depois já como minha orientadora seu estímulo na escolha do tema foi fundamental. Sempre aconselhando e desafiando quer como professora no curso e quer no desenvolvimento da dissertação.

Agradeço também a todos os professores do curso que muito contribuíram para o meu aprendizado acadêmico e nos meus primeiros passos como pesquisadora. Aos colegas da turma VII do curso de Mestrado em Administração da UFPE, pelo espírito de cooperação e apoio e, em especial, às minhas amigas de todas as horas, Karla, Katya, Luciana e Rosana. Uma amizade que nasceu e se consolidou ao longo do curso.

Agradeço a secretaria do PROPAD nas pessoas de Irani e Cláudia pelo suporte. Ao Prof. Walter Moraes pela boa vontade e paciência em me ajudar com a análise estatística da minha pesquisa.

A Profa. Lúcia Maria Barbosa, examinadora interna, e a Profa. Jannan Joslin Medeiros, examinadora externa, pelas contribuições ao meu projeto de dissertação.

Ao meu amigo e médico, Dr. Moacir de Novaes, por ter aberto as portas do Hospital Osvaldo Cruz para minha pesquisa. À minha amiga e médica, Dra. Ângela Pinto Duarte, e a Dra. Telma Ferreira, coordenadora da residência médica, pelo apoio e estímulo à pesquisa no Hospital das Clínicas. Aos médicos residentes anônimos, que se dispuseram a responder meus questionários, sem os quais não poderia estar agora apresentando estes resultados.

Aos meus amigos e a minha família, que ao longo do curso e pesquisa muitas vezes entenderam as ausências e as ansiedades. Em especial, a Eduardo, e a meus filhos Eduardo, Guilherme e Henrique, que compreenderam e apoiaram a minha decisão de fazer este mestrado, abrindo mão muitas vezes da minha companhia e me ajudando de inúmeras formas, inclusive na pesquisa bibliográfica.

Finalmente, gostaria de agradecer a Deus, que colocou todas estas pessoas na minha vida, para ajudar a realizar um sonho. E hoje quero dedicar este sonho realizado, ao meu pai, Romero Lincoln Fernandes de Cunha, que por tão pouco tempo tive ao meu lado, mas que tantas coisas importantes me ensinou através de suas atitudes como pessoa humana e como profissional.

Lista de tabelas e figuras

Tabela 3.1 – Distribuição da população e amostra dos médicos por programa de residência.....	42
Tabela 4.1 – Distribuição dos residentes do Hospital das Clínicas por programa e por tempo de residência.....	52
Tabela 4.2 – Distribuição dos residentes do Hospital Universitário Osvaldo Cruz por programa e por tempo de residência.....	54
Tabela 4.3 - Funções definidas nos itens, fatores e cargas da análise fatorial exploratória.....	61
Tabela 4.4 - Funções definidas nos itens, fatores e cargas da análise fatorial confirmatória	62
Tabela 4.5 - Funções definidas nos itens, fatores e cargas da análise fatorial confirmatória.....	64
Tabela 4.6 – Sub-funções e funções de mentoria e importância atribuída.....	67
Tabela 4.7 – Sub-funções e funções de mentoria exercida e importância atribuída.....	68
Figura 4.1 – Perfil dos médicos residentes do HC.....	53
Figura 4.2 – Quem são os mentores dos médicos residentes do HC e onde se conheceram.	53
Figura 4.3 – Perfil dos médicos residentes do HUOC.....	54
Figura 4.4 – Quem são os mentores dos médicos residentes do HUOC e onde se conheceram	55
Figura 4.5 – Perfil dos respondentes.....	56
Figura 4.6 – Quem são os mentores dos médicos respondentes e onde se conheceram.....	57

Sumário

Resumo	I
Abstract	II
Lista de tabelas e figuras	III
Agradecimentos	IV
1 Introdução	11
1.1 Mentoria	11
1.2 Residência Médica	15
1.3 Problema de Pesquisa	19
1.4 Objetivo Geral	20
1.5 Objetivos Específicos	20
1.6 Justificativa	21
2 Abordagem Teórica	23
3 Metodologia	36
3.1 Perguntas e Suposições Norteadoras da Pesquisa	36
3.2 Definição Constitutiva e Operacional dos Termos e das Variáveis	37
3.3 Delineamento da Pesquisa	40
3.4 População e Amostra	41
3.5 Instrumento de Pesquisa	42
3.6 Validação dos Instrumentos	45
3.7 Coleta de Dados	45
3.8 Análise dos Dados	48
3.9 Limitações da Pesquisa	49
4 Apresentação e Análise dos Dados	51
4.1 Descrição da Amostra	51
4.2 Descrição dos Resultados	59
5 Conclusões e Recomendações	70
6 Referências Bibliográficas	78
Apêndices	82
- Apêndice A - Questionário	83
Anexos	88

1

Introdução

Este estudo, referente ao campo do Comportamento Humano, envolve as relações de mentoria entre profissionais mais experientes e iniciantes, respectivamente, mentores e mentorados. Especificamente, aborda a vivência de jovens médicos engajados em programas de residência médica nos hospitais universitários de Pernambuco.

1.1 Mentoria

A história traz muitos exemplos do valor do mentor. O termo mentor tem sua origem etimológica na Odisséia de Homero, em 1200 a.C. quando Mentor serviu como conselheiro para o filho do rei Odisseu. Este confiou seu filho ao amigo, que deu a Telêmaco apoio, amor, aconselhamento e proteção até à volta do pai (MURRAY, 2001).

Mentores têm sido definidos como aqueles que ajudam a moldar a identidade profissional (JAVIDAN et al., 1995 *apud* WALSH, 1999), indicam o modelo de comportamento profissional (RAGINS, 1989) e ensinam os intrincados caminhos do ambiente de trabalho (KRAM & ISABELLA, 1985). Mas não importa qual a definição usada, uma vez que o mais relevante na relação mentor-mentorado é que ambas as partes ganhem com a experiência. Uma relação mentor-mentorado positiva pode contribuir muito

para o desenvolvimento profissional do mentorado. Um mentor geralmente oferece ao mentorado, além de assistência ao desenvolvimento profissional, apoio psicossocial.

A mentoria é um processo altruísta e interpessoal, multifacetado e extremamente diversificado (APPELBAUM, RITCHIE e SHAPIRO, 1994). O mentor tem como objetivo maior ajudar e apoiar os mentorados no gerenciamento dos seus aprendizados, para que possam maximizar seus potenciais, desenvolver suas habilidades, melhorar seus desempenhos e dar condições para que se tornem as pessoas que querem ser (PARSLOE e WRAY, 2001).

Até o final da década de 60 o conceito de mentoria era muito pouco conhecido. No entanto tornou-se objeto de estudos acadêmicos nos Estados Unidos e, mais recentemente, na Europa e no Reino Unido (CLUTTERBUCK, 1991). Desde então vem cada vez mais se tornando reconhecido como uma prática efetiva no processo de desenvolvimento de recursos humanos. Apesar das muitas definições para mentoria, o conceito atual tem sua origem no de aprendiz, com o que os especialistas modernos de comunicação parecem concordar (CLUTTERBUCK, 1991).

A mentoria é uma relação “um para um” que pode ser definida como um processo de apoio à aprendizagem e ao desenvolvimento. Também é vista como um tipo especial de relacionamento onde são fundamentais: a objetividade, a credibilidade, a honestidade, a confiança e a confidencialidade (PARSLOE e WRAY, 2001).

A mentoria pode assumir muitas formas, mas a mais comum se encaixa na definição oferecida por Kram (1985, p. 2): “um relacionamento entre um jovem adulto e um adulto mais velho, mais experiente que ajuda o indivíduo a navegar no mundo do trabalho”. A mentoria é uma das mais poderosas abordagens disponíveis para desenvolvimento de indivíduos e organizações (CLUTTERBUCK, 1991). O papel da mentoria cresce em importância nos locais de trabalho e muitas organizações, sejam

públicas ou privadas, tanto na América do Norte quanto na Europa, têm investido em programas formais. Estes programas vêm se tornando uma maneira de apoiar as pessoas nas mudanças cada vez mais rápidas, impostas pela globalização. Com o passar dos anos, as pesquisas nos EUA e na Europa têm consistentemente demonstrado que a mentoria proporciona benefícios para mentores e mentorados (CLUTTERBUCK, 1991). Indivíduos que tiveram mentores relatam mais altos índices de promoção e de satisfação com a carreira e indivíduos que foram mentores referem-se a um aumento de competência, autoconfiança e auto-estima (KRAM, 1985).

As relações de mentoria podem ser classificadas como formal e informal. Variam em algumas dimensões, o que pode influenciar na satisfação obtida com o relacionamento e nas atitudes no trabalho do mentorado (RAGINS, COTTON e MILLER, 2000). Um relacionamento informal acontece por uma identificação mútua: mentores escolhem mentorados como versões mais jovens deles mesmos e os mentorados escolhem mentores como modelos. Esta mútua identificação contribui para a proximidade e a intimidade da relação de mentoria (KRAM, 1985).

Em contraposição, a relação de mentoria formal geralmente acontece através de determinação de terceiros; em alguns casos, o mentor e o mentorado nunca se encontraram antes do par ter sido formado (MURRAY, 2001). Mentores informais são motivados a entrar na relação por identificação mútua e necessidade de desenvolvimento, mas mentores formais entram na relação para atender às necessidades da organização ou para serem bons empregados. Apesar de em alguns programas formais os mentores receberem mais reconhecimentos explícitos do que os mentores informais, aqueles recebem menos recompensas intrínsecas relacionadas aos seus estágios de desenvolvimento de vida. Assim, mentores formais são menos intrinsecamente motivados a continuar com a relação de mentoria, são mais impessoais e se envolvem menos com o

desenvolvimento de seus mentorados que os mentores informais (RAGINS, COTTON e MILLER, 2000).

As mentorias formal e informal também diferem em relação à sua duração e à sua estrutura. As relações informais não são estruturadas pela organização; os parceiros encontram-se tantas vezes quanto desejável ou quanto for necessário durante todo o relacionamento, que geralmente dura entre três e seis anos (KRAM, 1985). Em contraposição, a formal é geralmente contratada para durar entre seis meses e um ano e o modo, a frequência do contato podem ser esporádicos ou especificados no contrato assinado pelas duas partes. A curta duração pode reduzir a influência do mentor na carreira e nas atitudes do mentorado (RAGINS, COTTON e MILLER, 2000).

Outra diferença é o propósito do relacionamento. As relações de mentoria informais são geralmente focadas em ajudar os mentorados a conquistar objetivos de longo prazo (KRAM, 1985). As formais são contratadas mais comumente para focar objetivos de carreira de curto prazo e aplicáveis somente às posições correntes dos mentorados (GEIGER-DUMOND e BOYLE, 1995 *apud* MURRAY, 2001).

Um aspecto importante na literatura de mentoria diz respeito às funções exercidas pelo mentor. Kram (1985) distingue duas funções da mentoria: a psicossocial e a relacionada com a carreira. Essas funções são distintas, mas não inteiramente separadas. Um mentor pode oferecer a seu mentorado uma variedade de funções psicossociais, incluindo amizade, aconselhamento e aperfeiçoamento profissional. Dentro das funções relacionadas com a carreira estão orientação, tarefas desafiadoras e exposição ou visibilidade na profissão.

Nem sempre uma relação de mentoria reflete o mentor descrito anteriormente. Quando numa mentoria existem necessidades e preocupações conflitantes, os objetivos da relação - desenvolvimento de carreira e pessoal para ambos, podem não ser alcançados.

Entretanto, existe um consenso na literatura de que uma relação eficaz de mentoria oferece desenvolvimento profissional e apoio psicológico ao mentorado (KRAM, 1985; NOE, 1988) e o mentor, ao exercer suas funções, além de contribuir para o desenvolvimento de um novo talento recebe reconhecimento e respeito dos colegas e dos superiores (KRAM, 1985).

1.2 Residência médica

Apesar dos programas de mentoria no mundo dos negócios terem uma história relativamente recente – três últimas décadas do século passado - já são objeto de estudo de muitos pesquisadores. Uma grande variedade de estudos sobre mentoria existe na literatura acadêmica e gerencial americana (KRAM, 1985; KRAM e ISABELLA, 1985; NOE, 1988; BURKE, 1989; HIGGINS e KRAM, 2001; RAGINS, 1989), mas poucos na área de mentoria aplicada à saúde (WALSH, 1999). No entanto, o paradigma da mentoria vem sendo usado extensamente na área de saúde há muito mais tempo. Internatos e residências fazem parte dos programas de saúde e são considerados componentes importantes da experiência acadêmica (WALSH, 1999), apesar de não tão estudados.

As residências médicas parecem constituir-se exemplos de mentoria formal na área de saúde. Um programa de mentoria formal é criado com o objetivo de melhorar o processo de desenvolvimento profissional de jovens profissionais (BURKE, 1989). Numa residência, os profissionais mais experientes contribuem para a iniciação e para o aperfeiçoamento dos profissionais mais jovens, atendendo à definição de Kram (1985). Tais processos são estruturados por uma organização e com prazo determinado para terminar (RAGINS, COTTON e MILLER, 2000) e existem na maioria dos programas de

saúde, sendo percebidos como componentes fundamentais da experiência acadêmica (BOWLYOWN, 1990; DALTON e BISHOP, 1995; REID & WEBB, 1996 *apud* WALSH, 1999). Podem oferecer apoio acadêmico, profissional e emocional aos residentes médicos, aumentando a confiança profissional e as habilidades de liderança dos mesmos (CIULLA, 2000). Algumas relações residentes-preceptores (mentorados-mentores), são temporárias e relacionadas a projetos; outras resultam em relacionamentos duradouros que transcendem a experiência acadêmica (WALSH, 1999).

Em algumas faculdades de medicina nos EUA existem prêmios por Excelência em Mentoria, o que estimula um envolvimento maior dos professores-preceptores com os residentes. O premiado em 1996 do Harvard Medical/Dental School of Excellence in Mentoring Award, Dr. Marshall A. Wolf, professor da Faculdade de Medicina e diretor de treinamento dos programas de residência médica no Brigham and Women's Hospital, afirmou, em discurso, que seus mentores ofereceram inestimável ajuda no desenvolvimento de sua carreira. Acrescentou que a questão-chave na mentoria é encontrar o professor (mentor) certo para ajudar seus protegidos a alcançarem seus objetivos, mantendo-os no caminho certo (<URL:<http://www.news.harvard.edu/gazette/1996/11.21/MarshallWolf.html>> [3 de fevereiro 2002]).

Na página da Universidade Federal de Pernambuco foram encontradas informações sobre a história da residência médica no Brasil (<URL:<http://www.ufpe.br/hcrm/medicina.html>> [3 de fevereiro de 2002]>). As residências médicas fazem parte da formação acadêmica dos médicos desde 1945, quando foi implantado o primeiro Programa de Residência Médica no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, na especialidade de ortopedia. Em 1948, o Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro instalou também o Programa de Residência Médica em cirurgia geral, clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia.

Quanto a Pernambuco, o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco e o Hospital Pedro II instalaram Programas de Residência Médica em 1958, nas especialidades de Ginecologia, Oftalmologia, Clínica cirúrgica, Psiquiatria e Clínica médica. Na ocasião foram selecionados sete residentes em regime de tempo integral e dedicação exclusiva.

Em 1964, a Associação Brasileira de Ensino Médico (ABEN) esclarece que a residência é: "...forma de ensino de pós-graduação pelo qual o médico recém formado, no cumprimento de um programa específico deve aperfeiçoar-se no exercício da profissão, trabalhando em regime de dedicação exclusiva em serviços hospitalares universitários ou não, sob orientação contínua de professores ou de outros médicos de reconhecida competência, de experiência amadurecida e de elevado conceito ético.

Em 1970, o Conselho Federal de Educação do MEC – Ministério de Educação e Cultura - definiu a residência médica como de indispensável importância para a formação do médico profissional de alto nível bem como do professor e pesquisador em Medicina, tornando-se pré-requisito obrigatório para os cursos de Mestrado e Doutorado.

De acordo com as informações fornecidas pela Coordenadora da Residência Médica do Hospital Osvaldo Cruz e também Coordenadora da Regional Nordeste I do Conselho Nacional da Residência, Dra. Valdecira Lilio de Lucena, em 1971 a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco instalou seu programa de residência médica no Hospital Osvaldo Cruz, oferecendo as especialidades de Pediatria, Clínica médica, Anestesia, Cirurgia, Hematologia e Traumatologia. O programa teve, então, vinte e cinco residentes distribuídos nas diversas especialidades.

Em 5 de setembro de 1977, através do decreto nº 80.281, foi regulamentada a residência médica. Em 7 de agosto de 1978 foi aprovado o Regimento Interno da Comissão Nacional de Residência Médica. Esta comissão é composta por 10 membros e tem as seguintes atribuições: credenciar programas, definir normas gerais dos programas, estabelecer requisitos mínimos para as instituições, assessorar as instituições para o

estabelecimento dos programas, avaliar periodicamente os programas e sugerir modificações ou suspender o credenciamento do programa.

Apesar da importância que o Ministério de Educação e Cultura reconhece na residência médica, demonstrada por toda a legislação existente especificamente para a questão, não foi identificada a existência de estudos sobre como os residentes médicos no Brasil percebem esta experiência; mais ainda, desconhece-se que papel os médicos experientes exercem no desenvolvimento profissional dos jovens médicos.

Este estudo contribui para conhecer um pouco sobre as percepção dos médicos residentes sobre esta experiência. Ao pesquisar quem são os mentores, quais as funções que eles exercem e qual a importância atribuída a estas funções pelos residentes foi possível examinar também a residência médica nos hospitais universitários de Pernambuco sob a ótica de um programa de mentoria formal. Teve-se ainda, a oportunidade de ampliar o que já é conhecido sobre as relações de mentoria de uma forma geral, com ênfase especial na área de saúde.

Para obter uma melhor compreensão do fenômeno, a pesquisa foi feita com os médicos residentes engajados nos programas de residência médica dos dois hospitais universitários de Pernambuco - Hospital das Clínicas e Hospital Osvaldo Cruz. A escolha dos médicos residentes dos hospitais universitários resultou da proximidade destes aos centros de pesquisa e ensino, ambiente propício ao desenvolvimento das relações de mentoria. Nos programas de residência em outros hospitais, os médicos residentes, acredita-se, têm um perfil diferente, uma vez que estão mais envolvidos com aspectos profissionais.

1.3 Problema de pesquisa

Como as relações de mentoria constituem um instrumental de grande valia para melhorar o desenvolvimento dos indivíduos, apoiando o desenvolvimento de suas carreiras e o seu crescimento pessoal, o estudo propôs-se a pesquisar o fenômeno da mentoria na vivência dos médicos residentes dos hospitais universitários de Pernambuco de acordo com a percepção dos mesmos.

Em 1985, Kram sugeriu que os indivíduos procuram mais de uma pessoa ou mentor para assisti-los no desenvolvimento de suas carreiras. Baseado nesta proposta as perguntas de pesquisa que nortearam este estudo foram:

1. Quem (primeiro em ordem de importância) desempenha as funções de mentoria?

Kram afirma que existem dois tipos de funções de mentoria: as de carreira e as psicossociais e que nas relações de mentoria nem todas as funções são oferecidas. Assim, a segunda pergunta feita aos residentes foi:

2. Quais as funções desempenhadas pelos mentores?

Uma vez definidas quais as funções desempenhadas foi avaliada a importância que eles dão a cada uma delas, perguntando:

3. Qual a importância a elas atribuídas pelos médicos residentes?

Para atender ao que o estudo se propôs, foi criado um instrumento visando, através dele, obter as respostas das perguntas de pesquisa junto aos médicos residentes dos hospitais universitários de Pernambuco de acordo com a percepção dos mesmos.

1.4 Objetivo geral

O objetivo geral desse estudo foi pesquisar as percepções dos médicos residentes nos hospitais universitários de Pernambuco sob a ótica da mentoria. Buscou-se identificar quem desempenha as funções de mentor, quais as funções exercidas e qual a importância a elas atribuídas pelos médicos residentes e, a partir daí, apresentar reflexões sobre o papel da mentoria nos programas de residência que venham a contribuir para o desenvolvimento profissional dos jovens médicos.

1.5 Objetivos específicos

Com base nas percepções dos médicos residentes, foram objetivos específicos desse estudo:

- ✓ Identificar e caracterizar quem exerce as funções da mentoria. Descobrir se o mentor formal, o preceptor, é percebido como influenciador da carreira dos residentes ou se este papel é exercido por outros profissionais, mentores informais;
- ✓ Caracterizar as funções de mentoria exercidas;
- ✓ Analisar a importância atribuída às funções exercidas.

Particularmente, a pesquisa buscou aprofundar a percepção dos residentes em relação a quem desempenha a função de mentor, se seus mentores formais – preceptores, como são designados nos programas de residência médica, ou mentores informais – outros profissionais, dentro ou fora da organização onde fazem residência. Além disso, investigou-se quais as funções exercidas e finalmente, a importância a elas atribuídas pelos médicos residentes.

1.6 Justificativa

O interesse pela problemática da mentoria é bastante recente, constituindo-se um vasto campo para pesquisas. Apesar de ser foco de atenção de uma quantidade significativa de estudos acadêmicos tanto nos Estados Unidos, quanto na Europa, a mentoria não tem recebido no Brasil muita atenção, o que caracteriza uma lacuna na pesquisa brasileira do Comportamento Humano. Estudar as percepções dos médicos engajados em programas de residência médica trouxe relevância à pesquisa, uma vez que, mesmo na literatura americana, apesar de serem muitos os estudos na área gerencial, são muito poucos os na área de saúde (WALSH, 1999).

Estudos têm mostrado que relações de mentoria estão relacionadas a um maior desenvolvimento, progresso e satisfação nas carreiras dos mentorados (HIGGINS e KRAM, 2001). Uma relação de mentoria oferece ao mentorado condições importantes no processo de socialização, contribuindo para a formação do seu comportamento profissional e dos seus valores (WALSH, 1999).

A pesquisa se propôs a entender quem exerce a mentoria, quais as funções de mentoria são praticadas, em que medida são praticadas e qual a importância atribuída a estas funções na percepção dos médicos integrantes dos programas de residência médica dos hospitais universitários de Pernambuco. Este estudo contribuiu para compreender a influência do fenômeno da mentoria na área de saúde e, em especial, sua importância para o desenvolvimento profissional dos médicos residentes em Pernambuco. Assim, esta investigação ampliou os conhecimentos teóricos existentes na área, preenchendo uma lacuna na literatura acadêmica brasileira.

Quanto ao contexto estadual, através desta pesquisa, os hospitais universitários poderão avaliar de que forma os programas de residência médica estão contribuindo para o desenvolvimento pessoal e profissional dos médicos residentes. Considerando a residência

médica como um programa de mentoria formal, o resultado de estudo junto aos residentes pôde evidenciar até que ponto os programas de residência médica dos hospitais universitários de Pernambuco estão atendendo o que está estabelecido na literatura de mentoria sobre programas de mentoria formais. Práticas e políticas poderão ser reavaliadas, enriquecendo os referidos programas. Os resultados obtidos podem contribuir para o aperfeiçoamento dos mesmos em Pernambuco, servindo ainda de referência para outros estudos no Brasil.

O desenvolvimento desta pesquisa contribuiu para a teoria na medida em que, a partir de uma revisão de literatura publicada nos EUA e na Europa, estudou suas aplicações no Brasil, possibilitando introdução de novos conhecimentos que fornecerão novos elementos para debates e novas pesquisas acadêmicas. Na prática, os resultados da pesquisa podem fornecer subsídios para a melhoria dos programas de residência médica e conseqüentemente, para o desenvolvimento profissional dos médicos residentes. As experiências de mentoria dos jovens médicos podem ter impactos imediatos nas suas carreiras e também motivá-los para se tornarem mentores em ambientes acadêmicos ou profissionais no futuro (KIRSLING e KOSHAR, 1990 *apud* MANN, 1992).

2

Abordagem teórica

Apesar da descrição das mentorias serem relatadas desde a Grécia antiga, só nas últimas três décadas do século passado é que pesquisas empíricas têm sido conduzidas, sendo por isso o conhecimento sobre mentoria ainda muito fragmentado (CHAO, 1997).

Os teóricos do desenvolvimento de adultos acreditam que a mentoria traz benefícios para o desenvolvimento pessoal e profissional dos indivíduos (DALTON, THOMPSON e PRICE, 1977; HALL, 1976; *apud* HIGGINS e KRAM, 2001; LEVINSON et al., 1978) e também está relacionada com satisfação com a carreira e desenvolvimento (FARGESON, 1989). O mentor oferece grande quantidade de assistência tanto para a carreira quanto para o suporte psicossocial (THOMAS e KRAM, 1988 *apud* HIGGINS e KRAM, 2001).

A mentoria é o resultado de uma troca entre um mentor e um mentorado. As relações com mentores possibilitam jovens adultos entrarem com sucesso no mundo dos adultos uma vez que oferecem simultaneamente assistência para o crescimento da carreira e estabelecimento de identidades distintas. Neste primeiro estágio de sua carreira eles estão formando, além da identidade ocupacional, um sonho, relações de confiança e de mentoria (LEVINSON et al., 1978). Buscam relacionamentos no trabalho que ofereçam oportunidades para resolver os dilemas do início de carreira (KRAM, 1983). Em contraste, o adulto mais experiente ao entrar numa relação de mentoria tem a oportunidade de

redirecionar suas energias para ações criativas e relevantes, confrontando-se com desafios de redefinir sonhos futuros, finalizando realizações passadas (KRAM, 1983).

Segundo Noe (1988), a pesquisa sobre os benefícios das relações de mentoria ainda estão na infância. Esclarece que o construto *mentoria* continua ainda indefinido, apesar dos estudos realizados que visam identificar os benefícios ganhos pelos mentorados. A explicação disso poderia ser a ausência de concordância em relação às funções oferecidas pelos mentores e às diferenças nos propósitos e no alcance da formalização dos programas de mentoria nas organizações. No entanto, os estudos revelam alguns pontos em comum. O mentor é geralmente um profissional experiente que serve de modelo, fornece apoio e direção aos planos de carreira e pessoal do profissional mais jovem e muitas vezes, influencia nas oportunidades de carreira destes.

As relações de mentoria podem ser distribuídas num *continuum* sendo distinguidas pelo grau de poder do mentor, do nível de identificação com o mentor e de intensidade do envolvimento com o mentor (MISSIRIAN, 1980; SHAPIRO, 1980 *apud* HILL et al., 1989). Podem ser de dois tipos: formal e informal. A diferença básica entre os dois está em como a relação acontece. As mentorias informais não são gerenciadas ou estruturadas e nem são reconhecidas pela organização. Tradicionalmente, são relações espontâneas que acontecem sem envolvimento externo da organização. Pesquisas mostram que a maior parte das relações de mentoria é informal e estas relações se desenvolvem por existir interesses comuns, admiração ou necessidades de trabalho que requerem habilidades de mais de uma pessoa. Nas relações de mentoria informal as trocas vão além do trabalho, estendendo-se para interesses pessoais, necessidade e valores (PHILLIPS-JONES, 1983 *apud* NOE, 1988).

Por outro lado, as mentorias formais são gerenciadas e sancionadas pela organização (CHAO, WALTZ e GARDNER, 1997). No ambiente de trabalho, mentoria é

uma questão complexa que envolve as variáveis interpessoais, posicionais, ocupacionais e organizacionais (KOBBERG, BOSS, CHAPPEL e RINGER, 1994). As organizações reconhecem a importância dos programas de mentoria e têm procurado formalizar estas relações como parte de programas de desenvolvimento de carreiras (NOE, 1988). Os mentores podem ajudar recém-chegados a se adaptar ao ambiente, aprender a cultura organizacional e fazer contatos para crescer (KOBBERG, BOSS, CHAPPEL e RINGER, 1994).

Os mentores são geralmente definidos como indivíduos com bastante experiência e conhecimento e estão comprometidos em proporcionar desenvolvimento e suporte às carreiras dos seus mentorados (KRAM, 1985). Mentores possuem excelentes habilidades interpessoais e competência técnica bem como uma tendência de querer contribuir para o crescimento de outras pessoas (HUNT e HUNT, 1983 *apud* WALSH, 1999).

Na visão de Zey (1997, p. 7)

...mentor é a pessoa que supervisiona a carreira e o desenvolvimento de outra pessoa, geralmente um jovem, ensinando, aconselhando, oferecendo apoio psicológico, protegendo e algumas vezes promovendo ou patrocinando. O mentor deve desempenhar algumas ou todas estas funções durante a relação de mentoria.

As funções da mentoria são características essenciais que diferenciam o desenvolvimento de relações de outros tipos de relação no trabalho. Um grande número de pesquisadores identificou uma variedade de funções ou papéis da mentoria que interferem de maneira singular no desenvolvimento da relação (KRAM, 1988). Estas funções podem ser sumarizadas em duas categorias: as funções de carreira e as funções psicossociais. As funções de carreira são aquelas que envolvem aspectos de desenvolvimento profissional. As funções psicossociais envolvem aspectos de senso de competência, identidade e efetividade no desempenho do papel profissional (KRAM, 1988).

As funções de carreira são os aspectos da relação mais ligados à organização e incluem patrocínio, exposição-visibilidade, “*coaching*”, proteção e tarefas desafiadoras. São os aspectos da relação de mentoria que preparam para o desenvolvimento na carreira.

A mais freqüentemente observada das funções de carreira é o patrocínio (KRAM, 1988). O patrocínio é o apoio público do mentor ao mentorado e sendo um fator crítico para o desenvolvimento do mentorado na organização. Ajuda o mentorado a construir uma reputação, conseguir visibilidade e ter oportunidades de trabalho que o preparem para posições mais altas (DREHER e DOUGHERTY, 1997), podendo acontecer tanto em reuniões formais quanto em discussões informais com colegas, superiores e subordinados que participam de tomadas de decisão. Os indivíduos ganham “poder refletido” de seus patrocinadores (KANTER, 1977 *apud* KRAM, 1988). Não é apenas o que o patrocinador diz sobre o indivíduo, mas também o conhecimento que ele patrocina que cria oportunidade de desenvolvimento (KRAM, 1988). Confiar num patrocínio único, no entanto, pode ser uma estratégia arriscada, pois se o patrocinador por alguma razão deixa a organização, a carreira do indivíduo sofre. Aparentemente o patrocínio oferece benefícios apenas ao mentorado, no entanto, o mentor, ao patrocinar alguém que se destaque profissionalmente, ganha credibilidade por sua capacidade de julgar e escolher. O inverso pode representar um risco para o mentor.

A exposição-visibilidade ocorre quando a oportunidade para demonstrar competência e desempenho é criada pelo mentor (KRAM, 1988). Ao dar tarefas e responsabilidades, o mentor permite ao mentorado aprender sobre partes da organização em que ele quer entrar, contatando pessoas de níveis superiores ou de outras áreas e criando, assim, oportunidades futuras. Para o mentor, oferecer esta função pode significar um risco equivalente ao de oferecer patrocínio. Se o mentorado desempenha bem as tarefas

vai referendar a escolha feita pelo mentor, mas se o contrário acontece, pode prejudicar sua reputação na organização (KRAM, 1988).

“*Coaching*” é um processo que possibilita o aprendizado e o desenvolvimento acontecerem e o desempenho melhorar (PARSLOE e WRAY, 2001). O mentor exerce um papel semelhante ao treinador de um time esportivo (DREHER e DOUGERTTY, 1997) sugerindo estratégias para o mentorado alcançar objetivos de trabalho e assim conseguir o reconhecimento e a concretização das aspirações de carreira (KRAM, 1988). Ele oferece ainda “*feedback*”, destacando pontos fortes e fracos em situações críticas (DREHER e DOUGERTTY, 1997). É uma função importante, tanto nos estágios iniciais da carreira como nos avançados. O mentor cresce ao oferecer “*coaching*” ao mentorado. Ao passar conhecimentos e perspectivas ao mentorado confirma a importância da sua experiência (KRAM, 1988).

Proteção acontece em algumas ocasiões em que a visibilidade não é interessante para o mentorado, então o mentor opta por assumir a responsabilidade por contatos com pessoas de níveis mais elevados, por ainda não ser o momento adequado. Proteção envolve não permitir publicidade negativa em situações difíceis e assumir posições em situações controversas, quando o mentorado não está preparado para tomar decisões satisfatórias (KRAM, 1988). Pode ser valioso o papel do mentor em situações em que o mentorado não tem ainda experiência ou habilidade política, reduzindo assim riscos de prejuízo à reputação do mentorado (DREHER e DOUGERTTY, 1997). Ao oferecer esta função o mentor demonstra sua habilidade para desenvolver um jovem profissional protegendo-o de riscos e de críticas desnecessárias que pudessem vir a prejudicar sua reputação (KRAM, 1988).

A função de promover tarefas desafiadoras caracteriza uma relação efetiva entre chefe e subordinado (mentor-mentorado). As tarefas desafiadoras apoiadas por

treinamento técnico e *feedback* desenvolvem competências específicas e senso de realização profissional. Esta função apesar de ser limitada no impacto direto do desenvolvimento de carreira é essencial na preparação do jovem profissional para executar tarefas difíceis. O papel do mentor ao dar apoio e “feedback” possibilita que o mentorado não se sinta pressionado pela complexidade da tarefa nem que está sendo muito cobrado para aquele momento. Esta função possibilita ao mentor oportunidade de delegar responsabilidades técnicas específicas. Não sendo oferecida esta função, o mentorado fica despreparado para assumir maiores responsabilidades e autoridade. (KRAM, 1988).

A segunda categoria de funções, as funções psicossociais, são aquelas em que os mentores oferecem apoio na forma de aconselhamento e amizade (WALSH, 1999). O apoio emocional geralmente contribui para identidade profissional do mentorado e pode ser essencial no desenvolvimento da carreira (KRAM, 1983). Estas funções incluem: servir de modelo apropriado de atitudes, valores e comportamento; comunicar aceitação-confirmação; oferecer aconselhamento nas ansiedades e nos medos e interagir informalmente demonstrando amizade ao mentorado (NOE, 1988). Quanto maior o número de funções que o mentor oferece, mais benéfica será a relação com o mentorado (KRAM, 1985).

Servir de modelo é a função psicossocial mais freqüentemente mencionada. O mentor oferece um modelo para ser seguido. Isto requer que o mentor ofereça um exemplo desejável e que o mentorado se identifique com ele. O servir de modelo traz benefícios para ambos na relação. O mentorado, identificando-se com seu mentor, descobre características até então não percebidas e o mentor redescobre características suas esquecidas, observando a extensão destas características que foram incorporadas pelo mentorado (KRAM, 1988).

Aceitação-e-confirmação também traz benefícios para ambos. Para o mentorado, ao desenvolver competência no mundo do trabalho, a aceitação-confirmação oferecida pelo mentor traz apoio e encorajamento. Para o mentor, quando o desenvolvimento e o reconhecimento já são menos freqüentes, a aceitação-confirmação do mentorado oferece apoio pelo reconhecimento de sua sabedoria e sua experiência que está sendo repassada (KRAM, 1988).

O aconselhamento é a função psicossocial que possibilita a um indivíduo explorar suas preocupações pessoais. Ao exercer esta função o mentor oferece um fórum onde o mentorado pode conversar sobre suas ansiedades, medos e ambivalências que podem diminuir sua produtividade no trabalho. Ao oferecer aconselhamento, o mentor torna-se confidente do mentorado. O que é partilhado na relação vai além dos limites da maior parte das relações hierárquicas (KRAM, 1988).

A amizade é caracterizada por uma interação social que resulta em entendimentos e trocas informais agradáveis sobre o trabalho e fora dele. Ambos sentem-se satisfeitos, neste contexto uma vez que melhora as relações no trabalho. A amizade permite que o mentorado sinta-se mais como colega com o mentor. Uma relação que promova esta função combina elementos de relacionamento de pais, professores e bons amigos. Também traz benefícios para o mentor, pois faz uma conexão com sua juventude permitindo que demonstre sua habilidade de relacionar-se com a geração mais jovem. Ajuda ao mentor manter sua vitalidade (KRAM, 1988).

Como anteriormente referido, as funções de carreira e as psicossociais não são totalmente distintas. São moldadas para o que cada um está procurando ou oferecendo. Ao longo do tempo, à medida que os indivíduos mudam, tende a se alterar a importância das funções. Além disso, a importância das funções oferecidas na relação pode ser afetada pelas habilidades interpessoais e pelas capacidades de cada indivíduo (KRAM, 1988).

Numa mentoria é essencial observar as funções que estão sendo oferecidas, pois, dependendo da extensão, o mentor ganha reconhecimento e respeito dos colegas e superiores por desenvolver um novo talento, recebe apoio do mentorado que procura aconselhamento e experimenta satisfação por ajudar uma pessoa menos experiente a navegar de forma mais eficaz no mundo do trabalho (KRAM, 1988). O fato de tanto o mentor quanto o mentorado serem beneficiados pela relação faz com que ela seja vital e significativa (KRAM e ISABELLA, 1985). Mentoria é uma relação que é desenvolvida por ambas as partes e traz benefícios para ambos os membros (MULLEN, 1994).

Na maior parte das relações de mentoria nem todas as funções são oferecidas (KRAM, 1988). Nas relações de mentoria as funções oferecidas variam de relação para relação e também variam dependendo do estágio da relação (RAGINS, 1997). As relações de mentoria que oferecem uma gama completa de funções de carreiras e psicossociais são consideradas para exemplificar relações clássicas de mentoria (CLAWSON, 1980; KRAM, 1985; PHILLIPS-JONES, 1982 *apud* NOE, 1988). Relações de mentoria clássicas são caracterizadas por níveis de comprometimento elevados tanto do mentor quanto do mentorado o que é considerado crítico para o desenvolvimento pessoal. Segundo os resultados do estudo de Mullen (1998) o melhor nível de combinação de funções de mentoria oferecidas é desempenhado por mentores que iniciaram a relação, mentores que percebem que são valorizados pela organização, mentores que permitem que seus mentorados os influenciem e mentores que investem mais tempo com seus mentorados.

Noe (1988) afirma que o estudo mais sistematizado e detalhado sobre o processo de mentoria foi o conduzido por Kram e colegas (KRAM, 1983,1985; KRAM E ISABELLA, 1985), quando entrevistas em profundidade foram conduzidas com dezoito gerentes de uma organização do setor público para identificar as funções oferecidas pelos mentores. No entanto a pesquisa não avançou muito depois. Poucos estudos empíricos

foram conduzidos sobre as relações de mentoria, apesar de Hunt e Michael (1983) terem criado uma excelente estrutura conceitual para a pesquisa sobre mentoria (NOE, 1988). Uma tentativa para desenvolver uma medida para as funções de mentoria foi feita por Olian, Giannantonio e Carrol (1985) que identificou que os mentores eram percebidos como que oferecessem dois papéis, que foram semelhantes aos identificados por Kram (NOE, 1988). Apoiado nestes estudos e também nos desenvolvidos com base nas funções de carreira e funções psicossociais identificados em prévias análises qualitativas e estudos descritivos sobre relações de mentoria - Burke, 1984; Roche, 1979; Zey, 1984, Noe desenvolveu uma medida com trinta e dois itens. Estes itens representavam as funções de mentoria descritas na teoria e buscavam determinar o quanto às funções eram oferecidas pelos mentores.

Os resultados obtidos por Noe (1988) sugeriram que os mentores oferecem dois tipos de funções, as funções de carreira e as funções psicossociais. Segundo Noe (1988) estes fatores foram praticamente idênticos aos obtidos por Kram (1983) e Olian et al. (1985).

Ao enfatizar a importância das funções oferecidas, Chao (1997) afirma que os estudos de Scandura (1992), Chao et al. (1992) e Orpen (1995) encontraram significantes relações entre as funções de mentoria e os benefícios. Quanto maior o nível de funções oferecidas, maiores os benefícios.

Numa relação de mentoria a confiança e o mútuo entendimento precisam existir, uma vez que o mentor ajuda uma pessoa a tornar-se o que aquela pessoa aspira ser, realizando todo o seu potencial. Um grande número de testemunhos, estudos de caso e pesquisas descritivas sugerem que o mentor pode facilitar o desenvolvimento pessoal e o crescimento profissional de seus mentorados na organização (NOE, 1988). Mas como nem todos os mentores são efetivos (RAGINS, 1997), os pesquisadores recentemente

começaram a considerar a existência de níveis de satisfação diferentes nas relações de mentoria e a examinar também a influência do comportamento do mentor na qualidade dos relacionamentos de mentoria.

Como em qualquer outra relação, os níveis de qualidade se distribuem ao longo de um *continuum*, variando de muito satisfatória, marginalmente satisfatória, não satisfatória até muito insatisfatória (RAGINS, COTTON e MILLER, 2000). As relações são dinâmicas e estão sempre mudando; enquanto melhoram em determinado estágio, podem tornar-se menos satisfatórias e até destrutivas em outra (KRAM, 1988).

Segundo Zey (1997), a maior parte das relações de mentoria progridem sem problemas – a carreira dos participantes avançam, e a organização deles ganha benefícios residuais positivos. No entanto, nem sempre isto acontece e os problemas geralmente ocorrem porque mentor e mentorado falham em avaliar as necessidades, os objetivos e as intenções um do outro.

As dificuldades numa relação de mentoria resultam de uma combinação de fatores que podem ser divididos em dois tipos principais (ZEY, 1997, p. 162):

♦ Problemas na relação com o mentor

1. Falha na comunicação de necessidades
2. Falha na comunicação de objetivos
3. Falha do mentorado de avaliar corretamente as intenções do mentor
4. Excesso de dependência emocional

♦ Problemas entre os membros da relação de mentoria e a organização

1. Falha de ambas as partes em avaliar o ambiente político
2. Inabilidade do mentor para controlar o ambiente político
3. Falha do mentorado em estabelecer outras alianças
4. Falha do mentor em promover o mentorado de nível, definir nova descrição de trabalho e poder.

A literatura sobre desenvolvimento profissional tem associado relações de mentoria efetivas com numerosos benefícios individuais e resultados organizacionais (GODSHALK e SOSIK, 2000). Kram (1988) sugere que atenção à qualidade da relação é fundamental para obter efetivo desenvolvimento, qualidade de vida no trabalho satisfatória

e eficácia organizacional. A importância que os indivíduos colocam nas relações interpessoais no trabalho terá influência significativa nas relações de mentoria (KRAM, 1985). Numa relação de mentoria de sucesso, os mentorados permitem que os mentores influenciem seus desenvolvimentos, moldando-os, aconselhando-os, oferecendo-lhes exposição e visibilidade, designando-lhes tarefas desafiadoras e protegendo-os das políticas organizacionais.

As relações de mentoria eficazes promovem desenvolvimento de carreira e apoio psicológicos aos mentorados. Assim, quanto maior o número de funções de carreira e psicossociais que o mentor oferecer, maior será a qualidade da relação com o mentorado (GODSHALK e SOSIK, 2000). Independentemente do tipo de relação de mentoria, formal ou informal, espera-se que dependendo das funções oferecidas o mentorado reportará maior socialização, maior satisfação com o trabalho e maior salário (CHAO et al., 1992).

Boas relações de mentoria podem levar a resultados positivos, relações ruins podem ser destrutivas (SCANDURA, 1998 *apud* RAGINS, 2000). Nem sempre os mentores são efetivos (RAGINS, 1997; RAGINS e COTTON, 1993). Isto ocorre por não terem afinidades com seus mentorados, por não terem as habilidades necessárias ou ainda, por usarem técnicas inadequadas – embaraçarem seus mentorados na frente de colegas, serem senhores absolutos dos seus mentorados ou intencionalmente sabotarem o desenvolvimento da carreira de seus mentorados (DARLING, 1985; MEYERS e HUMPHREYS, 1985 *apud* EBY et al., 2000). As relações de mentoria não são simples, variam num *continuum* de eficácia e têm sido pouco pesquisadas (RAGINS, COTTON e MILLER, 2000). Só recentemente a influência do comportamento do mentor na qualidade das relações de mentoria começou a ser estudado (GODSHALK e SOSIK, 2000).

A maior parte dos estudos empíricos de mentoria tem focado de uma forma limitada no desenvolvimento e promoção profissional (BOLTON, 1980; CARDEN, 1990;

HEALY e WELCHERT, 1990; KRAM, 1985; MERRIEN, 1983 *apud* LIANG et al, 1998). Este modelo tradicional esquece as qualidades holísticas descritas por Levinson (1978) quando definiu a mentoria como uma forma de relação de amor (LIANG et al., 1998).

Alguns pesquisadores buscaram observar as relações de mentoria através de uma perspectiva mais ampla, que não fosse apenas uma “transação profissional”, mas como uma relação essencial para o crescimento e desenvolvimento psicológico, destacando a importância de qualidades nos relacionamentos tais como, engajamento mútuo, autenticidade e “*empowerment*” (LIANG et al., 2002). O engajamento é fundamental numa relação como a de mentoria que é descrita como a mais intensa e íntima de relações para ajudar (KRAM, 1985, LEVINSON et al., 1978). As relações de mentoria são aquelas que possuem um alto grau de influência, por haver sentimento de reciprocidade entre o mentor e o mentorado através de um amplo entendimento entre os dois (CLAWSON, 1980 *apud* LIANG et al., 2002), fazendo a autenticidade mútua importante para avaliar a qualidade da relação de mentoria. E, em muitas definições de mentoria, o “*empowerment*” para o mentorado fazer ou experimentar através do ensinamento, exemplo, desafio ou inspiração é mencionado (LIANG et al., 2002).

Os teóricos do “*Relational Model*” (JORDAN, KAPLAN, MILLER, STIVER, SURREY, 1991; JORDAN, 1992,1997; MILLER e STIVER, 1997 *apud* LIANG et al., 2002), uma teoria do desenvolvimento psicológico da mulher, considerando as qualidades citadas, e também baseados em dados clínicos, identificaram as quatro maiores características de crescimento e desenvolvimento de relacionamentos: engajamento mútuo (definido como envolvimento, comprometimento e harmonia da relação), autenticidade (o processo de adquirir conhecimento de si mesmo e do outro e o sentimento de expressar-se livremente no contexto do relacionamento), “*empowerment/zest*” (a experiência de sentir-se capaz, encorajado e inspirado para agir) e a habilidade para lidar com diferenças ou

conflitos (o processo de expressar, trabalhar e aceitar as diferenças de “*background*”, perspectivas e sentimentos) (LIANG et al., 2001).

Pesquisas sobre conexões sociais têm indicado que a qualidade e a natureza das relações podem ser mais importantes que a quantidade e a estrutura (BRYANT, 1985; FIORE, BECKER, e COPPEL, 1983; WALDROP e HALVENSON, 1975 *apud* LIANG et al., 2002). No entanto, a maioria dos programas de mentoria tem dado mais importância a aspectos como frequência de encontros e formação dos pares considerando gênero e etnia. Os resultados das pesquisas de Liang et al., 2002 sugerem que estes aspectos têm uma importância limitada quando comparados com a natureza e a qualidade das relações de mentoria.

Considerando a afirmação de Egan (1996) de que uma relação de mentoria de sucesso requer que as funções do mentor sejam compatíveis com a visão de mundo e forma de aprender do mentorado e que a mentoria faz a diferença para o jovem profissional desenvolver-se e obter sucesso no ambiente de trabalho, este estudo teve como objetivo identificar quem são os mentores dos médicos envolvidos nos programas de residência médica dos hospitais universitários de Pernambuco vista como programa de mentoria formal, quais as funções de mentoria por eles exercidas e finalmente, qual importância atribuída às funções. Os resultados obtidos podem vir a contribuir para aprimorar as relações de mentoria de forma a dar uma dimensão ainda maior ao papel que os programas de residência representam na vida profissional dos jovens médicos. Apoiando-se na literatura apresentada sobre mentoria, e principalmente no instrumento desenvolvido por Noe (1988), buscou-se as percepções dos médicos residentes dos hospitais universitários de Pernambuco sobre suas relações de mentoria para, através dos resultados encontrados na pesquisa, oferecer os subsídios necessários aos responsáveis pelos programas.

3

Metodologia

O capítulo anterior apresentou a fundamentação teórica que embasou este estudo, ou seja, a investigação de quem desempenha as funções de mentor, quais as funções desempenhadas e qual a importância atribuída às funções de acordo com a percepção dos mesmos. A literatura sobre mentoria forneceu o arcabouço teórico desta pesquisa.

Neste capítulo, apresenta-se uma visão geral da metodologia utilizada para a abordagem do problema investigado, visando atingir os objetivos específicos apresentados anteriormente.

3.1 Perguntas e suposições norteadoras do modelo metodológico:

Segundo Trivinos (1995), as perguntas de pesquisa representam o que o pesquisador deseja esclarecer, orientando o trabalho de investigação. Trivinos (1995, p. 107) afirma ainda que: “hipóteses, em geral pertencem ao campo dos estudos experimentais. Os outros tipos de estudo, descritivos e exploratórios, aceitam geralmente, questões de pesquisas, perguntas norteadoras”.

Considerando que a investigação procura identificar quem exerce as funções de mentoria, quais as funções desempenhadas e qual a importância a elas atribuídas na percepção dos residentes, formulou-se as perguntas de pesquisa, a seguir, que nortearão este estudo:

- 1) Quem exerce as funções da mentoria na percepção dos médicos residentes?

Mentores formais ou informais?

- 2) Quais as funções de mentoria exercidas pelos mentores?

- 3) Qual a importância atribuída pelos médicos residentes às funções de mentoria?

3.2 Definição constitutiva e operacional dos termos e das variáveis

3.2.1 Mentoria

DC: Kram (1985) afirma que mentoria:

É uma relação entre um jovem adulto e um mais velho, o adulto mais experiente que ajuda ao indivíduo mais jovem aprender a navegar no mundo adulto e no mundo do trabalho. O mentor apóia, guia e aconselha o jovem adulto como executar esta importante tarefa.

3.2.2 Mentoria formal

DC: “É uma estrutura e uma série de processos desenhados para criar relações de mentoria efetivas; guiar a mudança de comportamento desejada naqueles envolvidos; e avaliar os resultados para os mentorados, mentores e organização” (MURRAY, 2001).

DO: A residência médica foi analisada como um programa de mentoria formal e os preceptores foram considerados os mentores formais dos médicos residentes.

3.2.3 Mentoria informal

DC: “A mentoria informal é aquela que se desenvolve por identificação mútua: mentores escolhem os mentorados, que são vistos como versões mais jovens eles mesmos; e os mentorados selecionam seus mentores àqueles vistos como modelo que do que eles querem ser” (KRAM, 1988).

DO: As relações não estruturadas pela organização com outros profissionais, mentores informais, dentro ou fora da organização a que estão vinculados, as quais não estão sob o controle da mesma.

3.2.4 Tipos de relações de mentoria

DC: De acordo com Ragins, Cotton e Miller (2000), uma relação de mentoria pode ser formal ou informal e varia em algumas dimensões.

a) Formal: seus membros são definidos por terceiros, é estruturada pela organização com prazo determinado para terminar e é focada em objetivos e prazos bem definidos.

b) Informal: seus membros são definidos por afinidade, não é estruturada pela organização nem tem prazo para terminar e tem o foco na carreira do mentorado.

DO: Na residência médica os mentores são definidos pela organização, ela é estruturada pela organização com um prazo determinado para terminar, com objetivos e prazo bem definidos. Preenche então, as características de uma relação formal.

Outros profissionais, que não os definidos pela organização, antes ou durante o programa de residência médica, com quem os médicos residentes tenham estabelecido relações e que tenham contribuído para o desenvolvimento profissional dos mesmos, preenchem as características de uma relação de mentoria informal.

3.2.5 Funções do mentor

DC: Segundo Kram (1988) o mentor desempenha dois tipos de funções: funções de carreira e funções psicossociais. Estas funções são características essenciais que diferenciam as relações de desenvolvimento (mentoria) de outras relações no trabalho.

a) Funções de carreira são aqueles aspectos que aumentam o aprendizado sobre a profissão, preparando o mentorado para o crescimento nela. Elas são possíveis por conta da experiência, posição e influência no contexto organizacional do mentor, incluindo patrocínio, exposição-visibilidade, “coaching”, proteção e tarefas desafiadoras.

b) Funções psicossociais são aqueles aspectos da relação que aumentam o senso de competência, de identidade e de efetividade do indivíduo. Estas funções incluem ser modelo, aceitação-confirmação, aconselhamento e amizade.

DO: A percepção dos residentes sobre o desempenho dos mentores nas suas funções quer sejam de carreira, quer sejam psicossociais. Para definir as funções de mentoria desempenhadas foram utilizados os trinta e dois itens desenvolvidos por Noe

(1988) que se basearam nas funções de carreira e funções psicossociais identificadas em análises qualitativas prévias e estudos descritivos sobre as relações de mentoria, entre outros, Burke, 1984; Kram, 1983,1985; Kram & Isabella, 1985; Zey, 1984.

3.3 Delineamento da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram os médicos residentes dos dois hospitais universitários de Pernambuco – Hospital das Clínicas vinculado à Universidade Federal de Pernambuco e Hospital Osvaldo Cruz, à Universidade de Pernambuco. Foi um estudo cross-seccional, uma vez que os dados coletados representaram as informações e percepções em um momento específico dos respondentes.

Para classificar a pesquisa usou-se o critério de classificação apresentado por Vergara (1990), quanto aos fins e quanto aos meios. Quanto aos fins, foi uma investigação do tipo exploratório-descritivo. Exploratório, porque não se verificou estudos acadêmicos sobre a mentoria no Brasil, apesar de já ser bastante estudado na literatura estrangeira. Descritivo, porque visou descrever as percepções dos médicos residentes sobre a mentoria. Estas pesquisas iniciais pretendem criar condições para a construção do conhecimento sobre o fenômeno no Brasil, possibilitando novas formas de observá-lo.

Quanto aos meios, a pesquisa foi bibliográfica, e de campo. Foi feita uma revisão na literatura estrangeira para embasar a fundamentação teórico-metodológica sobre mentor, funções do mentor e qualidade das relações de mentoria. A pesquisa de campo porque colheu dados e percepções junto aos médicos residentes.

3.4 População e amostra

O universo da pesquisa de campo foi os médicos residentes dos hospitais universitários de Pernambuco que estavam fazendo parte dos respectivos programas de residência médica na ocasião da realização da pesquisa. A população pesquisada, neste estudo, foi formada por cento e cinquenta e um médicos residentes, distribuídos em vinte e dois programas, no Hospital das Clínicas; e cento e onze médicos residentes, distribuídos em onze programas, no Hospital Universitário Osvaldo Cruz.

O HC da Universidade Federal de Pernambuco é uma Instituição vinculada ao Ministério da Educação, com uma função básica de apoiar o ensino de graduação e pós-graduação do Centro de Saúde da UFPE, atuando como hospital-escola e centro de pesquisa científica em todas as áreas da medicina (<http://www.ufpe.br/hc/hospital.htm>). O HUOC, referência em várias áreas da medicina, apóia a pesquisa e a prática do aprendizado na graduação e pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (<http://www.upe.br>).

Segundo Richardson (1999) a dificuldade de se obter informações de todos os indivíduos, seja porque o número de elementos é demasiado grande, os custos elevados, ou ainda porque o tempo pode atuar como agente de distorção, obriga muitas vezes realizar a pesquisa com apenas uma parte dos elementos que formam o grupo.

Na pesquisa social são utilizados diversos tipos de amostragem, que podem ser classificadas em dois grandes grupos: amostragem probabilística e amostragem não-probabilística. A amostragem não-probabilística não apresenta fundamentação matemática ou estatística, dependendo do critério do pesquisador. A amostragem por acessibilidade é um dos tipos de amostragem não-probabilística, onde o pesquisador seleciona os elementos que tem acesso e que possam representar o universo. Este tipo de amostragem é utilizado

em estudos exploratórios e qualitativos onde não é exigido um nível elevado de precisão (GIL, 1999).

Com base na classificação citada, a amostra deste estudo foi definida como não-probabilística por acessibilidade, sendo formada por aqueles médicos residentes que se dispuseram a responder e devolver o questionário.

A amostra utilizada neste estudo foi composta por setenta e cinco questionários, sendo quarenta e quatro dos médicos residentes vinculados ao HC/UFPE e trinta e um dos médicos residentes vinculados ao HUOC/UPE.

Tabela 3.1 – Distribuição da população e amostra dos médicos residentes

Programa de Residência	Médicos residentes	
	População	Amostra
1 Hospital das Clínicas	151	44
2 Hospital Universitário Osvaldo Cruz	111	31

3.5 Instrumento de pesquisa

Para elaboração do questionário utilizado como instrumento de pesquisa, numa primeira fase, devido ao caráter exploratório da pesquisa, foram feitas entrevistas com nove médicos que foram residentes e que tinham concluído suas residência entre 1977 e 1992. As entrevistas foram estruturadas e desenvolvidas a partir de perguntas fixas cuja ordem e redação permaneceu invariável para todos os entrevistados (GIL, 1999). O roteiro das perguntas baseiou-se na entrevista elaborada por Zey (1997). As entrevistas foram realizadas informalmente e as respostas foram anotadas. Depois foi feita uma tabulação das respostas obtidas e a análise do conteúdo das respostas norteou a elaboração do questionário utilizado neste estudo. O

objetivo das entrevistas foi conhecer quem eles consideravam seus mentores, se seus preceptores da residência ou outros médicos, como aconteceu a relação de mentoria, como era a qualidade da relação, quais as funções da mentoria exercidas pelos mentores e se a experiência de ter tido um mentor tinha contribuído para o desenvolvimento de suas carreiras na percepção deles.

Pôde ser percebido que nem sempre os preceptores da residência foram considerados seus mentores. Em alguns casos foram professores, chefes de plantões ainda durante a graduação, familiares e amigos.

Eu era doutoranda e fui designada para ficar na enfermaria do Dr.... Passei um mês no setor e como tivemos um bom relacionamento e cumpri todas as minhas tarefas, ele passou a me incentivar a fazer residência em pediatria e se ofereceu para me ajudar no que precisasse.

Considero que tive quatro mentores. O meu colega de turma era muito quieto e eu, mais extrovertido, fui quem dei o primeiro passo. O segundo e o terceiro, eram chefes de meus plantões, ainda estudante, se aproximaram de mim acho que por conta da minha motivação. O quarto, já durante a residência, eu o procurei por conta de afinidades pessoais além das profissionais.

Eu estava ainda no quarto ano da faculdade de medicina quando decidi fazer residência em oftalmologia. Tenho certeza de que meu mentor influenciou demais na minha escolha. Meu mentor, eu o conheci no meio familiar.

Muitas vezes as relações nasceram de encontros fortuitos. Uns passageiros, outros se fortaleceram com o passar do tempo. Alguns ainda têm contatos com seus mentores, outros apenas a lembrança de como foi marcante a experiência.

Ele (mentor) me influenciou na escolha da minha especialização. Estava no plantão, de madrugada e houve uma chamada para uma cirurgia de emergência. Estava na minha vez na escala e eu tive que ir, apesar de não gostar. Durante a cirurgia ele foi me dando uma verdadeira aula de anatomia. Eu adorei porque além de ser uma cirurgia muito delicada, bonita, não era agressiva e sem muito sangramento, o que me fazia não gostar de outros tipos de cirurgia. Foi uma relação temporária, mas inesquecível. Há três anos eu o reencontrei e tive o prazer de chamá-lo de professor. Ele adorou.

Passamos a ser amigos de fato. Estabelecemos parcerias de trabalho. Comungamos o mesmo pensamento ideológico e humanista. Devo a ele a minha formação ética e moral no trabalho.

Mas todos os entrevistados afirmaram que seus mentores tiveram grande influência nas suas vidas profissionais e muitas vezes também nas suas vidas pessoais.

As influências positivas ou negativas dos relacionamentos de mentoria que estabelecemos ao longo de nossa formação profissional são fundamentais na construção do perfil de profissional que seremos no futuro.

Foi muito importante ter uma influência profissional tão positiva.

Meu mentor, além dos conhecimentos médicos, ensinou-me a ser um bom profissional.

Baseado na análise destas entrevistas foi elaborada a primeira seção do questionário para ser aplicado com os médicos residentes. Este grupo de pessoas contribuiu para discutir com a pesquisadora sobre o problema a ser investigado, obtendo-se a partir daí uma melhor direção ao conteúdo do instrumento de coleta de dados (VERGARA, 2000).

O questionário foi dividido em três seções. Na primeira, perguntou-se ao médico residente quando iniciou a residência, se ele considera ter tido ou não um mentor, qual a posição exercida pelo mentor, onde e quando o conheceu. Na segunda, utilizou-se o instrumento desenvolvido por Noe (1988) para identificar quais as funções oferecidas pelos mentores, utilizando a escala de Likert de cinco pontos, graduada num contínuo que varia de 1 = discordo fortemente até 5 = concordo fortemente. Enriquecendo o estudo de Noe, perguntou-se também qual a importância que o médico residente atribuía a cada uma destas funções, utilizando também a escala de Likert de cinco pontos, graduada num contínuo que varia de 1 = não é importante até 5 = extremamente importante. Na terceira e última seção do questionário foram solicitados dados demográficos dos residentes para serem utilizados como variáveis de controle.

Após a elaboração, o questionário foi aplicado com um grupo de cinco pessoas que preenchiam o perfil desejado e não eram integrantes da amostra desta pesquisa. Este

grupo foi formado por médicos residentes de outros hospitais. Este procedimento, para avaliar a compreensão do instrumento, assumiu uma importância maior uma vez que os questionários seriam preenchidos sem orientação da pesquisadora na maioria dos casos.

3.6 Validação do instrumento de Noe

O instrumento utilizado para medir as funções de mentoria foi elaborado e validado por Noe (1988) em estudos realizados nos EUA baseados em pesquisas e estudos anteriores. O método por ele elaborado para validar as escalas foi utilizado neste estudo. Baseado no resultado da análise fatorial, os escores das escalas foram calculados computando a soma da média dos itens com as maiores cargas de cada fator. A estimativa da confiabilidade da consistência interna foi também calculada para avaliar a homogeneidade das escalas das duas funções. A estimativa da consistência interna para a escala das funções de carreira foi 89. De forma similar, a estimativa da consistência interna da escala para as funções psicossociais foi .92. A intercorrelação entre as escalas das funções de carreira e as funções psicossociais foi .49.

Não foi feita a validação da tradução do instrumento.

3.7 Coleta de dados

Os trabalhos desta pesquisa foram iniciados em agosto de 2002 quando foram feitos contatos com as coordenações da COREME – Comissão de Residência Médica dos

dois hospitais. Nestes contatos informais foi solicitada à pesquisadora uma carta apresentando o projeto de pesquisa para submissão aos coordenadores dos programas de residência e posterior aprovação em reunião da COREME. No caso específico do Hospital das Clínicas - UFPE a pesquisadora fez uma apresentação do projeto na reunião da COREME do hospital em setembro de 2002.

Com a aprovação do apoio nos dois hospitais a pesquisa foi iniciada em outubro no Hospital das Clínicas – HC. Algumas dificuldades aconteceram quando os questionários começariam a ser entregues no HC e que vieram a prejudicar o prazo estabelecido para a conclusão deste estudo. Merecem ser detalhadas uma vez que podem, no futuro, servir de orientação para outros pesquisadores. O projeto de pesquisa havia sido apresentado aos coordenadores dos programas, bem como tinha um parecer favorável do Comitê de Ética do HC. Havia sido definido com a coordenação do programa de residência médica do HC e com coordenadores de cada programa que os contatos com os residentes, sujeitos desta pesquisa, seriam feitos através dos coordenadores.

Ao iniciar a distribuição dos questionários a pesquisadora foi questionada por um dos coordenadores de programas se o projeto de pesquisa havia sido aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Saúde da universidade e alertada para a gravidade do fato. Não era do conhecimento da pesquisadora a necessidade de encaminhar o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos, vinculado ao Centro de Ciências de Saúde da Universidade Federal de Pernambuco. Diante do questionamento a distribuição foi interrompida e ao buscar informações sobre o problema levantado, foi constatado que todas as pesquisas realizadas no Centro de Saúde da UFPE necessitam cumprir as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, devendo ter a aprovação do referido Comitê de Ética antes de ser iniciada a pesquisa. Toda pesquisa feita em centros de saúde precisa ser aprovada pelos comitês de

ética dos centros, que por sua vez encaminham para registro no Ministério da Saúde. As exigências precisavam ser cumpridas antes de ser reiniciada a distribuição dos questionários uma vez que o não cumprimento das normas acarretaria na proibição da publicação do estudo. O processo levou três semanas para ser concluído.

Reiniciado o processo de distribuição dos questionários em novembro, as informações utilizadas nesta pesquisa foram coletadas conforme descrito a seguir:

No HC os questionários foram entregues aos coordenadores de cada programa, ou diretamente aos médicos residentes, quando autorizado pelo coordenador do programa. De acordo com a disponibilidade dos médicos residentes de cada programa foram estabelecidos prazo e local para que os questionários fossem devolvidos.

A devolução dos questionários dos médicos residentes do HC, de uma forma geral, não atendeu ao prazo solicitado. Na primeira tentativa foram devolvidos apenas dezessete questionários. Novos contatos foram feitos com os coordenadores e com médicos residentes para solicitar aos que ainda não haviam devolvido obedecerem ao novo prazo. Muitos contatos foram refeitos e questionários foram reentregues, diretamente aos médicos residentes, pela pesquisadora entre meados de novembro de 2002 e meados de fevereiro de 2003. No total foram devolvidos 44 (quarenta e quatro) questionários, representando 29,1% da população.

Quando surgiu a necessidade de submeter o projeto ao Comitê de Ética do Centro de Saúde da UFPE, foi também preparado um processo de acordo com a resolução acima citada para submissão ao Comitê de Ética da UPE, antecipando-se assim a pesquisadora a problemas que viessem dificultar a aplicação dos questionários com os residentes do Hospital Universitário Osvaldo Cruz - HUOC.

A pesquisa no HUOC foi realizada em fevereiro de 2003 e os questionários foram entregues diretamente aos médicos residentes pela pesquisadora, sendo também estabelecidos prazo e local para devolução.

A devolução dos questionários também não obedeceu aos prazos estabelecidos. Vários outros contatos foram feitos e que resultaram na devolução de 31 (trinta e um) questionários, representando 27,9% da população.

3.8 Análise de dados

Para responder às perguntas de pesquisa foram analisados os dados coletados através dos questionários devolvidos pelos médicos residentes sobre suas percepções sobre relações de mentoria. A estatística descritiva e análises fatoriais foram utilizadas para verificar se as dimensões da literatura são consistentes com as da amostra escolhida.

Os resultados mostraram que os mentores dos médicos residentes são seus preceptores (mentores formais no programa de residência), professores da faculdade de medicina, familiares e amigos. Apenas um dos respondentes afirmou não considerar ter tido um mentor.

De acordo com os resultados obtidos na análise fatorial, todas as funções de mentoria são exercidas, na percepção dos médicos residentes, pelos seus mentores. Na literatura de mentoria as funções exercidas pelos mentores estão representadas por funções de carreira – patrocínio, exposição-visibilidade, coaching, tarefas desafiadoras e proteção e por funções psicossociais – ser modelo, aconselhamento, aceitação confirmação e amizade. Os resultados encontrados confirmam que existe consistência com as dimensões da literatura.

Os médicos residentes percebem os benefícios das relações de mentoria e confirmam a importância das funções exercidas pelos seus mentores. Indo um pouco mais além, ao serem perguntados sobre qual a importância que atribuíam a cada função, afirmaram que gostariam que todas elas fossem ainda mais exercidas. As três funções percebidas como mais importantes foram patrocínio, tarefas desafiadoras e ser modelo. As duas primeiras, funções de carreira, demonstram um certo pragmatismo dos médicos residentes quando focam nos resultados que esperam do programa de residência. Mas a terceira, Ser modelo, demonstra a necessidade de buscar uma referência profissional para seguir.

3.9 Limitações da pesquisa

Entende-se que esta pesquisa contribui no campo teórico-empírico para os estudos sobre mentoria no Brasil. No entanto, uma das limitações deste estudo é a bibliografia quase que na totalidade estrangeira uma vez que não foram encontrados estudos acadêmicos brasileiros. Apenas uma autora, Rosa Elvira Alba de Bernholft, peruana radicada no Brasil, escreveu sobre mentoria em português, baseada na sua experiência como consultora de empresas.

Pode ser considerada outra limitação deste estudo o fato de não terem sido pesquisados médicos residentes em instituições de saúde não vinculadas a universidades. Os médicos residentes que responderam a pesquisa estão vinculados a hospitais próximos a centros de pesquisa, o que pode ser um viés.

A pouca idade e experiência profissional dos respondentes também pode ser uma limitação, uma vez que podem ter interferido na percepção sobre ter tido ou não

mentor e o estudo foi baseado na percepção deles. Nas entrevistas com os médicos que haviam participado de programas de residência, ao refletirem sobre seus mentores, alguns afirmaram que só naquele momento percebiam a importância que aquelas pessoas tinham na sua formação profissional.

As pressões do ambiente de trabalho, a jornada de trabalho intensa e a falta de um momento mais propício para a aplicação dos questionários podem ter desmotivado aos médicos residentes para responderem a pesquisa e conseqüentemente, foi dificultado o retorno de um maior número de respostas. E, devido ao número de resposta, pode também ser considerada uma limitação do estudo, a possibilidade das respostas não representarem as respostas dos que não responderam.

4

Apresentação e análise dos dados

Neste capítulo são analisados os dados coletados através dos questionários devolvidos pelos médicos residentes com o objetivo de identificar suas percepções sobre relações de mentoria.

Procura-se também, responder às perguntas de pesquisa através de estatística descritiva e análises fatoriais para verificar se as dimensões da literatura são consistentes com as da amostra escolhida.

4.1 Descrição da amostra

Os médicos residentes são profissionais graduados em medicina que, através de processo seletivo estabelecido pela instituição em que pretendem ingressar e aprovado pela Comissão Nacional de Residência Médica, se engajam em programa de residência dentro da especialidade desejada.

A residência médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação, sob forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob orientação de

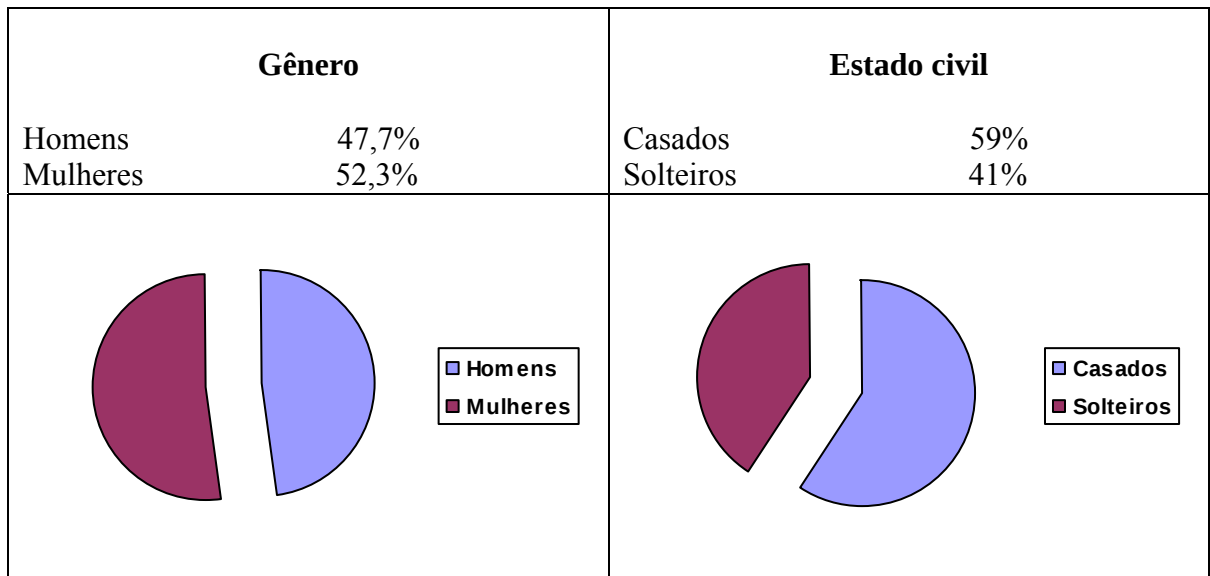
profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional (Lei 6932, de 7 de julho de 1981).

A população pesquisada está distribuída por programa e tempo de residência conforme tabelas abaixo. Os programas de residência, em geral, duram dois anos, podendo ainda se estender por mais dois anos dependendo da especialidade escolhida. O termo R1 refere-se ao primeiro ano da residência; R2, ao segundo e R3, ao terceiro.

Tabela 4.1 – Distribuição dos residentes do Hospital das Clínicas por programa e por tempo de residência

Programa de Residência	Médicos residentes		
	R1	R2	R3
1 Anestesia	5	5	
2 Anatomia Patológica	2	2	
3 Cardiologia	2	4	3
4 Cirurgia Gastroenterológica	2	2	
5 Cirurgia Geral	6	5	
6 Cirurgia Pediátrica		1	
7 Cirurgia Vascular	2	1	1
8 Clínica Médica	5	5	
9 Dermatologia	3	3	4
10 Endocrinologia	1	2	1
11 Gastroenterologia	3	4	
12 Ginecologia e obstetrícia	5	1	
13 Neurologia	3	4	3
14 Nefrologia	3	3	3
15 Ortopedia	4	2	4
16 Otorrinolaringologia	2	2	
17 Pediatria	5	4	
18 Pneumologia	1	2	3
19 Psiquiatria	2	1	
20 Radiologia	5	4	
21 Reumatologia	2	2	2
22 Urologia	2	2	
TOTAL	65	61	25

Os quarenta e quatro médicos residentes do Hospital das Clínicas, vinculado à Universidade Federal de Pernambuco, que responderam aos questionários, representam 29,1% da população. São 23 mulheres e 21 homens; 18 solteiros e 26 casados e têm entre 24 e 35 anos. Apenas um dos respondentes afirmou não ter tido um mentor.

Figura 4.1 – Perfil dos médicos residentes do HC

A pessoa que consideraram mentor era preceptor (31 – 47%), pai/mãe (15 – 22,7%), outro médico (11 – 16,7%), professor (9 – 13,6%). Eles conheceram seus mentores: no programa de residência (19 – 45,2%), na faculdade de medicina (15 – 35,7%), na família (7 – 16,7%) e em outra instituição (1 – 2,4%).

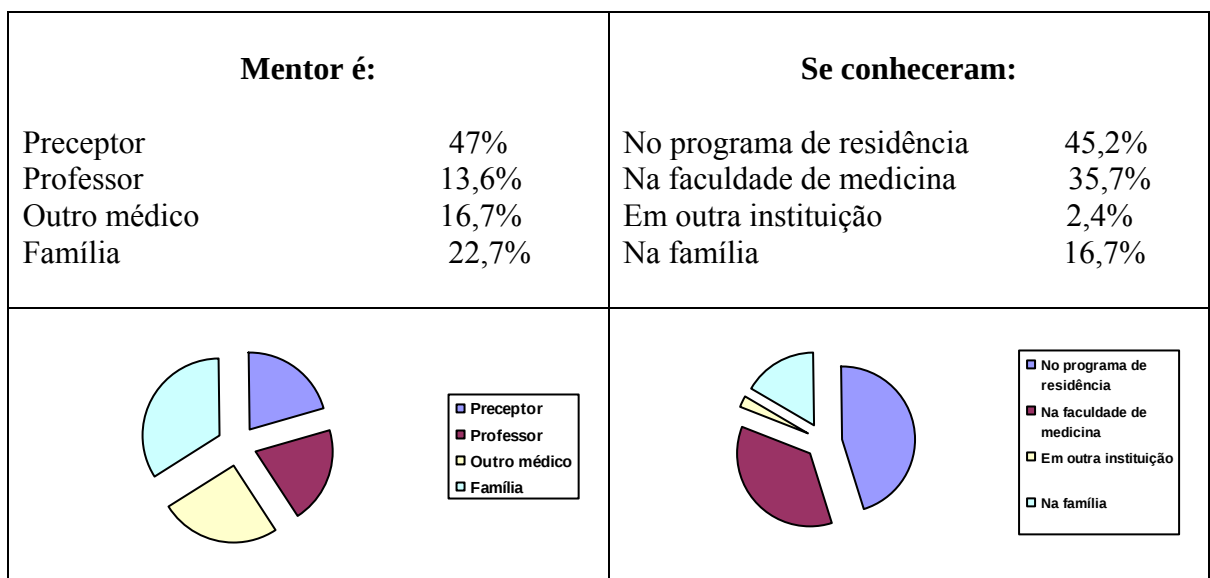
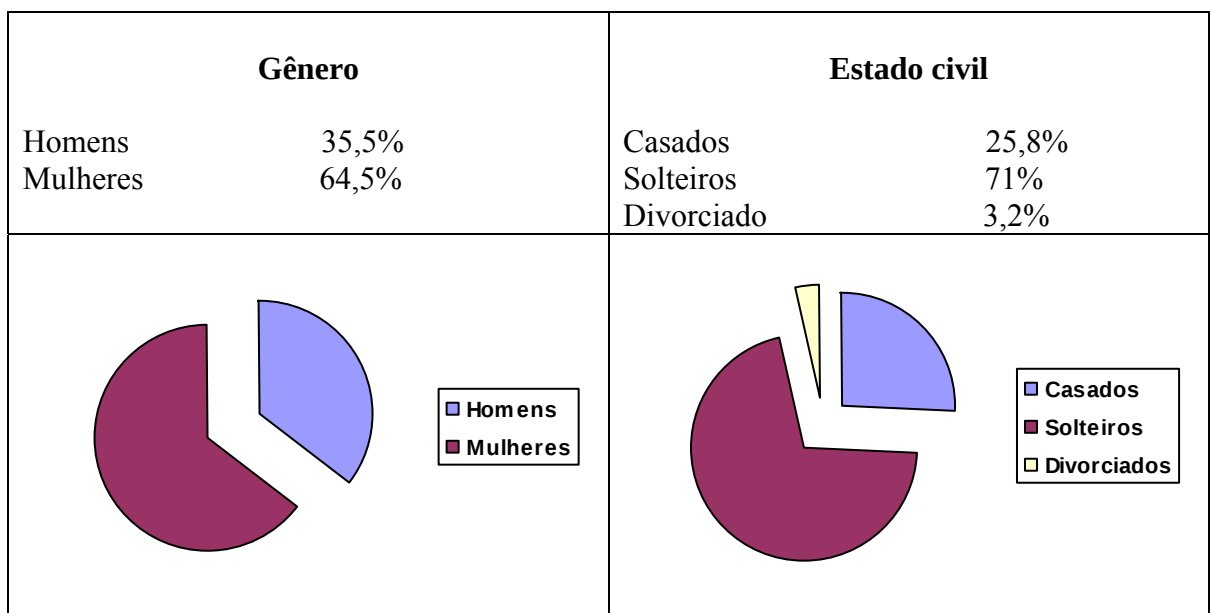
Figura 4.2 – Quem são mentores dos médicos residentes do HC e onde se conheceram

Tabela 4.2 – Distribuição dos residentes do Hospital Universitário Osvaldo Cruz por programa e por tempo de residência

Programa de Residência	Médicos residentes		
	R1	R2	R3
1 Cardiologia	8	8	2
2 Cirurgia geral	4	4	1
3 Cirurgia pediátrica	1	1	1
4 Clínica médica	6	6	
5 Dermatologia	2	2	
6 Infectologia	4	4	
7 Medicina preventiva e social	6	6	
8 Obstetrícia e ginecologia	12	12	5
9 Pediatria	6	6	
10 Urologia	2	2	
TOTAL	51	51	9

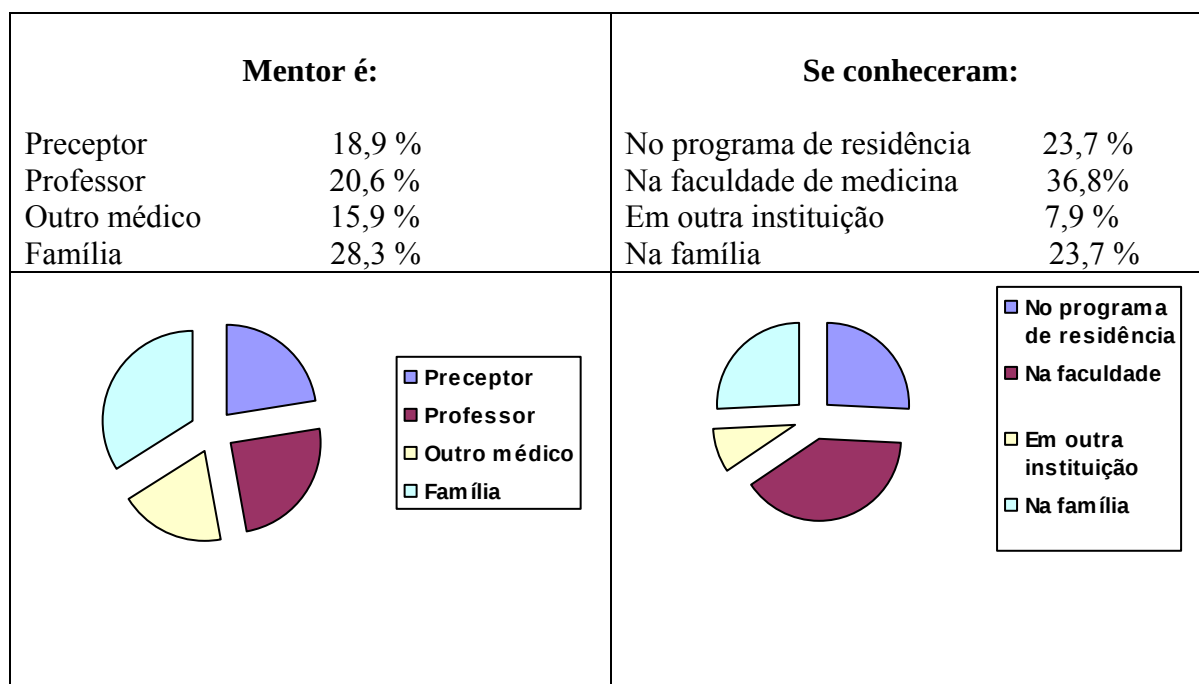
No caso de Hospital Universitário Osvaldo Cruz, vinculado à Universidade de Pernambuco, os trinta e um médicos residentes que responderam aos questionários, representando 27,9% da população. São 11 mulheres e 20 homens; 22 solteiros, oito casados e um divorciado e têm entre 23 e 29 anos. Todos os respondentes afirmaram ter tido um mentor.

Figura 4.3 – Perfil dos médicos residentes do HUOC



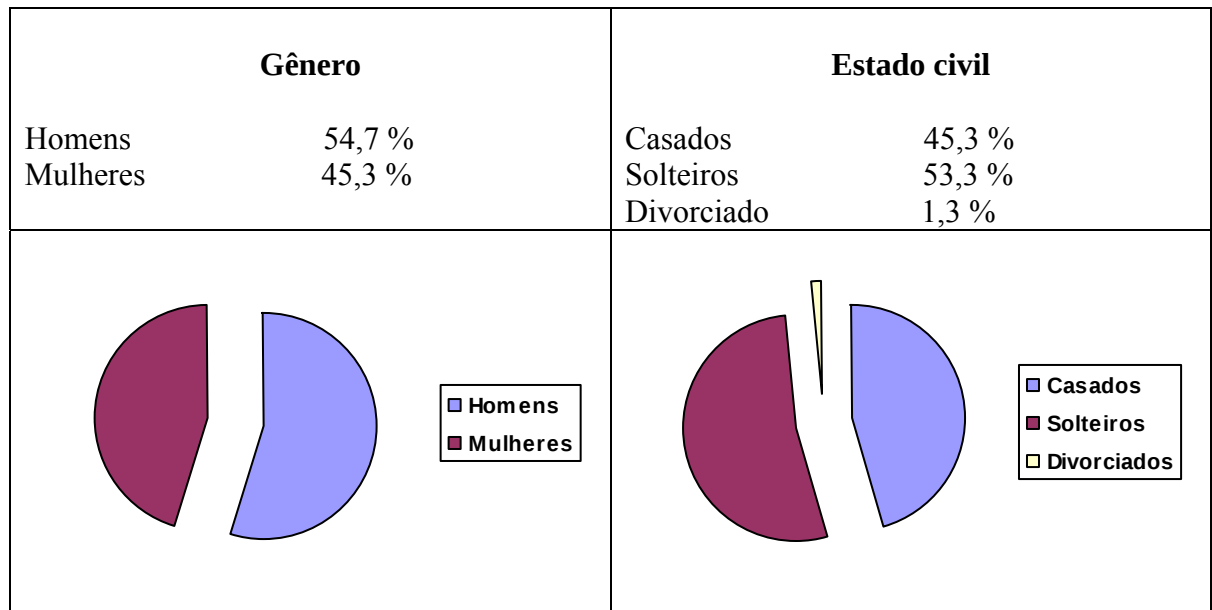
A pessoa que consideraram mentor era pai/mãe (15 – 28,3%), professor (11 – 20,8%), preceptor (10 – 18,9%), outro médico (9 – 15,9%). Eles conheceram seus mentores na faculdade de medicina (14 – 36,8%), no programa de residência (9 – 23,7%), na família (9 – 23,7%), em outra instituição (3 – 7,9%).

Figura 4.4 – Quem são mentores dos médicos residentes do HUOC e onde se conheceram



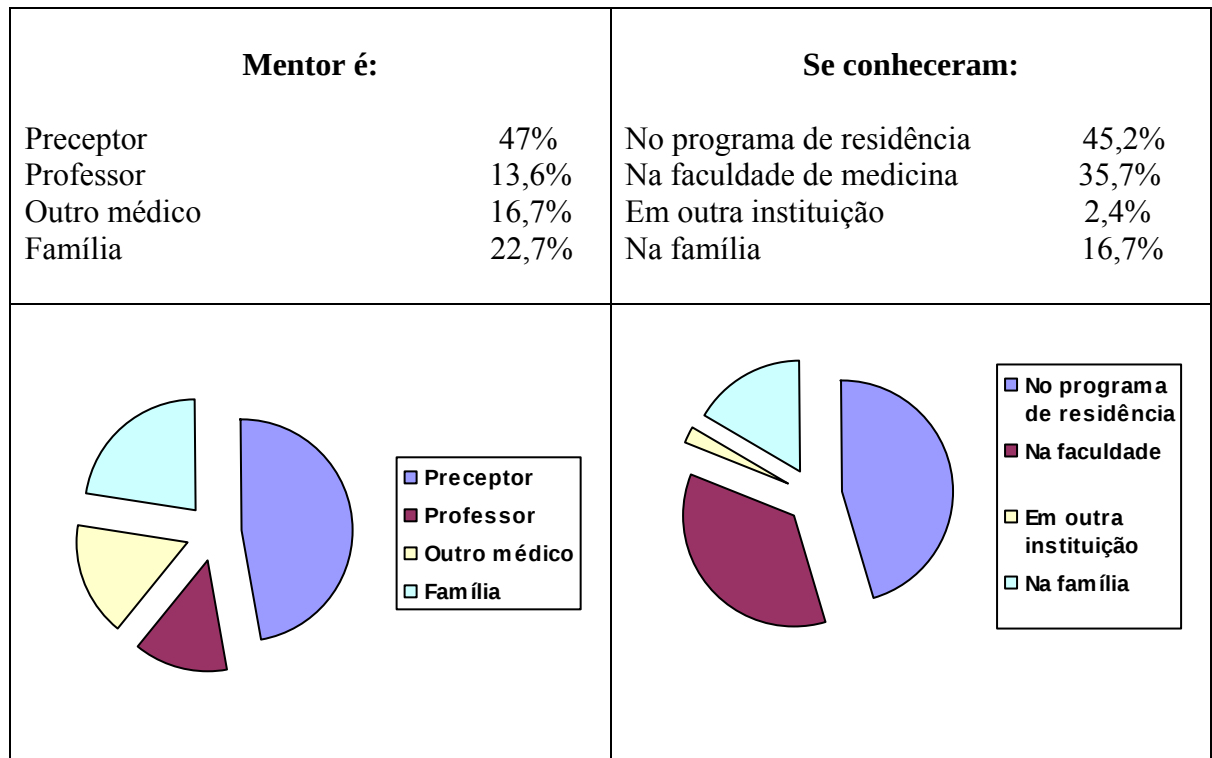
Testou-se se havia diferenças significativas entre os dois grupos estudados. Como não houve, a amostra foi considerada como um todo.

Considerando, então, o conjunto da amostra, setenta e cinco médicos residentes responderam aos questionários, representando 28,6% da população. São 41 (54,7%) homens e 34 (45,3%) mulheres; 40 (53,3%) solteiros, 34 (45,3%) casados e 1 (1,3%) divorciado e têm entre 23 e 35 anos.

Figura 4.5 – Perfil dos respondentes da amostra

No seu relacionamento próximo de 84,5% dos médicos residentes existem médicos sendo que 19,0% são pais, 39,7% são outros parentes e 26,2% são amigos. Ao serem perguntados se estudaram na instituição onde estão fazendo o programa de residência, 54,2% responderam “não” e 45,8% responderam “sim”.

Apenas um dos respondentes afirmou não ter tido um mentor e entre os demais médicos residentes, 55,2% afirmaram ter tido mais de um mentor. A pessoa que consideraram mentor era preceptor (41 – 33,9%), pais/outros parentes (33 – 27,3%), outro médico (27 – 22,3%) e professor (20 – 16,5%). Eles conheceram seus mentores na faculdade de medicina (29 – 37,7%), no programa de residência (28 – 36,4%), na família (16 – 20,7%), em outra instituição (4 – 5,2%).

Figura 4.6 – Quem são mentores dos respondentes e onde se conheceram

Quando o tempo de relacionamento com o mentor foi analisado, pôde-se observar que existia uma relação entre o tempo e onde mentores e mentorados se conheceram: na família, na faculdade de medicina e na residência médica. Os relacionamentos que existiam entre 24 e 29 anos eram com pessoas da família: pai, mãe, tio e avó e representou 17,4% da amostra (11). Relacionamentos existentes entre 5 e 13 anos aconteceram ainda na faculdade de medicina e representaram 20,3% da amostra (14). Os relacionamentos entre 3 e 4 anos aconteceram 54% na faculdade de medicina e 46% na residência médica e representaram 35% da amostra (24). Os restantes 27,3 % da amostra (19) foram relacionamentos que aconteceram durante a residência médica.

Na percepção dos médicos residentes, seus mentores mais importantes foram preceptores da residência (33,9%), outros médicos (22,3%), pessoas de suas famílias (27,4%) e professores ainda na faculdade de medicina (16,5%). É importante ressaltar que os professores podem ter tornado-se preceptores depois. Quando se referem a outros

médicos, podem ser residentes mais antigos, ou médicos da instituição, ainda que não seus preceptores oficiais, ou ainda médicos de outras instituições.

A importância da residência na formação dos jovens médicos fica clara quando se observa que os preceptores representam 33,9% dos seus mentores. Acrescentando-se a este percentual, deve-se considerar que parte dos professores é preceptor e que parte dos outros médicos também convivem com eles durante o período de residência. A constatação vem reforçar a atenção que deve ser dada a este período de formação profissional dos médicos. Levinson (1978) afirma que a fase inicial de transição para a vida adulta envolve inúmeros processos básicos: se autoconhecer e explorar o mundo, fazer e testar escolhas profissionais, procurar alternativas, aumentando comprometimento e construindo uma estrutura de vida integrada. Esta fase vai dos 22 até os 29 anos de acordo com os resultados da sua pesquisa.

A frequência dos encontros entre mentores e mentorados era 31,9 % diariamente, 27,8% duas vezes por semana, 9,7% uma vez por semana, 2,8% uma vez por mês e 26,4% eventualmente. Um grande percentual dos médicos residentes, 59,7%, encontra seus mentores pelo menos uma vez por semana. O mentor, ao dividir suas experiências ao longo do tempo, possibilita que habilidades, comportamentos e atitudes sejam adquiridos, alterados ou eliminados num contexto de práticas com responsabilidades. Ele pode assim moldar o mentorado (LONGHURST, 1994).

Na opinião de 95,1% dos médicos residentes os seus mentores gostavam extremamente do que faziam. Levinson (1978) descreve a mentoria como um estágio de desenvolvimento de um profissional onde há um desejo de transmitir seus conhecimentos e deixar um legado. Os estudos de Cameron (1981) apud Mann, 1992 encontraram que os mentores identificam-se melhor com mentorados que tenham seus mesmos interesses profissionais. Segundo Levinson (1978) na mentoria existe uma medida de altruísmo, uma

noção de obrigação, de fazer alguma coisa por outra pessoa. Mas, muito mais que altruísmo, o mentor está fazendo algo por ele mesmo. Ele está fazendo um uso produtivo dos seus conhecimentos e habilidades, o que vai lhe proporcionar um senso de autoconhecimento maior e uma continuidade ao seu próprio desenvolvimento.

Respondendo a primeira pergunta de pesquisa os resultados obtidos afirmam que os mentores dos médicos residentes, na percepção deles, num percentual bastante significativo (72,7%), são preceptores, professores e outros médicos, quer da instituição onde fazem residência ou não, que eles conheceram ao longo de sua formação profissional e apenas 27,3% são familiares. Estes resultados mostram a necessidade de dar uma maior atenção ao desenvolvimento das habilidades de professores e preceptores para exercerem as funções de mentoria. Mann (1992) afirma citando os estudos de Kirsling & Koshar (1990) que é mais fácil para pessoas que tiveram mentores tornarem-se mentores, uma vez que valorizam suas próprias experiências como mentorados. Para estas pessoas seus mentores ajudaram nos seus desenvolvimentos profissionais e pessoais, além de ensiná-los a lidar melhor com o estresse.

4.2 Descrição dos resultados

4.2.1 Funções de mentoria

Para analisar o quanto às funções de mentoria são exercidas pelos mentores foi utilizado dentro do questionário elaborado para a pesquisa, o instrumento desenvolvido por Noe (1988b) com trinta e dois itens por ele escolhidos para identificar os construtos que definiam as funções de mentoria – as funções de carreira e as funções psicossociais. Os

médicos residentes responderam utilizando a escala de Likert onde 1 = pouco exercida a 5 = muito exercida para avaliar o quanto seus mentores exerciam as funções.

A análise fatorial foi a técnica estatística escolhida uma vez que a informação obtida sobre as funções exercidas estava contida nos trinta e dois itens do instrumento e buscava-se agrupá-la em dois fatores que representassem as funções de carreira e as funções psicossociais. A análise fatorial é a técnica que permite ao pesquisador separar as dimensões da estrutura e depois determinar até que ponto cada variável explica cada dimensão. Os fatores são formados para maximizar a explicação do conjunto de variáveis.

Por se tratar de um estudo exploratório usou-se a análise fatorial exploratória, seguida de uma rotação varimax. A rotação melhora a interpretação uma vez que reduz algumas ambigüidades que geralmente aparecem nas análises preliminares. Após a rotação emergiram oito fatores.

O número de fatores da análise exploratória que emergiram não confirmou os dois fatores descritos na teoria. Nem representaram as sub-funções da mentoria. Como mostra a tabela 4.3 a seguir, as sub-funções representadas pelos trinta e dois itens do questionário não foram compatíveis com os fatores, emergindo, de forma confusa, em mais de um fator.

Tabela 4.3 – Funções definidas nos itens, fatores e cargas da análise fatorial exploratória

Função representada no item do questionário	Fatores							
	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Proteção					0,725			
2. Proteção					0,463	0,592		
3. Exposição			0,452		0,341	0,314		
4. Exposição			0,489		0,403			
5. Exposição			0,535		0,435			
6. Patrocínio			0,806					
7. TarefaDesafiadora			0,627					
8. TarefaDesafiadora			0,340	0,607			0,354	
9. Coaching	0,425			0,437			0,398	
10.Coaching	0,369		0,567				0,333	
11.Coaching	0,340			0,730				
12. Coaching				0,680	0,310	0,327		
13. Amizade					0,736			
14. Aceitação				-0,325	0,383	0,405		
15. Amizade							0,831	
16. Proteção						0,823		
17. Aceitação	0,715							
18. Coaching						0,347		0,643
19. Coaching	0,314		0,390	0,415			0,409	
20. Aceitação	0,604			0,460				
21. Modelo		0,807						
22. Modelo	0,348	0,400					0,324	
23. Modelo		0,679	0,354					
24. Modelo		0,831						
25. Aconselhamento	0,660	0,345					0,304	
26. Aconselhamento	0,812							
27. Aconselhamento	0,757							
28. Aconselhamento	0,625	0,465						
29. Aconselhamento	0,338	0,542			0,502	-0,305		
30. Aconselhamento		0,513	0,422					
31. Aceitação								-0,810
32. Exposição								

Baseado então nos resultados do estudo de Noe, onde vinte e nove itens do instrumento emergiram em apenas dois fatores (os três restantes foram excluídos por mais de 50% dos respondentes responderam “não sei”), foi feita, então, uma análise confirmatória de dois fatores com “loading” de 0,30, seguida também de uma rotação varimax.

Para determinar que itens definiriam os fatores a serem rotacionados foram usadas duas réguas. A primeira definia que o fator tinha que ter carga igual ou maior que 0,30. De acordo com a segunda régua, os itens tinham que claramente cair num dos fatores (quando a diferença entre as cargas foi inferior a 0,150, os itens foram desconsiderados). Os dois fatores estão representados por vinte e três itens e que foram destacados, em negrito, na tabela abaixo.

Tabela 4.4 – Funções definidas nos itens, fatores e cargas da análise fatorial confirmatória com 2 fatores e loading 0,30

Função representada no item do questionário	Fatores	
	1	2
1. Proteção	0,371	0,503 (1)
2. Proteção		0,537 (2)
3. Exposição		0,708 (3)
4. Exposição		0,682 (4)
5. Exposição		0,672 (5)
6. Patrocínio		0,659 (6)
7. TarefaDesafiadora		0,555 (7)
8. TarefaDesafiadora	0,476	0,534 (8)
9. Coaching	0,576 (9)	
10. Coaching	0,462	0,567
11. Coaching	0,495 (10)	
12. Coaching	0,446	0,417
13. Amizade		0,400 (11)
14. Aceitação		0,345 (12)
15. Amizade	0,365	0,337
16. Proteção		0,458 (13)
17. Aceitação	0,623 (14)	
18. Coaching	0,357	0,471
19. Coaching	0,524	0,559
20. Aceitação	0,663 (15)	
21. Modelo	0,500 (16)	0,323
22. Modelo	0,584 (17)	0,417
23. Modelo	0,486	0,442
24. Modelo	0,485	0,435
25. Aconselhamento	0,592 (18)	
26. Aconselhamento	0,844 (19)	
27. Aconselhamento	0,736 (20)	
28. Aconselhamento	0,752 (21)	
29. Aconselhamento	0,792 (22)	
30. Aconselhamento	0,557 (23)	
31. Aceitação	0,391	0,411
32. Exposição		
Eigenvalue	32,409	8,360
Variância explicada	40,769	

O fator 1 pareceu representar as sub-funções psicossociais, porque os itens que definiam este fator avaliavam a extensão na qual o mentor oferecia aconselhamento, aceitação-confirmação e servia como modelo. O fator 2 sugere que este fator representa as sub-funções de mentoria relacionadas com a carreira do mentorado (proteção, exposição-visibilidade, patrocínio, tarefas desafiadoras). Todas as sub-funções de mentoria estavam representadas nestes dois fatores. No entanto, a sub-função “coaching”, que apareceu em seis itens do instrumento, em quatro deles não emergiu claramente em nenhum dos dois fatores e por duas vezes emergiu no fator 1, como se fosse uma sub-função psicossocial quando, de acordo com a teoria, a sub-função “coaching” representa uma sub-função de carreira. Um dos dois itens relacionados à sub-função amizade ficou indefinido e o outro item emergiu no fator 2, que representa as funções de carreira, quando se esperaria que aparecesse no fator 1 por ser definido, na teoria, como uma sub-função psicossocial. Um dos itens referente à sub-função “aceitação”, apesar da teoria considerar função psicossocial, emergiu no fator 2 ainda que fracamente, pois o loading foi 0,345.

Os dois fatores, como mostram os eigenvalues, explicam 40,769% da variância nos trinta e dois itens que representam as funções de mentoria. Para assegurar a estabilidade da carga dos fatores, os vinte e três itens foram reanalisados e os resultados estão apresentados na tabela 4.5.

Tabela 4.5 – Funções definidas nos itens, fatores e cargas da análise fatorial confirmatória após rotação varimax

Função representada no Item do questionário	Fatores	
	1	2
1. Proteção	0,361	0,534
2. Proteção		0,557
3. Exposição		0,737
4. Exposição		0,715
5. Exposição		0,695
6. Patrocínio		0,669
7. TarefaDesafiadora		0,572
<u>8. TarefaDesafiadora</u>	<u>0,453</u>	<u>0,512</u>
9. Coaching	0,585	
11. Coaching	0,498	
13. Amizade		0,408
14. Aceitação		0,353
16. Proteção		0,461
17. Aceitação	0,651	
20. Aceitação	0,672	
<u>21. Modelo</u>	<u>0,464</u>	<u>0,330</u>
22. Modelo	0,567	0,402
25. Aconselhamento	0,555	
26. Aconselhamento	0,847	
27. Aconselhamento	0,753	
28. Aconselhamento	0,781	
29. Aconselhamento	0,790	
30. Aconselhamento	0,548	
Eigenvalue	32,121	11,306
Variância explicada		44,203

Os padrões das cargas dos fatores, apesar de semelhantes, apresentaram uma ligeira melhora quando comparados aos da análise original. Dois itens (sublinhados) que tiveram suas cargas muito próximas nos dois fatores foram excluídos. Suas exclusões não alteraram a análise original. A variância explicada melhorou para 44,203%, sendo mais significativa no fator 2 que melhorou seu poder de explicação de 8,360% para 11,306%.

Baseado nos resultados da análise fatorial, escores das escalas foram calculados computando as médias da soma dos itens com as maiores cargas de cada fator. A estimativa da confiabilidade da consistência interna foi calculada para avaliar a homogeneidade das duas escalas. A estimativa de consistência interna para a escala de funções de carreira, que incluía os dez itens avaliando até que ponto o mentor oferece

exposição e visibilidade, patrocínio, tarefas desafiadoras amizade e aceitação, foi 0,838. De uma forma similar, foi encontrada para a escala das funções psicossociais, que incluiu os onze itens avaliando o grau que o mentor servia como modelo e oferecia aconselhamento, aceitação e confirmação e “coaching” (alfa = 0,894). A intercorrelação entre as escalas avaliando as funções de carreira e psicossociais foi 0,915.

Os resultados deste estudo sugerem que os mentores dos médicos residentes oferecem dois tipos de funções de mentoria: as funções de carreira e as funções psicossociais. Os fatores encontrados na análise fatorial são aproximadamente idênticos aos encontrados por Kram (1985) e por Noe (1988). No entanto, como no estudo de Noe, ocorreu que a sub-função “*coaching*” apresentou maior afinidade com as funções psicossociais e não com funções de carreira como nos estudos de Kram. Uma provável explicação para isto, seguindo a explicação de Noe para seus achados, é possível que os médicos residentes tenham percebido o “*coaching*” como mais instrumental para eficiência no trabalho e desenvolvimento de uma identidade própria do que para desenvolvimento de carreira.

Outra diferença foi a sub-função aceitação que emergiu ora num fator ora no outro. E a sub-função amizade que mostrou mais afinidade com as funções de carreira, quando de acordo com a teoria, esperar-se-ia estar como função psicossocial. Uma explicação para este resultado pode ser o traço da cultura brasileira. As sub-funções aceitação e a amizade podem representar oportunidades de desenvolvimento de carreira, em particular na carreira dos médicos.

A estimativa da confiabilidade da consistência interna e homogeneidade altas encontradas sugerem que a medida pode ser adequada para entender a efetividade das relações de mentoria. Também é importante destacar que o grande número de itens com *loadings* acima de .60 reforçam que as escalas apresentam um razoável grau de precisão.

4.2.3 Importância das funções de mentoria

Para pesquisar a importância das funções exercidas pelos mentores utilizaram-se as funções definidas por Noe (1988) baseadas nas funções de carreiras e psicossociais identificadas em análises qualitativas e outros estudos descritivos (BURKE, 1984; KRAM, 1983, 1985; KRAM e ISABELLA, 1985; ZEY, 1984).

De acordo com o resultado da análise fatorial das funções de mentoria que foram desenvolvidas por Noe (1988), criaram-se variáveis que representam a importância atribuída às funções de mentoria pelos residentes. Assim, considerando os vinte e dois itens do questionário (ver anexo) que definiram os dois fatores, o escore da importância atribuída a cada sub-função foi definido como segue:

$$I_{proteção} = (\text{item 1} + \text{item 2} + \text{item 16})/3$$

$$I_{exposição} = (\text{item 3} + \text{item 4} + \text{item 5})/3$$

$$I_{patrocínio} = \text{item 6}$$

$$I_{tarefadesafiadora} = \text{item 7}$$

$$I_{coaching} = (\text{item 9} + \text{item 11})/2$$

$$I_{amizade} = \text{item 13}$$

$$I_{aceitação} = (\text{item 14} + \text{item 17} + \text{item 20})/3$$

$$I_{modelo} = \text{item 22}$$

$$I_{aconselhamento} = (\text{item 25} + \text{item 26} + \text{item 27} + \text{item 28} + \text{item 29} + \text{item 30})/6$$

No quadro abaixo, está apresentado os resultados obtidos em ordem decrescente, a partir da mais importante até a menos importante e também, o menor e o maior grau de importância atribuída a cada uma das sub-funções de mentoria.

Tabela 4.6 – Sub-funções e funções de mentoria e importância atribuída

Sub-função de mentoria	Importância atribuída			
	Min	Max	Média	Soma
Patrocínio – função de carreira	3,00	5,00	4,68	318,00
Tarefa desafiadora– função de carreira	1,00	5,00	4,47	313,00
Ser modelo- função psicossocial	1,00	5,00	4,31	289,00
Coaching– função de carreira	1,50	5,00	4,06	284,00
Exposição– função de carreira	2,00	5,00	3,97	282,17
Aconselhamento- função psicossocial	1,40	5,00	3,88	275,80
Aceitação- função psicossocial	2,00	5,00	3,84	272,58
Proteção– função de carreira	1,50	5,00	3,79	261,50
Amizade - função psicossocial	1,00	5,00	2,94	197,00

Analisando os resultados encontrados confirma-se a importância atribuída às funções de mentoria pelos médicos residentes. A função mais importante alcançou uma média de 4,68 e a menos importante, a média de 2,94, muito próxima de 3. Considerando que a escala variou de 1 = não é importante até 5= extremamente importante, todas as funções exercidas pelos mentores foram consideradas importantes para a população pesquisada. Se considerarmos como “muito importante” a média 4,0, quatro das nove funções de mentoria, descritas na teoria, estão acima dela. A mais importante (4,68) foi o patrocínio, seguido por tarefas desafiadoras (4,47) demonstrando a importância que os médicos residentes atribuem às funções de carreira. Em terceiro lugar surgiu ser modelo, deixando clara a necessidade do jovem médico de ter um modelo – função psicossocial - para se referenciar. É importante salientar que, confirmando a teoria, resultante de outros estudos sobre mentoria, a função psicossocial mais citada é “ser modelo” e no caso das funções de carreira, a função “patrocínio”. É interessante notar que o mínimo atribuído à função patrocínio foi 3, que é superior à menor média atribuída.

Da mesma forma que foi calculado o escore da importância atribuída às funções de mentoria, foi também calculado o escore do quanto que a função é exercida pelos mentores na percepção dos médicos residentes. Está apresentada abaixo uma tabela comparativa dos resultados encontrados.

Tabela 4.7 – Sub-funções e funções de mentoria exercida e importância atribuída

Sub-função de mentoria	Função exercida	Importância atribuída
Patrocínio – função de carreira	3,68	4,68
Tarefa desafiadora– função de carreira	4,13	4,47
Ser modelo- função psicossocial	4,16	4,31
Coaching– função de carreira	3,37	4,06
Exposição– função de carreira	3,68	3,97
Aconselhamento- função psicossocial	3,27	3,88
Aceitação- função psicossocial	3,26	3,84
Proteção– função de carreira	3,27	3,79
Amizade - função psicossocial	2,80	2,94

É interessante notar que todos os escores do quanto a função é exercida estão abaixo da importância atribuída a cada uma, mostrando que os médicos residentes têm uma expectativa maior em relação ao que seus mentores deveriam oferecer do que, de fato, eles estão oferecendo. Este resultado vem demonstrar a necessidade de desenvolver as habilidades dos mentores para que possam exercer melhor as funções de mentoria, atendendo aos anseios dos jovens profissionais. No entanto, precisa-se verificar se existe uma real consciência do papel de mentores que, professores da faculdade de medicina, preceptores dos programas de residência e médicos que atuam nos hospitais onde existem programas, exercem.

Merrien (1983) *apud* Mann (1992) observou que nem sempre os estudos de mentoria focaram as relações intensas como as descritas por Levinson (1979), mas sim definições que refletem o contexto do estudo. Nos ambientes de negócios, o patrocínio é enfatizado. Neste estudo, a importância atribuída às funções de carreira – patrocínio, tarefas desafiadoras e “*coaching*” destacaram-se. No entanto, ser modelo também foi considerada entre as mais importantes mostrando a necessidade do jovem profissional ter uma referência para se espelhar.

Para serem mentores, professores e preceptores precisam valorizar este papel, vendo-o como recompensador. Um programa de mentoria formal requer que

professores e preceptores considerem importante e gratificante mentorar jovens profissionais. O programa precisa incluir reais oportunidades de interação entre mentores e mentorados e também ser reconhecido e recompensado dentro das escolas de medicina. Mas não é fácil desenvolver um comprometimento com o papel de orientar. Alguns programas de mentoria incluem treinamento em habilidades para orientar, para assegurar que os mentores estão comprometidos com seus papéis e têm empatia com os residentes (MANN, 1992).

5

Conclusões e recomendações

O interesse de pesquisa em mentoria é bastante recente, existindo ainda um vasto campo para pesquisas, principalmente no Brasil. Este estudo propôs-se a explorar quem são os mentores dos médicos residentes dos hospitais universitários de Pernambuco, quais as funções por eles exercidas e qual a importância atribuída às funções de mentoria exercidas, na percepção deles. Ele examinou as consequências da mentoria sobre os mentorados contribuindo para a teoria uma vez que o número de trabalhos empíricos ainda é muito pequeno (DREHER e ASH, 1990 *apud* KOBERG et al., 1999).

Através de uma revisão de literatura publicada nos EUA e na Europa, estudou-se de uma forma exploratória a mentoria e sua aplicação no Brasil, possibilitando introdução de novos conhecimentos que fornecerão novos elementos para debates e novas pesquisas, quer profissionais, quer acadêmicas. Na prática, os resultados da pesquisa podem trazer subsídios para a melhoria dos programas de residência médica e conseqüentemente, para o desenvolvimento dos jovens médicos, diante das mudanças cada vez mais rápidas na medicina, em nível nacional e global.

A pesquisa buscou chamar a atenção para os elementos-chave da mentoria: apoio, desafio e visão de futuro na carreira do médico residente. Também ser um ponto de partida para que sejam realizados outros estudos sobre mentoria no Brasil.

Estes resultados representam uma primeira tentativa de conhecer o fenômeno da mentoria na área de saúde no Brasil e juntamente com pesquisas futuras podem vir a consolidar a importância do papel do mentor no desenvolvimento da carreira de um jovem

médico e, assim, definindo as habilidades e as competências necessárias para a função de preceptor-mentor.

Este estudo abordou a mentoria na perspectiva do mentorado – médico residente. Os resultados encontrados mostraram que, na percepção deles, seus mentores são seus preceptores no programa de residência, seus professores da faculdade de medicina e outros médicos, quer sejam da suas relações familiares ou não. Eles afirmaram que seus mentores oferecem os dois tipos de funções descritas na teoria de mentoria: as funções psicossociais e as funções de carreira definidas na literatura. Além disto, consideram importantes todas as funções de mentoria e percebem os benefícios de terem um mentor.

Os mentorados ao perceberem os benefícios resultantes das funções psicossociais e das funções de carreira oferecidas por seus mentores, demonstram ter relações de mentoria clássicas. As relações de mentoria clássicas ou primárias, como também são chamadas, oferecem os dois tipos de funções (KRAM, 1985) e são consideradas as mais importantes para o desenvolvimento pessoal, uma vez que exigem um nível maior de comprometimento dos mentores e dos mentorados (NOE, 1988). Nas relações secundárias, os mentores oferecem apenas as funções de carreira.

Os programas de residência médica são necessários e apóiam o desenvolvimento de carreira dos jovens médicos, sendo hoje também um requisito para médicos que desejem engajar-se em mestrados e doutorados no Brasil. Estes programas se encaixam muito bem na definição de mentoria formal, onde os preceptores (mentores formais) são definidos pela instituição e o programa tem um prazo determinado para ser concluído, além de ser focado em um objetivo bem definido – especializar o médico recém-formado. No entanto, para serem efetivos precisam oferecer múltiplos recursos de informações, encorajando os médicos residentes a desenvolverem redes de apoio ao seu crescimento pessoal e profissional. Desenvolver um programa de residência médica, de

acordo com a descrição de um programa de mentoria formal, que crie uma forte relação pessoal não é fácil, mas, no mínimo, um programa pode fomentar um maior contato entre o preceptor e o residente. (LITTLE, 1990 *apud* MANN, 1992).

De acordo com os resultados deste estudo, 50,4% dos mentores dos médicos residentes são professores, preceptores ou ainda, professores-preceptores. Eles mostraram também que 74,1% dos médicos residentes conheceram seus mentores na faculdade de medicina ou no programa de residência médica. Diante deste fato, caberá às instituições pesquisadas identificarem os profissionais adequados para assumirem a posição de preceptor e investirem no desenvolvimento de uma consciência da importância do papel que os escolhidos vão desempenhar na formação dos jovens profissionais. Na escolha dos mentores (preceptores) é importante levar em conta não apenas os interesses institucionais, mas, principalmente, a possibilidade de crescimento profissional e pessoal dos participantes do programa de residência, preceptores e médicos residentes (BERNHOEFT, 2001).

Para que os programas de residência médica tornem-se programas de mentoria formal bem sucedidos Phillips-Jones (1982 *apud* NOE, 1988) sugere que algumas características sejam consideradas: os propósitos e os objetivos claramente definidos; a seleção dos mentores (preceptores) baseada em habilidades interpessoais e interesse em desenvolver pessoas e treinamento para o mentor. É muito importante que a instituição responsável pelo programa assegure que os mentores estarão disponíveis para os mentorados, de forma a facilitar o desenvolvimento da relação, requerendo encontros semanais entre preceptores e médicos residentes engajados nos programa.

É papel da instituição responsável pelo programa de residência selecionar cuidadosamente os preceptores (mentores) de maneira que estejam preparados para oferecer experiências de aprendizagem efetivas, tarefas desafiadoras e excelente *feedback*.

O que pior pode acontecer a um indivíduo envolvido num programa de mentoria é não ter a chance de testar-se, nem de determinar o que pode fazer (SHEIN, 1978).

Zey (1997) numa tentativa de estabelecer parâmetros para que um programa de mentoria traga benefícios para todas as partes envolvidas no processo – mentorado, mentor e instituição – destacou mais alguns pontos:

1. Relacionar como cada pessoa na instituição vai cooperar com o programa.
2. Promover encontro entre futuros mentores e futuros mentorados para que tenham oportunidade de se conhecer antes do início do programa.
3. Fazer um processo de seleção o mais autônomo possível.
4. Ter certeza do comprometimento dos mentores.
5. Dar liberdade para que cada parte usufrua os benefícios da relação.
6. Permitir que qualquer das partes possa sair do programa.
7. Avaliar o programa constantemente.
8. Antecipar efeitos extrínsecos à percepção dos participantes.

Zey (1997) afirma que a maior parte das relações de mentoria progride sem problemas trazendo desenvolvimento para as carreiras de mentores e mentorados. Ainda segundo ele quando as dificuldades ocorrem são resultantes de uma combinação de fatores que podem ser classificados em problemas na relação ou em problemas entre os membros da relação e a instituição.

A influência do comportamento do mentor só recentemente começou a ser estudada (GODSHALK e SOSIK, 2000). Os estudos demonstraram que nem sempre os mentores são efetivos (RAGINS, 1997; RAGINS e COTTON, 1993) e se as relações de mentoria forem boas podem gerar benefícios, no entanto, quando não são, podem ser destrutivas (SCANDURA, 1998 *apud* RAGINS, COTTON e MILLER, 2000). O mentor precisa orientar os mentorados na direção que eles desejam ir e não nas suas.

Mentoria formal, como aqui está sendo considerada a residência médica, é uma estrutura e uma série de processos para criar relações de mentoria eficazes; guiar a mudança de comportamento das pessoas envolvidas; e avaliar os resultados para os mentorados, os mentores e a instituição (MURRAY, 2001). Todas as partes envolvidas no

processo – instituição que oferece o programa de residência, preceptores e médicos residentes precisam estar engajados para que resultados positivos aconteçam.

A instituição, na escolha dos mentores, deve levar em conta que para exercer bem suas funções um mentor precisa ter habilidade interpessoal (saber falar e ouvir), conhecer bem a instituição (ampla rede de conhecimento na instituição), ter habilidade de supervisão exemplar (saber gerenciar e liderar grupos com sucesso), interesse em ser responsável pelo crescimento de outra pessoa (goste de ajudar e treinar outras pessoas), habilidade de dividir méritos (pessoa que fale e se comporte como grupo), paciência e saber correr riscos (pessoa que saiba estimular os outros a tentarem), além de competência técnica (ter as habilidades que o mentorado precisa adquirir). Ter carisma, status e prestígio também são qualidades importantes (MURRAY, 2001).

O profissional escolhido para mentor precisa estar preparado para a pressão das responsabilidades, ter as habilidades requeridas, exercer o papel de dar treinamento e feedback, além de dispor de tempo para os mentorados. É essencial perceber recompensas e benefícios, evitar sentimento de posse em relação ao mentorado e excesso de proteção, não permitindo que o mentorado assuma os riscos necessários para o aprendizado. Em contra-partida, os mentores desfrutam de uma melhoria da auto-estima, renovam o interesse no trabalho, preenchem a necessidade de desenvolvimento de outra pessoa e deixam um “herdeiro”, como afirmou Levinson (1978).

Para o mentorado, um dos mais citados benefícios da mentoria formal é o aumento da probabilidade de sucesso profissional. Quando o sucesso é assegurado através da orientação de um mentor, o entusiasmo e a motivação dos mentorados são sustentados (MURRAY, 2001). No entanto, é necessário que o mentorado tenha vontade de assumir responsabilidade pelo seu crescimento e pelo seu desenvolvimento, que tenha potencial de crescimento e habilidade de desempenhar tarefas, procurar tarefas desafiadoras e novas

responsabilidades, receptividade para *feedback* e treinamento. Numa relação de mentoria, outros benefícios para o mentorado podem ser: fazer uma rápida transição entre a teoria e a prática, assimilar de uma forma rápida a cultura da instituição, acelerar o desenvolvimento de liderança, diminuir a curva de aprendizado e obter maior satisfação com o trabalho.

O contexto de hoje oferece muitos desafios para melhorar a relação preceptor-residente, uma vez que tem crescido muito o número de residentes envolvidos nos programas e os preceptores e médicos residentes estão a cada dia mais ocupados.

No caso específico do estudo – hospitais universitários que atendem a comunidade carente – com excesso de demanda e escassez de recursos, os desafios dos preceptores e médicos residentes são ainda maiores. Com uma jornada de trabalho em torno de sessenta horas por semana, o estresse enfrentado pelos médicos residentes para desempenhar bem suas funções e ainda estudar não é pequeno. Eles assumem muitas responsabilidades, enfrentando as dificuldades de trabalhar no serviço público no início da vida profissional. Faz parte da rotina diária deles dar assistência a pacientes internados, fazer atendimentos ambulatoriais, os plantões médicos, as participações em seminários e em discussões de artigos médicos. Ter um mentor que exerça as funções descritas na teoria, oferecendo as funções psicossociais e as funções de carreira, pode realmente fazer a diferença para o jovem médico.

Estudos recentes realizados por Taciana Ascendina, do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, constatou que 18,7% dos residentes dos hospitais universitários de Pernambuco sofrem de depressão, um índice superior aos 10% estimados para a população.

A estas dificuldades do dia a dia, acrescenta-se ainda a mudança rápida que vem acontecendo na medicina, que torna viabilizar programas de desenvolvimento de carreiras apropriados um desafio ainda maior (MANN, 1992). A necessidade de adquirir

novos conhecimentos é cada vez maior e a velocidade dos meios de comunicação tem contribuído para facilitar o processo de aprendizado. No entanto, a consequência do volume de conhecimentos gerado é um movimento contínuo de inovação tecnológica nos recursos instrumentais para o exercício da medicina. Esta realidade coloca provoca um dilema. Os preceptores dispõem dos conhecimentos, mas a falta de recursos financeiros nos hospitais pesquisados, não permite para instrumentalizá-los. É essencial o mentor ensinar a seus mentorados a lidar com estas dificuldades tão frequentes nos hospitais pesquisados.

O papel do preceptor no desenvolvimento das carreiras dos jovens médicos merece reflexões profundas. Não é bastante formar um profissional qualificado, mas sim um ser humano qualificado. O trabalho pode mudar muito rapidamente diante dos avanços tecnológicos, do desenvolvimento organizativo e da globalização. Faz-se necessário ensinar os valores, os paradigmas e os métodos, tanto para aprender como para projetar e gerir as mudanças (BOLONGNA, 2002).

Segundo Longhurst (1994) designar professores e preceptores como mentores dos médicos residentes não representa nenhuma garantia. Todavia, muitos preceptores designados tornam-se influentes nas carreiras de algumas pessoas. Os mentores geralmente são escolhidos pelos mentorados. Pode ter havido um encontro fortuito, mas a decisão de aprofundar a relação, em última instância, é do mentorado. No entanto, as oportunidades devem ser facilitadas para desenvolver relações benéficas. Ele afirma ainda que algumas pessoas têm a capacidade de criar situações favoráveis. Alguns mentores tornam-se mentores de muitos mentorados e algumas pessoas encontram mentores mais facilmente.

Este estudo focou os médicos residentes de hospitais universitários de Pernambuco. Estes hospitais apresentam a peculiaridade de estarem próximos a centros de

pesquisa, o que torna o ambiente propício para as relações de mentoria. Pesquisas futuras podem comparar os resultados obtidos neste estudo com os de outros grupos de médicos residentes comparando as percepções. Podem também ser realizados estudos longitudinais que acompanhem as carreiras dos médicos residentes para identificar como evoluem as relações de mentoria ao longo dos anos, bem como a existência da formação de rede de mentores.

Os resultados deste estudo podem servir de referência para outros, mas o aprofundando dos conhecimentos sobre as relações de mentoria exige ainda muitos estudos, principalmente no Brasil.

É ainda essencial pesquisar os mentores – professores e preceptores. Estudar o fenômeno da mentoria na área de saúde na perspectiva deles – professores e preceptores. Entender a mentoria pela perspectiva do mentor para identificar as razões que o levou a ser mentor e suas percepções sobre a experiência são fatores que podem contribuir muito para o aperfeiçoamento dos programas de residência. A decisão de ser mentor pode ter sido por uma razão pessoal, por uma decisão da instituição, porque identificou alguém com quem teve afinidade ou ainda por ter percebido os benefícios que uma relação de mentoria pode proporcionar.

6

Referências bibliográficas

- APPELBAUM, S. H., Ritchie, S. Shapiro, B. T. **Mentoring revisited: An organizational behavior construct.** International Journal of Management Development, 1994, vol.13, N° 4, p. 62-72.
- BERNHOF, Rosa E.A. **Mentoring: abrindo horizontes, superando limites, construindo caminhos.** São Paulo: Gente, 2001.
- BOLONGNA, José E. **Diálogos Criativos: Domenico De Masi e Frei Betto.** São Paulo: DeLeitura Editora, 2002.
- BURKE, Ronald J., McKeen, Carol A. **Developing Formal Mentoring Programs in Organizations.** Business Quarterly, 1989, vol. 53, N° 3, p. 76-99.
- CHAO, G. T., Waltz, P. M. Gardner, P.D. **Formal and informal mentorships: A comparison on mentoring functions and contrast with nonmentored counterparts.** Personnel Psychology, 1992, vol. 45, p. 619-636.
- CHAO, G. T. **Mentoring Phases and Outcomes.** Journal of Vocational Behavior, 1997, vol. 51, p. 15-28.
- CIULLA, Don S. **Assessment of university experiences and mentoring perceptions of health education graduate students.** Tese defendida em Denton, Texas, 2000.
- CLUTTERBUCK, David. **Everyone Needs a Mentor.** Trowbridge, Wiltshire: Cromwell Press, 2ª edição, 1991, reimpressão 2000.
- DEPRESSÃO atinge médicos residentes em Penambuco. Jornal do Comércio, Recife, 13 de outubro 2002, p. 6 Cidade.
- DREHER, G. F., Dougherty, T. W. **Substitutes for Career Mentoring: Promoting Opportunity through Career Management and Assessment Systems.** Journal of Vocational Behavior, 1997, vol. 51, p. 110-124.
- EBY, L.T.; McManus, S. E.; Simon, S. A.; Russell, J.E. **The Protégé's Perspective Regarding Negative Mentoring Experiences: the Development of a Taxonomy.** Journal of Vocational Behavior, 2000, vol. 57, p. 1-21.

EGAN, Kathryn S. **Flexible Mentoring: Adaptations in Style for Women's Ways of Knowing**. The Journal of Business Communication, vol. 33, Nº 4, 1996, p. 401-425.

FARGENSON, Ellen A., **The mentor advantage: perceived career/job experiences of protégés versus non-protégés**. Journal of Organizational Behavior, Vol. 10, 1989, p. 309-320.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo. Atlas, 5º ed., 1999.

GODSHALK, Veronica M. e Sosik, John J. **Does Mentor-Protégé Agreement on Mentor Leadership Behavior Influence the Quality of a Mentoring Relationship?** Group & Organization Management, Vol. 25, Nº 3, 2000, p. 291-317.

HAIR Jr, Joseph et al. **Multivariate Data Analysis With Readings**. New Jersey: Prentice Hall, 4º ed., 1995.

HARVARD News, 1996. Citações e referências de documento eletrônico (on line) .<URL: <http://www.news.harvard.edu/gazette/1996/11.21/MarshallWolf.html>> [3 de fevereiro 2002].

HIGINS, M. C, Kram, Kathy E. **Reconceptualizing Mentoring at Work: A Developmental Network Perspective**. Academy of Management Review, Vol. 26, Nº 2, 2001, p. 264-288.

HILL, S. E. K.; Bahniuk, M. H.; Dobos, J.; Rouner, D. **Mentoring and Other Communication Support in the Academic Setting**. Group & Organization Management, Vol. 14, Nº 3, 1989, p. 355-368.

KOBERG, Christine S., Chappell, David e Ringer, Richard C. **Correlates and Consequences of Protégé Mentoring in a Large Hospital**. Group & Organization, vol.19, Nº 2, 1994, p. 219-239.

KRAM, Kathy E. **Phases of the Mentor Relationship**. Academy of Management Journal, Vol. 26, Nº 4, 1983, p. 608-625.

KRAM, Kathy E. e Isabella, Lynn A. **Mentoring Alternatives: The Role of Peer Relationships in Career Development**. Academy of Management Journal, Vol.28,Nº 1, 1985, p. 110-132.

KRAM, Kathy E. **Mentoring at Work**. Lanham: University Press of America, 1988

LEVINSON, Daniel J. et al **The Seasons of Man's Life**. New York: Ballantines Books, 1978

LIANG, Belle; Tracy, A. J.; Taylor, C. A.; Williams, L. M.; Jordan, J.; Miller, J. B. **The Relational Health Indices: An Exploratory Study**. Wellesley College, Stone Center, Nº 293, 1998, 39p.

LIANG, Belle; Tracy, A. J.; Taylor, C. A.; Williams, L. M.; Jordan, J.; Miller, J. B. **The Relational Health Indices: A Study of Women's Relationships**. *Psychology of Women Quarterly*, vol. 26, 2002, p. 25-35.

LIANG, Belle; Tracy, A. J.; Taylor, C. A.; Williams, L. M. **Mentoring College- Age Women: A Relational Approach**. *American Journal of Community Psychology*, vol. 30, Nº 2, 2002, p. 271-288.

LONGHURST, Mark F. **The mentoring experience**. *Medical Teacher*, vol. 16, Nº1, 1994, p. 53-60.

MANN, Mary Pat **Faculty mentors for medical students: A critical view**. *Medical Teacher*, vol. 14, Nº 4, 1992, p. 311- 320.

MULLEN, E. J. **Vocational and psychological mentoring functions: identyfing mentors who serves both**. *Human Resource Quarterly*, 1998, vol. 9, Nº 4, p. 319-331.

MURRAY, Margo, **Beyond the myths and magic of mentoring**, Danvers: Jossey-Bass, 2001.

NOE, Raymond A. **Women and Mentoring: A Review and Research Agenda**. *Academy of Management Review*, Vol. 13, Nº 1, 1988a, p. 65-76.

NOE, Raymond A. **An Investigation of the Determinants of a Successful Assigned Mentoring Relationships**. *Personnel Psychology*, 1988b, 41, p. 457-479.

PARSLOE, Eric e Wray, Monika. **Coaching and Mentoring: Practical Methods to Improve Learning**. Sterling, USA: Stylus Publishing Inc., 2001.

RAGINS, B.R. **Barriers to mentoring: the female manager's dilemma**. *Human Relations*, 1989, vol. 42, p. 1-22.

RAGINS, B.R. **Diversified Mentoring Relationships in Organizations: A Power Perspective**. *Academy of Management Review*, 1997, vol.22, Nº 2, p. 482-521.

RAGINS, Belle Rose, Cotton, John L. e Miller, Janice S. **Marginal Mentoring: The effects of Types of Mentor, Quality of Relationship, and Program Design on Work and Career Attitudes**. *Academy of Management Journal*, vol. 43, Nº 6, 2000, p. 1177-1194 .

RESIDÊNCIA Médica. Citações e referências de documento eletrônico (on line) .<URL: <http://www.ufpe.br/hcrm/medicina.html>. > [3 de fevereiro 2002].

RICHARDSON, Roberto J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1989.

SHEIN, Edgar H., Beckhard, Richard, Bennis, Warren G. **Carreer dynamics: matching individual and organizational needs**. USA: Addison-Wesley, 1978.

VERGARA, Sylvia Constant **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2000.

TRIVINOS, Augusto Nivaldo Silva **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1995.

WALSH, Anne M. e Borkowski, Susan C. **Mentoring in Health Administration: the Critical Link in Executive Development**. Journal of Healthcare Management, vol. 44, Nº4, 1999, p. 269-280.

WALSH, Anne M. **Cross-Gender Mentoring and Career Development in Health Care Industry**. Health Care Manage Review, vol. 24, Nº 3, 1999, p. 7-17

ZEY, Michael G. **The Mentor Connection**. New Brunswick: Transaction Publishers, 4ª edição, 1997.

Apêndices

Apêndice A – Questionário

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
CURSO DE MESTRADO

Recife, outubro de 2002.

Caro residente,

Sou mestranda em Administração na UFPE e meu projeto de dissertação tem como objeto de estudo a residência médica nos hospitais universitários de Pernambuco.

O projeto tem como título “O fenômeno da mentoria na vivência dos residentes médicos: O caso dos hospitais universitários de Pernambuco”. Mentoria refere-se à relação que se estabelece entre profissionais experientes e outros mais jovens e no início da carreira, em que os primeiros (mentores) se comprometem com o desenvolvimento profissional dos segundos (mentorados). Os mentores auxiliam os mentorados tanto sob o ponto de vista estritamente profissional, orientado para a carreira, quanto em termos de orientação e suporte emocional.

Será um estudo inédito no Brasil. Encontrei alguns estudos nos EUA na área de saúde, mas voltados para profissionais para-médicos. A pesquisa busca compreender, na percepção dos residentes, quem desempenha as funções de mentoria, quais as funções exercidas e a importância a elas atribuída, qual a qualidade destas relações e como seus mentores e o programa de residência influenciam nas suas carreiras.

Venho, então, pedir sua participação na minha pesquisa. Sua vivência contribuirá para o estudo sobre mentoria no Brasil e, mais especificamente, na área de saúde. O resultado deste estudo poderá contribuir para o aperfeiçoamento dos programas de residência médica. São importantes, tanto sua reflexão antes de responder, quanto sua sinceridade nas respostas.

O questionário é voluntário e os respondentes não serão identificados.
Desde já agradeço por sua colaboração e participação!

Mônica Carvalho

Quando iniciou sua residência? ☐ 2002 ☐ 2001 ☐ 2000 ☐ 1999 ☐ _____

Você freqüentou a faculdade nesta universidade onde faz residência?

☐ Sim ☐ Não. Então, onde estudou? _____

Desde que iniciou sua residência, quantos preceptores você já teve? _____

Esta seção do questionário vai focar suas percepções sobre ter um mentor e quais as funções que ele exerce. Algumas definições serão fornecidas para facilitar o seu entendimento.

Mentor

O mentor pode, geralmente, ser definido como alguém que tem experiência, conhecimento e comprometimento em promover e apoiar o desenvolvimento da carreira de um profissional iniciante (Ragins&Cotton, 1991; Ragins&Scandura, 1994; Scandura&Ragins, 1993). Pode ser um chefe, um professor, um colega, um amigo ou um membro da família (Higgins&Thomas, 2001). O mentor é descrito como uma pessoa que tem um interesse pessoal na carreira de uma outra pessoa, guia esta pessoa e talvez a ajude a galgar posições no trabalho.

Mentoria formal

Um programa de mentoria formal é aquele estruturado e iniciado por uma organização. Normalmente estas organizações têm um forte comprometimento com o crescimento individual e valorizam o treinamento e o desenvolvimento profissional. O programa de residência será definido como uma mentoria formal e o preceptor, como o mentor formal, ou seja, aquele que foi definido pela organização.

Mentoria informal

As relações de mentoria informal não são estruturadas, nem gerenciadas, nem são oficialmente reconhecidas pela organização. São normalmente relacionamentos espontâneos e acontecem sem envolvimento de uma organização. Os mentores informais seriam quaisquer outros profissionais, dentro ou fora da organização, que tenham influenciado no desenvolvimento profissional e pessoal de alguém.

Tendo em mente as definições acima, você poderia afirmar:

☐ Tenho/tive um mentor ☐ Tenho/tive mais de um mentor ☐ Não tenho/tive um mentor
☐ Não sei se tenho/tive um mentor

A(s) pessoa(s) que considera seu(s) mentor (es) dentro da definição acima é ou são (pode assinalar mais de um):

☐ Um professor (a) ☐ Um preceptor(a) ☐ Um(a) outro(a) médico(a) ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Um amigo (a) ☐ Outro _____

Se considerar ter/ter tido mais que um mentor, classifique-os por ordem de importância e solicite um outro formulário. As questões abaixo devem ser respondidas para aquele que considera mais importante e continue em ordem decrescente.

Conheci meu mentor (*primeiro por ordem de importância*):

☐ Ainda na faculdade de medicina
☐ No programa de residência
☐ Em outra organização
☐ Faz parte da minha família
☐ Nas minhas relações de amizade

Meu mentor (☐ masculino ☐ feminino) :

- ☐ É ou foi um dos meus preceptores
☐ Foi meu professor e faz parte do meu programa de residência
☐ Foi meu professor e não faz parte do meu programa de residência
☐ É um profissional da organização onde faço o programa de residência
☐ É um profissional que não faz parte da organização onde faço o programa de residência
☐ É um profissional da minha família
☐ É um profissional amigo
☐ Outro _____

Eu o conheci há _____ anos

Ele tem _____ anos (se não puder ser preciso coloque aproximadamente)

Nos encontramos:

- ☐ Diariamente ☐ Duas vezes por semana ☐ Uma vez por semana
☐ Uma vez por mês ☐ Eventualmente

Até que ponto, na sua opinião, seu primeiro mentor gosta do que faz:

Nada 1 2 3 4 5 Extremamente

A seguir, você vai marcar na coluna **Situação** com que frequência o seu mentor age assim (considerando uma escala de 1 a 5, onde 1 é nunca e 5, sempre) e na coluna **Importância**, o grau de relevância de cada comportamento para você (considerando uma escala de 1 a 5, onde 1 é não é importante e 5, extremamente importante).

	Situação					Não sei	Importância					Não sei
1. Meu mentor reduziu riscos desnecessários que poderiam ameaçar as minhas possibilidades de ser promovido (proteção).	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
2. Meu mentor ajudou a terminar tarefas ou cumprir prazos que de outra forma seriam difíceis de conseguir (proteção).	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
3. Meu mentor me deu tarefas que aumentaram meus contatos pessoais com outros médicos (exposição).	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
4. Meu mentor me ajudou a conhecer novos colegas de profissão (exposição).	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
5. Meu mentor designou responsabilidades que tem aumentado meu contato com pessoas que podem julgar meu potencial para oportunidades no futuro (exposição).	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
6. Meu mentor me designou tarefas no trabalho que me preparam para ser um profissional competente (patrocínio).	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
7. Meu mentor me deu tarefas que oferecem oportunidades de aprender novas habilidades (tarefa desafiadora).	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
8. Meu mentor me deu apoio e feedback sobre meu desempenho como médico (tarefa desafiadora).	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
9. Meu mentor sugeriu estratégias específicas para alcançar meus objetivos de carreira (coaching).	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
10. Meu mentor compartilhou idéias comigo (coaching).	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
11. Meu mentor me deu feedback sobre meu desempenho atual (coaching).	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	

	Situação					Não sei	Importância					Não sei
12. Meu mentor sugeriu estratégias específicas para eu conseguir meus objetivos de trabalho (coaching).	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
13. Meu mentor me convidou para almoçar com ele (amizade).	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
14. Meu mentor tem pedido sugestões sobre problemas que ele tem no hospital (aceitação).	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
15. Meu mentor tem interagido comigo socialmente fora do ambiente de trabalho (amizade).	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
16. Ele assumiu a culpa ou o crédito em situações controversas (proteção).	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
17. Meu mentor falou muito sobre minhas habilidades e capacidades (aceitação).	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
18. Meu mentor conversou comigo sobre sua carreira (coaching).	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
19. Ele tem me encorajado a me preparar para desenvolver-me (coaching).	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
20. Meu mentor tem me encorajado a tentar novas formas de comportamento no trabalho (aceitação).	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
21. O comportamento de trabalho do meu mentor merece ser imitado (modelo).	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
22. Meu mentor tem atitudes e valores do em relação à educação que concordo (modelo).	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
23. Meu mentor merece respeito e admiração (modelo).	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
24. Quando chegar numa posição similar a do meu mentor tentarei ser como ele (modelo).	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
25. Meu mentor tem demonstrado muita habilidade para ouvir nas nossas conversas (aconselhamento).	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
26. Meu mentor tem conversado sobre meus questionamentos e preocupações sobre competência e comprometimento para crescer, relacionamentos com colegas e supervisores e conflitos trabalho/família (aconselhamento).	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
27. Meu mentor tem compartilhado experiências pessoais como uma perspectiva alternativa para meus problemas (aconselhamento).	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
28. Meu mentor tem me encorajado a conversar abertamente sobre meus medos e ansiedades que tiram minha atenção do trabalho (aconselhamento).	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
29. Meu mentor tem expressado empatia por preocupações e sentimentos sobre os quais tenho conversado com ele (aconselhamento).	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
30. Meu mentor tem mantido em segredo os sentimentos e dúvidas que compartilhei com ele (aconselhamento).	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
31. Meu mentor tem expressado sentimentos de respeito por mim como indivíduo (aceitação).	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	
32. Meu mentor me escolheu para uma promoção (exposição).	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	

Caso considere ter outro mentor, por gentileza solicite outro formulário

Gostaria de saber um pouco mais sobre você.

Qual a sua idade? _____

Qual o seu gênero?

☐ Masculino ☐ Feminino

Qual seu estado civil?

☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ _____

No seu relacionamento mais próximo existem médicos?

☐ Não ☐ Sim, pais ☐ Sim, só pai ☐ Sim, só mãe
☐ Sim, outros parentes ☐ Sim, outros _____**Comentários e Sugestões**

Anexos

Carta à COREME – Comissão de Residência Médica da UFPE

Carta ao Diretor do Hospital Universitário Osvaldo Cruz

Carta de Anuência do Hospital Universitário Osvaldo Cruz

Carta de Anuência do Coordenador do Núcleo de Pesquisa do HUOC

Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde

Parecer do Comitê de Ética de Pesquisas em Seres Humanos, Centro de Saúde da UFPE

29 de agosto de 2002

À COREME -Comissão de Residência Médica da Faculdade de Medicina da UFPE

Caros Professores,

Sou mestranda em Administração na UFPE e meu projeto de dissertação tem como objeto de estudo a residência médica nos hospitais universitários de Pernambuco.

O projeto tem como título "O fenômeno da mentoria na vivência dos residentes médicos: O caso dos hospitais universitários de Pernambuco". Mentoria refere-se à relação que se estabelece entre profissionais experientes e outros mais jovens e no início da carreira, em que os primeiros (mentores) se comprometem com o desenvolvimento profissional dos segundos (mentorados). Os mentores auxiliam os mentorados tanto sob o ponto de vista estritamente profissional, orientado para a carreira, quanto em termos de orientação e suporte emocional.

Será um estudo inédito no Brasil. Encontrei alguns estudos nos EUA na área de saúde, mas voltados para profissionais para-médicos. A pesquisa busca compreender, na percepção dos residentes, quem desempenha as funções de mentoria, quais as funções exercidas e a importância a elas atribuída, qual a qualidade destas relações e como seus mentores e programa de residência influenciam nas suas carreiras.

Venho, então, através desta solicitar a aprovação da pesquisa nessa instituição. O questionário que pretendo aplicar não tomará mais que 20 minutos para ser respondido. A forma de aplicá-lo poderá ser estabelecida de acordo com a conveniência de cada supervisor.

O questionário será voluntário e não identificado. Os resultados do estudo podem ser apresentados da forma que a COREME julgar conveniente. Para mim é muito importante a participação dos residentes do HC, pelo que estarei aguardando ansiosamente o retorno sobre a vossa participação.

Coloco-me à disposição para qualquer outro esclarecimento que a comissão julgar necessário.

Atenciosamente,

Mônica Carvalho

E-mail : monica_c1308@yahoo.com.br

SOLICITAÇÃO

Na qualidade de orientadora da dissertação de Mônica Gonçalves de Carvalho, mestranda do PROPAD - Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Pernambuco, solicito ao Professor Ricardo Quental Coutinho, Mui Digno Diretor do HUOC Hospital Universitário Oswaldo Cruz -UPE, a gentileza de autorizar a referida aluna a realizar sua coleta de dados (questionário anexo) entre os residentes de medicina dessa prestigiosa instituição.

Antecipadamente grata pela atenção que possa ser dispensada a esta solicitação, subscrevo-me

Atenciosamente,



Sônia Maria Rodrigues Càlado Dias

Departamento de Ciências Administrativas
Chefe

CARTA DE ANUENCIA

Declaramos para os devidos fins, que concordamos em receber Mônica G. de Carvalho, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), para realização de coleta de dados entre os residentes de Medicina do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, a qual sob a orientação do Pesquisador Propege UPE: Prof. Dr. Moacir de Novaes Lima Ferreira, realizará o Projeto de pesquisa intitulado “ **O FENÔMENO DA MENTORIA NA VIVÊNCIA DOS MÉDICOS RESIDENTES: O CASO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS DE PERNAMBUCO.**”

Recife, 11 de novembro de 2002

A handwritten signature in blue ink, reading 'Moacir de Novaes', is positioned above the printed name of the professor.

**Prof. Dr. Moacir de Novaes, M.D.
PhD Coordenador do Núcleo de Pós-
Graduação Pesquisa e Extensão**

**HOSPITAL UNIVERSITARIO
OSWALDO CRUZ** Rua Arnóbio Marques, 310-
Santo Amaro- Recife –PE CEP: 50.100-130 -PABX:
(81) 3413.1300- Fax: 3421.2129 CNPJ:
11.022.597/0013-25



CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

RESOLUÇÃO Nº 196, de 10 de outubro de 1996

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Quinquagésima Nona Reunião Ordinária, realizada nos dias 09 e 10 de outubro de 1996, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, **RESOLVE:**

Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos:-

I - PREÂMBULO

A presente Resolução fundamenta-se nos principais documentos internacionais que emanaram declarações e diretrizes sobre pesquisas que envolvem seres humanos: o Código de Nuremberg (1947), a Declaração dos Direitos do Homem (1948), a Declaração de Helsinque (1964 e suas versões posteriores de 1975, 1983 e 1989), o Acordo Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (ONU, 1966, aprovado pelo Congresso Nacional Brasileiro em 1992), as Propostas de Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas, Envolvendo Seres Humanos (CIOMS/OMS 1982 e 1993) e as Diretrizes Internacionais para Revisão Ética de Estudos Epidemiológicos (CIOMS, 1991). Cumpre as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata: Código de Direitos do Consumidor, Código Civil e Código Penal, Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Orgânica da Saúde 8.080, de 19/09/90 (dispõe sobre as condições de atenção à saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes), Lei 8.142, de 28/12/90 (participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde), Decreto 99.438, de 07/08/90 (organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde), Decreto 98.830, de 15/01/90 (coleta por estrangeiros de dados e materiais científicos no Brasil), Lei 8.489, de 18/11/92, e Decreto 879, de 22/07/93 (dispõem sobre retirada de tecidos, órgãos e outras partes do corpo humano com fins humanitários e científicos), Lei 8.501, de 30/11/92 (utilização de cadáver), Lei 8.974, de 05/01/95 (uso das técnicas de engenharia genética e liberação no meio ambiente de organismos geneticamente modificados), Lei 9.279, de 14/05/96 (regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial), e outras.

Esta Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

O caráter contextual das considerações aqui desenvolvidas implica em revisões periódicas desta Resolução, conforme necessidades nas áreas tecnocientífica e ética.

Ressalta-se, ainda, que cada área temática de investigação e cada modalidade de pesquisa, além de respeitar os princípios emanados deste texto, deve cumprir com as exigências setoriais e regulamentações específicas.

II - TERMOS E DEFINIÇÕES

A presente Resolução, adota no seu âmbito as seguintes definições:

II.1 - Pesquisa - classe de atividades cujo objetivo é desenvolver ou contribuir para o conhecimento generalizável. O conhecimento generalizável consiste em teorias, relações ou princípios ou no acúmulo de informações sobre as quais estão baseados, que possam ser corroborados por métodos científicos aceitos de observação e inferência.

II.2 - Pesquisa envolvendo seres humanos - pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais.

II.3 - Protocolo de Pesquisa - Documento contemplando a descrição da pesquisa em seus aspectos fundamentais, informações relativas ao sujeito da pesquisa, à qualificação dos pesquisadores e à todas as instâncias responsáveis.

II.4 - Pesquisador responsável - pessoa responsável pela coordenação e realização da pesquisa e pela integridade e bem-estar dos sujeitos da pesquisa.

II.5 - Instituição de pesquisa -organização, pública ou privada, legitimamente constituída e habilitada na qual são realizadas investigações científicas.

II.6 -Promotor -indivíduo ou instituição, responsável pela promoção da pesquisa.

II.7- Patrocinador -pessoa física ou jurídica que apoia financeiramente a pesquisa.

II.8 -Risco da pesquisa -possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social. cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela decorrente.

II.9 - Dano associado ou decorrente da pesquisa -agravo imediato ou tardio, ao indivíduo ou à coletividade, com nexo causal comprovado, direto ou indireto, decorrente do estudo científico.

II.10 - Sujeito da pesquisa -é o(a) participante pesquisado(a), individual ou coletivamente, de caráter voluntário, vedada qualquer forma de remuneração.

II.11 - Consentimento livre e esclarecido -anuência do sujeito da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, formulada em um termo de consentimento, autorizando sua participação voluntária na pesquisa.

II.12 - Indenização -cobertura material, em reparação a dano imediato ou tardio, causado pela pesquisa ao ser humano a ela submetida.

II.13 - Ressarcimento -cobertura, em compensação, exclusiva de despesas decorrentes da participação do sujeito na pesquisa.

II.14 - Comitês de Ética em Pesquisa-CEP -colegiados interdisciplinares e independentes, com "munus público", de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

II.15 - Vulnerabilidade -refere-se a estado de pessoas ou grupos que, por quaisquer razões ou motivos, tenham a sua capacidade de autodeterminação reduzida, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido.

II.16 - Incapacidade -Refere-se ao possível sujeito da pesquisa que não tenha capacidade civil para dar o seu consentimento livre e esclarecido, devendo ser assistido ou representado, de acordo com a legislação brasileira vigente.

III - ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

As pesquisas envolvendo seres humanos devem atender às exigências éticas e científicas fundamentais.

III.1 - A eticidade da pesquisa implica em:

a) consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes (*autonomia*). Neste sentido, a pesquisa envolvendo seres humanos deverá sempre tratá-los em sua dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade;

b) ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (*beneficência*), comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;

c) garantia de que danos previsíveis serão evitados (*não maleficência*);

d) relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (*justiça e equidade*).

III.2 - Todo procedimento de qualquer natureza envolvendo o ser humano, cuja aceitação não esteja ainda consagrada na literatura científica, será considerado como pesquisa e, portanto, deverá obedecer às diretrizes da presente Resolução. Os procedimentos referidos incluem entre outros, os de natureza instrumental, ambiental, nutricional, educacional, sociológica, econômica, física, psíquica ou biológica, sejam eles farmacológicos, clínicos ou cirúrgicos e de finalidade preventiva, diagnóstica ou terapêutica.

III.3 - A pesquisa em qualquer área do conhecimento, envolvendo seres humanos deverá observar as seguintes exigências:

- a) ser adequada aos princípios científicos que a justifiquem e com possibilidades concretas de responder a incertezas;
- b) estar fundamentada na experimentação prévia realizada em laboratórios, animais ou em outros fatos científicos;
- c) ser realizada somente quando o conhecimento que se pretende obter não possa ser obtido por outro meio;
- d) prevalecer sempre as probabilidades dos benefícios esperados sobre os riscos previsíveis;
- e) obedecer a metodologia adequada. Se houver necessidade de distribuição aleatória dos sujeitos da pesquisa em grupos experimentais e de controle, assegurar que, *a priori*, não seja possível estabelecer as vantagens de um procedimento sobre outro através de revisão de literatura, métodos observacionais ou métodos que não envolvam seres humanos;
- f) ter plenamente justificada, quando for o caso, a utilização de placebo, em termos de não maleficência e de necessidade metodológica;
- g) contar com o consentimento livre e esclarecido do sujeito da pesquisa e/ou seu representante legal;
- h) contar com os recursos humanos e materiais necessários que garantam o bem-estar do sujeito da pesquisa, devendo ainda haver adequação entre a competência do pesquisador e o projeto proposto;
- i) prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico -financeiro;
- j) ser desenvolvida preferencialmente em indivíduos com autonomia plena. Indivíduos ou grupos vulneráveis não devem ser sujeitos de pesquisa quando a informação desejada possa ser obtida através de sujeitos com plena autonomia, a menos que a investigação possa trazer benefícios diretos aos vulneráveis. Nestes casos, o direito dos indivíduos ou grupos que queiram participar da pesquisa deve ser assegurado, desde que seja garantida a proteção à sua vulnerabilidade e incapacidade legalmente definida;
- l) respeitar sempre os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes quando as pesquisas envolverem comunidades;
- m) garantir que as pesquisas em comunidades, sempre que possível, traduzir-se-ão em benefícios cujos efeitos continuem a se fazer sentir após sua conclusão. O projeto deve analisar as necessidades de cada um dos membros da comunidade e analisar as diferenças presentes entre eles, explicitando como será assegurado o respeito às mesmas;
- n) garantir o retorno dos benefícios obtidos através das pesquisas para as pessoas e as comunidades onde as mesmas forem realizadas. Quando, no interesse da comunidade, houver benefício real em incentivar ou estimular mudanças de costumes ou comportamentos, o protocolo de pesquisa deve incluir, sempre que possível, disposições para comunicar tal benefício às pessoas e/ou comunidades;
- o) comunicar às autoridades sanitárias os resultados da pesquisa, sempre que os mesmos puderem contribuir para a melhoria das condições de saúde da coletividade, preservando, porém, a imagem e assegurando que os sujeitos da pesquisa não sejam estigmatizados ou percam a auto-estima;
- p) assegurar aos sujeitos da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- q) assegurar aos sujeitos da pesquisa as condições de acompanhamento, tratamento ou de orientação, conforme o caso, nas pesquisas de rastreamento; demonstrar a preponderância de benefícios sobre riscos e custos;
- r) assegurar a inexistência de conflito de interesses entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa ou patrocinador do projeto;
- s) comprovar, nas pesquisas conduzidas do exterior ou com cooperação estrangeira, os compromissos e as vantagens, para os sujeitos das pesquisas e para o Brasil, decorrentes de sua realização. Nestes casos deve ser identificado o pesquisador e a instituição nacionais co-responsáveis pela pesquisa. O protocolo deverá observar as exigências da Declaração de Helsinque e incluir documento de aprovação, no país de origem, entre os apresentados para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição brasileira, que exigirá o cumprimento de seus próprios referenciais éticos. Os estudos patrocinados do exterior também devem responder às necessidades de treinamento de pessoal no Brasil, para que o país possa desenvolver projetos similares de forma independente;

t) utilizar o material biológico e os dados obtidos na pesquisa exclusivamente para a finalidade prevista, no seu protocolo;

u) levar em conta, nas pesquisas realizadas em mulheres em idade fértil ou em mulheres grávidas, a avaliação de riscos e benefícios e as eventuais interferências sobre a fertilidade, a gravidez, o embrião ou o feto, o trabalho de parto, o puerpério, a lactação e o recém-nascido;

v) considerar que as pesquisas em mulheres grávidas devem, ser precedidas de pesquisas em mulheres fora do período gestacional, exceto quando a gravidez for o objetivo fundamental da pesquisa;

x) propiciar, nos estudos multicêntricos, a participação dos pesquisadores que desenvolverão a pesquisa na elaboração do delineamento geral do projeto; e

z) descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que a aprovou.

IV - CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.

IV. 1 - Exige-se que o esclarecimento dos sujeitos se faça em linguagem acessível e que inclua necessariamente os seguintes aspectos:

- a) a justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa;
- b) os desconfortos e riscos possíveis e os benefícios esperados;
- c) os métodos alternativos existentes;
- d) a forma de acompanhamento e assistência, assim como seus responsáveis;
- e) a garantia de esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, sobre a metodologia, informando a possibilidade de inclusão em grupo controle ou placebo;
- f) a liberdade do sujeito de recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado;
- g) a garantia do sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa;
- h) as formas de ressarcimento das despesas decorrentes da participação na pesquisa;
- e i) as formas de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

IV .2 - O termo de consentimento livre e esclarecido obedecerá aos seguintes requisitos:

- a) ser elaborado pelo pesquisador responsável, expressando o cumprimento de cada uma das exigências acima;
- b) ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa que referenda a investigação;
- c) ser assinado ou identificado por impressão dactiloscópica, por todos e cada um dos sujeitos da pesquisa ou por seus representantes legais; e
- d) ser elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa ou por seu representante legal e uma arquivada pelo pesquisador.

IV .3 - Nos casos em que haja qualquer restrição à liberdade ou ao esclarecimento necessários para o adequado consentimento, deve-se ainda observar:

a) em pesquisas envolvendo crianças e adolescentes, portadores de perturbação ou doença mental e sujeitos em situação de substancial diminuição em suas capacidades de consentimento, deverá haver justificativa clara da escolha dos sujeitos da pesquisa, especificada no protocolo, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, e cumprir as exigências do consentimento livre e esclarecido, através dos representantes legais dos referidos sujeitos, sem suspensão do direito de informação do indivíduo, no limite de sua capacidade;

b) a liberdade do consentimento deverá ser particularmente garantida para aqueles sujeitos que, embora adultos e capazes, estejam expostos a condicionamentos específicos ou à influência de autoridade, especialmente estudantes, militares, empregados, presidiários, internos em centros de readaptação, casas-abrigo, asilos, associações religiosas e semelhantes, assegurando-lhes a inteira liberdade de participar ou não da pesquisa, sem quaisquer represálias;

c) nos casos em que seja impossível registrar o consentimento livre e esclarecido, tal fato deve ser devidamente documentado, com explicação das causas da impossibilidade, e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa;

d) as pesquisas em pessoas com o diagnóstico de morte encefálica só podem ser realizadas desde que estejam preenchidas as seguintes condições:

- documento comprobatório da morte encefálica (atestado de óbito);
- consentimento explícito dos familiares e/ou do responsável legal, ou manifestação prévia da vontade da pessoa;
- respeito total à dignidade do ser humano sem mutilação ou violação do corpo; -sem ônus econômico financeiro adicional à família;
- sem prejuízo para outros pacientes aguardando internação ou tratamento;
- possibilidade de obter conhecimento científico relevante, novo e que não possa ser obtido de outra maneira

e) em comunidades culturalmente diferenciadas, inclusive indígenas, deve-se contar com a anuência antecipada da comunidade através dos seus próprios líderes, não se dispensando, porém, esforços no sentido de obtenção do consentimento individual;

f) quando o mérito da pesquisa depender de alguma restrição de informações aos sujeitos, tal fato deve ser devidamente explicitado e justificado pelo pesquisador e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa. Os dados obtidos a partir dos sujeitos da pesquisa não poderão ser usados para outros fins que os não previstos no protocolo e/ou no consentimento.

V - RISCOS E BENEFÍCIOS

Considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade.

V. 1 - Não obstante os riscos potenciais, as pesquisas envolvendo seres humanos serão admissíveis quando:

- a)** oferecerem elevada possibilidade de gerar conhecimento para entender, prevenir ou aliviar um problema que afete o bem-estar dos sujeitos da pesquisa e de outros indivíduos;
- b)** o risco se justifique pela importância do benefício esperado;
- c)** o benefício seja maior, ou no mínimo igual, a outras alternativas já estabelecidas para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento.

V.2 - As pesquisas sem benefício direto ao indivíduo, devem prever condições de serem bem suportadas pelos sujeitos da pesquisa, considerando sua situação física, psicológica, social e educacional.

V.3 -O pesquisador responsável é obrigado a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano à saúde do sujeito participante da pesquisa, conseqüente à mesma, não previsto no termo de consentimento. Do mesmo modo, tão logo constatada a superioridade de um método em estudo sobre outro, o projeto deverá ser suspenso, oferecendo-se a todos os sujeitos os benefícios do melhor regime.

V.4 - O Comitê de Ética em Pesquisa da instituição deverá ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.

V.5 - O pesquisador, o patrocinador e a instituição devem assumir a responsabilidade de dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos.

V.6 - Os sujeitos da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não no termo de consentimento e resultante de sua participação, além do direito à assistência integral, têm direito à indenização.

V.7 - Jamais poderá ser exigido do sujeito da pesquisa, sob qualquer argumento, renúncia ao direito à indenização por dano. O formulário do consentimento livre e esclarecido não deve conter nenhuma ressalva que afaste essa responsabilidade ou que implique ao sujeito da pesquisa abrir mão de seus direitos legais, incluindo o direito de procurar obter indenização por danos eventuais.

VI -PROTOCOLO DE PESQUISA

O protocolo a ser submetido à revisão ética somente poderá ser apreciado se estiver instruído com os seguintes documentos, em português:

VI.1 -folha de rosto: título do projeto, nome, número da carteira de identidade, CPF, telefone e endereço para correspondência do pesquisador responsável e do patrocinador, nome e assinaturas dos dirigentes da instituição e/ou organização;

VI.2 -descrição da pesquisa, compreendendo os seguintes itens:

- a)** descrição dos propósitos e das hipóteses a serem testadas;
- b)** antecedentes científicos e dados que justifiquem a pesquisa. Se o propósito for testar um novo produto ou dispositivo para a saúde, de procedência estrangeira ou não, deverá ser indicada a situação atual de registro junto a agências regulatórias do país de origem;

- c) descrição detalhada e ordenada do projeto de pesquisa (material e métodos, casuística, resultados esperados e bibliografia);
- d) análise crítica de riscos e benefícios;
- e) duração total da pesquisa, a partir da aprovação;
- f) explicitação das responsabilidades do pesquisador, da instituição, do promotor e do patrocinador; g) explicitação de critérios para suspender ou encerrar a pesquisa;
- h) local da pesquisa: detalhar as instalações dos serviços, centros, comunidades e instituições nas quais se processarão as várias etapas da pesquisa;
- i) demonstrativo da existência de infra-estrutura necessária ao desenvolvimento da pesquisa e para atender eventuais problemas dela resultantes, com a concordância documentada da instituição;
- j) orçamento financeiro detalhado da pesquisa: recursos, fontes e destinação, bem como a forma e o valor da remuneração do pesquisador;
- l) explicitação de acordo preexistente quanto à propriedade das informações geradas, demonstrando a inexistência de qualquer cláusula restritiva quanto à divulgação pública dos resultados, amenos que se trate de caso de obtenção de patenteamento; neste caso, os resultados devem se tornar públicos, tão logo se encerre a etapa de patenteamento;
- m) declaração de que os resultados da pesquisa serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não, e

n) declaração sobre o uso e destinação do material e/ou dados coletados.

VI.3 - informações relativas ao sujeito da pesquisa:

- a) descrever as características da população a estudar: tamanho, faixa etária, sexo, cor (classificação do IBGE), estado geral de saúde, classes e grupos sociais, etc. Expor as razões para a utilização de grupos vulneráveis;
- b) descrever os métodos que afetem diretamente os sujeitos da pesquisa;
- c) identificar as fontes de material de pesquisa, tais como espécimens, registros e dados a serem obtidos de seres humanos. Indicar se esse material será obtido especificamente para os propósitos da pesquisa ou se será usado para outros fins;
- d) descrever os planos para o recrutamento de indivíduos e os procedimentos a serem seguidos. Fornecer critérios de inclusão e exclusão;
- e) apresentar o formulário ou termo de consentimento, específico para a pesquisa, para a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, incluindo informações sobre as circunstâncias sob as quais o consentimento será obtido, quem irá tratar de obtê-lo e a natureza da informação a ser fornecida aos sujeitos da pesquisa;
- f) descrever qualquer risco, avaliando sua possibilidade e gravidade;
- g) descrever as medidas para proteção ou minimização de qualquer risco eventual. Quando apropriado, descrever as medidas para assegurar os necessários cuidados à saúde, no caso de danos aos indivíduos. Descrever também os procedimentos para monitoramento da coleta de dados para prover a segurança dos indivíduos, incluindo as medidas de proteção à confidencialidade; e
- h) apresentar previsão de ressarcimento de gastos aos sujeitos da pesquisa. A importância referente não poderá ser de tal monta que possa interferir na autonomia da decisão do indivíduo ou responsável de participar ou não da pesquisa.

VI.4 - qualificação dos pesquisadores: "Curriculum vitae" do pesquisador responsável e dos demais participantes.

VI.5 - termo de compromisso do pesquisador responsável e da instituição de cumprir os termos desta Resolução.

VII - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP

Toda pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa.

VII.1 -As instituições nas quais se realizem pesquisas envolvendo seres humanos deverão constituir um ou mais de um Comitê de Ética em Pesquisa- CEP, conforme suas necessidades.

VII.2 -Na impossibilidade de se constituir CEP, a instituição ou o pesquisador responsável deverá submeter o projeto à apreciação do CEP de outra instituição, preferencialmente dentre os indicados pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS).

VII.3 -Organização -A organização e criação do CEP será da competência da instituição, respeitadas as normas desta Resolução, assim como o provimento de condições adequadas para o seu funcionamento.

VII.4 -Composição -O CEP deverá ser constituído por colegiado com número não inferior a 7 (sete) membros. Sua constituição deverá incluir a participação de profissionais da área de saúde, das ciências exatas, sociais e humanas, incluindo, por exemplo, juristas, teólogos, sociólogos, filósofos, bioeticistas e, pelo menos, um membro da sociedade representando os usuários da instituição. Poderá variar na sua composição, dependendo das especificidades da instituição e das linhas de pesquisa a serem analisadas.

VII.5 -Terá sempre caráter multi e transdisciplinar, não devendo haver mais que metade de seus membros pertencentes à mesma categoria profissional, participando pessoas dos dois sexos. Poderá ainda contar com consultores "ad hoc", pessoas pertencentes ou não à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos.

VII.6 -No caso de pesquisas em grupos vulneráveis, comunidades e coletividades, deverá ser convidado um representante, como membro "ad hoc" do CEP, para participar da análise do projeto específico.

VII.7 -Nas pesquisas em população indígena deverá participar um consultor familiarizado com os costumes e tradições da comunidade.

VII.8 -Os membros do CEP deverão se isentar de tomada de decisão, quando diretamente envolvidos na pesquisa em análise.

VII.9 -Mandato e escolha dos membros -A composição de cada CEP deverá ser definida a critério da instituição, sendo pelo menos metade dos membros com experiência em pesquisa, eleitos pelos seus pares. A escolha da coordenação de cada Comitê deverá ser feita pelos membros que compõem o colegiado, durante a primeira reunião de trabalho. Será de três anos a duração do mandato, sendo permitida recondução.

VII.10 - Remuneração -os membros do CEP não poderão ser remunerados no desempenho desta tarefa, sendo recomendável, porém, que sejam dispensados nos horários de trabalho do Comitê das outras obrigações nas instituições às quais prestam serviço, podendo receber ressarcimento de despesas efetuadas com transporte, hospedagem e alimentação.

VII.11 - Arquivo -O CEP deverá manter em arquivo o projeto, o protocolo e os relatórios correspondentes, por 5 (cinco) anos após o encerramento do estudo.

VII.12 - Liberdade de trabalho -os membros dos CEPs deverão ter total independência na tomada das decisões no exercício das suas funções, mantendo sob caráter confidencial as informações recebidas. Deste modo, não podem sofrer qualquer tipo de pressão por parte de superiores hierárquicos ou pelos interessados em determinada pesquisa, devem isentar-se de envolvimento financeiro e não devem estar submetidos a conflito de interesse.

VII.13 - Atribuições do CEP:

a) revisar todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, inclusive os multicêntricos, cabendo-lhe a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas;

b) emitir parecer consubstanciado por escrito, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, identificando com clareza o ensaio, documentos estudados e data de revisão. A revisão de cada protocolo culminará com seu enquadramento em uma das seguintes categorias:

- aprovado;

- com pendência: quando o Comitê considera o protocolo como aceitável, porém identifica determinados problemas no protocolo, no formulário do consentimento ou em ambos, e recomenda uma

revisão específica ou solicita uma modificação ou informação relevante, que deverá ser atendida em 60 (sessenta) dias pelos pesquisadores;

- retirado: quando, transcorrido o prazo, o protocolo permanece pendente;

- não aprovado; e

- aprovado e encaminhado, com o devido parecer, para apreciação pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa -CONEP/MS, nos casos previstos no capítulo VIII, item 4.c.

c) manter a guarda confidencial de todos os dados obtidos na execução de sua tarefa e arquivamento do protocolo completo, que ficará à disposição das autoridades sanitárias;

d) acompanhar o desenvolvimento dos projetos através de relatórios anuais dos pesquisadores;

e) desempenhar papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da ética na ciência;

f) receber dos sujeitos da pesquisa ou de qualquer outra parte denúncias de abusos ou notificação sobre fatos adversos que possam alterar o curso normal do estudo, decidindo pela continuidade, modificação ou suspensão da pesquisa, devendo, se necessário, adequar o termo de consentimento. Considera-se como anti-ética a pesquisa descontinuada sem justificativa aceita pelo CEP que a aprovou;

g) requerer instauração de sindicância à direção da instituição em caso de denúncias de irregularidades de natureza ética nas pesquisas e, em havendo comprovação, comunicar à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP/MS e, no que couber, a outras instâncias; e

h) manter comunicação regular e permanente com a CONEP/MS.

VII.14 - Atuação do CEP:

a) A revisão ética de toda e qualquer proposta de pesquisa envolvendo seres humanos não poderá ser dissociada da sua análise científica. Pesquisa que não se faça acompanhar do respectivo protocolo não deve ser analisada pelo Comitê.

b) Cada CEP deverá elaborar suas normas de funcionamento, contendo metodologia de trabalho, a exemplo de: elaboração das atas; planejamento anual de suas atividades; periodicidade de reuniões; número mínimo de presentes para início das reuniões; prazos para emissão de pareceres; critérios para solicitação de consultas de *experts* na área em que se desejam informações técnicas; modelo de tomada de decisão, etc.

VIII -COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA (CONEP/MS)

A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa -CONEP/MS é uma instância colegiada, de natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa, independente, vinculada ao Conselho Nacional de Saúde.

O Ministério da Saúde adotará as medidas necessárias para o funcionamento pleno da Comissão e de sua Secretaria Executiva.

VIII.1 -Composição: A CONEP terá composição multi e transdisciplinar, com pessoas de ambos os sexos e deverá ser composta por 13 (treze) membros titulares e seus respectivos suplentes, sendo 05 (cinco) deles personalidades destacadas no campo da ética na pesquisa e na saúde e 08 (oito) personalidades com destacada atuação nos campos teológico, jurídico e outros, assegurando-se que pelo menos um seja da área de gestão da saúde. Os membros serão selecionados, a partir de listas indicativas elaboradas pelas instituições que possuem CEP registrados na CONEP, sendo que 07 (sete) serão escolhidos pelo Conselho Nacional de Saúde e 06 (seis) serão definidos por sorteio. Poderá contar também com consultores e membros "ad hoc", assegurada a representação dos usuários.

VIII.2 -Cada CEP poderá indicar duas personalidades.

VIII.3 -O mandato dos membros da CONEP será de quatro anos com renovação alternada a cada dois anos, de sete ou seis de seus membros.

VIII.4 -Atribuições da CONEP -Compete à CONEP o exame dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, bem como a adequação e atualização das normas atinentes. A CONEP consultará a sociedade sempre que julgar necessário, cabendo-lhe, entre outras, as seguintes atribuições:

a) estimular a criação de CEPs institucionais e de outras instâncias;

b) registrar os CEPs institucionais e de outras instâncias;

c) aprovar, no prazo de 60 dias, e acompanhar os protocolos de pesquisa em áreas temáticas especiais tais como:

1- genética humana;

2- reprodução humana;

3- fármacos, medicamentos, vacinas e testes diagnósticos novos (fases I, II e III) ou não registrados no país (ainda que fase IV), ou quando a pesquisa for referente a seu uso com modalidades, indicações, doses ou vias de administração diferentes daquelas estabelecidas, incluindo seu emprego em combinações;

4- equipamentos, insumos e dispositivos para a saúde novos, ou não registrados no país;

5- novos procedimentos ainda não consagrados na literatura;

6- populações indígenas;

7- projetos que envolvam aspectos de biossegurança;

8- pesquisas coordenadas do exterior ou com participação estrangeira e pesquisas que envolvam remessa de material biológico para o exterior; e

9- projetos que, a critério do CEP, devidamente justificado, sejam julgados merecedores de análise pela CONEP;

d) prover normas específicas no campo da ética em pesquisa, inclusive nas áreas temáticas especiais, bem como recomendações para aplicação das mesmas;

e) funcionar como instância final de recursos, a partir de informações fornecidas sistematicamente, em caráter *ex-officio* ou a partir de denúncias ou de solicitação de partes interessadas, devendo manifestar-se em um prazo não superior a 60 (sessenta) dias;

f) rever responsabilidades, proibir ou interromper pesquisas, definitiva ou temporariamente, podendo requisitar protocolos para revisão ética inclusive, os já aprovados pelo CEP;

g) constituir um sistema de informação e acompanhamento dos aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos em todo o território nacional, mantendo atualizados os bancos de dados;

h) informar e assessorar o MS, o CNS e outras instâncias do SUS, bem como do governo e da sociedade, sobre questões éticas relativas à pesquisa em seres humanos;

i) divulgar esta e outras normas relativas à ética em pesquisa envolvendo seres humanos;

j) a CONEP juntamente com outros setores do Ministério da Saúde, estabelecerá normas e critérios para o credenciamento de Centros de Pesquisa. Este credenciamento deverá ser proposto pelos setores do Ministério da Saúde, de acordo com suas necessidades, e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde; e

l) estabelecer suas próprias normas de funcionamento.

VIII.5 -A CONEP submeterá ao CNS para sua deliberação:

a) propostas de normas gerais a serem aplicadas às pesquisas envolvendo seres humanos, inclusive modificações desta norma;

b) plano de trabalho anual;

c) relatório anual de suas atividades, incluindo sumário dos CEP estabelecidos e dos projetos analisados.

IX -OPERACIONALIZAÇÃO

IX.1 -Todo e qualquer projeto de pesquisa envolvendo seres humanos deverá obedecer às recomendações desta Resolução e dos documentos endossados em seu preâmbulo. A responsabilidade do pesquisador é indelegável, indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

IX.2 -Ao pesquisador cabe:

a) apresentar o protocolo, devidamente instruído ao CEP, aguardando o pronunciamento deste, antes de iniciar a pesquisa;

b) desenvolver o projeto conforme delineado;

c) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;

d) apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento;

e) manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP;

f) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto;

g) justificar, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

IX.3 -O Comitê de Ética em Pesquisa institucional deverá estar registrado junto à CONEPIMS.

IX.4 -Uma vez aprovado o projeto, o CEP passa a ser co-responsável no que se refere aos aspectos éticos da pesquisa.

IX.5 -Consideram-se autorizados para execução, os projetos aprovados pelo CEP, exceto os que se enquadrarem nas áreas temáticas especiais, os quais, após aprovação pelo CEP institucional deverão ser enviados à CONEPIMS, que dará o devido encaminhamento.

IX.6 -Pesquisas com novos medicamentos, vacinas, testes diagnósticos, equipamentos e dispositivos para a saúde deverão ser encaminhados do CEP à CONEPIMS e desta, após parecer, à Secretaria de Vigilância Sanitária.

IX.7 -As agências de fomento à pesquisa e o corpo editorial das revistas científicas deverão exigir documentação comprobatória de aprovação do projeto pelo CEP *elou* CONEP, quando for o caso.

IX.8 -Os CEP institucionais deverão encaminhar trimestralmente à CONEPIMS a relação dos projetos de pesquisa analisados, aprovados e concluídos, bem como dos projetos em andamento e, imediatamente, aqueles suspensos.

X. DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

X.1 -O Grupo Executivo de Trabalho-GET, constituído através da Resolução CNS 170/95, assumirá as atribuições da CONEP até a sua constituição, responsabilizando-se por:

a) tomar as medidas necessárias ao processo de criação da CONEPIMS;

b) estabelecer normas para registro dos CEP institucionais;

X.2 -O GET terá 180 dias para finalizar as suas tarefas.

X.3 -os CEP das instituições devem proceder, no prazo de 90 (noventa) dias, ao levantamento e análise, se for o caso, dos projetos de pesquisa em seres humanos já em andamento, devendo encaminhar à CONEPIMS, a relação dos mesmos.

X4 -Fica revogada a Resolução 01/88.

ADIB D. JATENE
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

ADIB D. JATENE
Ministro de Estado da Saúde



Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências da Saúde Comitê de Ética em Pesquisa

Ofício nº 337/2002- CEPICCS
novembro de 2002.

Recife, 06 de

Senhor(a) Pesquisador(a),

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco - CEP/CCS/UFPE analisou o Protocolo de pesquisa n.º 226/2002-CEP/CCs, intitulado "O fenômeno da mentoria na vivência dos residentes médicos: o caso dos hospitais universitários de Pernambuco" aprovando-o, de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, em 06 de novembro de 2002, liberando para início da coleta de dados.

Obs. Relatório do Pesquisador responsável previsto para dia 12/03/2003.

Atenciosamente,

Assinatura manuscrita em azul da Profa. Vânia Pinheiro Ramos.

Profa. Vânia Pinheiro Ramos
Vice-coordenadora do Comitê
de Ética em Pesquisa
CCS/UFPE

A

Profa. Mônica Gonçalves de Carvalho
Ciências Sociais Aplicadas UFPE