RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber. ISSN: 2675-9128. São Paulo - SP.
Ano VII, v.1 2026 | submissão: 21/08/2026 | aceito: 24/08/2026 | publicação: 27/08/2026

Espelho de preceptoria em Medicina de Família e Comunidade: a relação residente–interno e seus reflexos na formação do preceptor

Preceptorship mirror in Family and Community Medicine: the resident–medical intern relationship and its effects on preceptor development

Espejo de preceptoría en Medicina Familiar y Comunitaria: la relación residente–interno y sus reflejos en la formación del preceptor

Raiane Virginia Gonçalves Oliveira – Escola de Saúde Pública do Distrito Federal - ESP DF, e-mail: raianeeeoliveira@gmail.com

Resumo: A preceptoria constitui elemento central na formação médica, especialmente na Medicina de Família e Comunidade (MFC), na qual o ensino ocorre de forma prática e longitudinal. Este estudo tem como objetivo refletir criticamente sobre a experiência de um residente de MFC no papel de preceptor de internos de medicina e seus impactos na formação pedagógica e profissional. Trata-se de um relato de experiência, de abordagem qualitativa, realizado em cenário de Atenção Primária à Saúde. A experiência evidenciou avanços no desenvolvimento de habilidades de comunicação, adaptação de estratégias de ensino e construção de feedbacks, ao mesmo tempo em que revelou lacunas na formação pedagógica formal. A vivência funcionou como um "espelho" da relação tradicional preceptor–residente, permitindo maior compreensão do processo ensino-aprendizagem. Conclui-se que a inserção estruturada de formação em preceptoria durante a residência pode qualificar o ensino e fortalecer a formação de futuros preceptores.

Palavras-chave: Preceptoria; Educação Médica; Medicina de Família e Comunidade; Internato; Residência Médica.

Abstract: Preceptorship is a central element of medical education, especially in Family and Community Medicine (FCM), where teaching takes place through practical and longitudinal activities. This study aims to critically reflect on the experience of an FCM resident acting as a preceptor for medical interns and on its effects on pedagogical and professional development. This is a qualitative experience report conducted in a Primary Health Care setting. The experience showed progress in the development of communication skills, the adaptation of teaching strategies, and the provision of feedback, while also revealing gaps in formal pedagogical training. The experience functioned as a 'mirror' of the traditional preceptor–resident relationship, enabling a deeper understanding of the teaching-learning process. It is concluded that the structured inclusion of preceptorship training during residency can improve teaching and strengthen the development of future preceptors.

Keywords: Preceptorship; Medical Education; Family and Community Medicine; Medical Internship; Medical Residency.

Resumen: La preceptoría es un elemento central en la formación médica, especialmente en Medicina Familiar y Comunitaria (MFC), en la que la enseñanza se da de forma práctica y longitudinal. Este estudio tiene como objetivo reflexionar críticamente sobre la experiencia de un residente del MFC en el rol de preceptor de internos de medicina y sus impactos en la formación pedagógica y profesional. Se trata de un relato de experiencia, con enfoque cualitativo, realizado en un escenario de Atención Primaria de Salud. La experiencia destacó avances en el desarrollo de habilidades comunicativas, adaptación de estrategias de enseñanza y construcción de retroalimentación, al mismo tiempo que reveló vacíos en la formación pedagógica formal. La experiencia funcionó como un "espejo" de la tradicional relación preceptor-residente, permitiendo una mayor comprensión del proceso de enseñanza-aprendizaje. Se concluye que la inserción estructurada de la formación preceptora durante la residencia puede calificar la docencia y fortalecer la formación de futuros preceptores.

Palabras clave: Preceptoría; Educación Médica; Medicina Familiar y Comunitaria; Internado; Residencia Médica.

RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber. ISSN: 2675-9128. São Paulo - SP.
Ano VII, v.1 2026 | submissão: 21/08/2026 | aceito: 24/08/2026 | publicação: 27/08/2026

1. Introdução

A formação médica contemporânea tem avançado no sentido de integrar conhecimentos teóricos, habilidades práticas e atitudes profissionais, com ênfase no desenvolvimento de competências necessárias ao cuidado integral, ético e centrado nas necessidades das pessoas e das comunidades. Nesse contexto, a aprendizagem deixa de estar restrita aos ambientes tradicionalmente acadêmicos e passa a ocorrer de maneira cada vez mais significativa nos cenários reais de prática, nos quais estudantes e médicos em formação são expostos a situações clínicas concretas e precisam articular conhecimentos, habilidades de comunicação, raciocínio clínico, tomada de decisão e trabalho em equipe. Na Medicina de Família e Comunidade (MFC), essa perspectiva assume particular relevância, uma vez que a Atenção Primária à Saúde (APS) constitui espaço privilegiado para o acompanhamento longitudinal de indivíduos, famílias e comunidades, favorecendo a integração entre cuidado e formação profissional. O ensino clínico realizado nesses cenários depende, portanto, não apenas da disponibilidade de casos e situações de aprendizagem, mas também da presença de profissionais capazes de acompanhar, supervisionar e orientar os aprendizes no cotidiano dos serviços (Botti; Rego, 2008; Ramani; Leinster, 2008).

Dentro desse processo formativo, diferentes sujeitos ocupam posições e responsabilidades distintas, embora estejam inseridos em uma mesma dinâmica de ensino-aprendizagem. Entre eles, destacam-se o estudante de medicina em internato, o médico residente e o preceptor. A compreensão das particularidades de cada um desses papéis é importante para analisar as relações pedagógicas estabelecidas no cenário de prática e, especialmente, para compreender situações nas quais um médico residente assume, ainda que parcialmente, funções relacionadas à preceptoria de estudantes de graduação.

O internato médico corresponde a uma etapa específica da formação médica na graduação, caracterizada por maior inserção do estudante nos cenários de prática e pela aproximação progressiva com as responsabilidades próprias do exercício profissional. As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina estabelecem a importância da formação baseada em competências e da inserção dos estudantes em diferentes cenários de atenção à saúde, incluindo a Atenção Primária à Saúde. A Lei nº 12.871/2013, que instituiu o Programa Mais Médicos, também estabeleceu que parte da carga horária do internato deveria ser desenvolvida na Atenção Básica e nos serviços de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde (SUS), reforçando a importância dos cenários reais de cuidado na formação médica (Brasil, 2013; Brasil, 2014). Assim, o interno encontra-se em uma fase de transição entre a aprendizagem predominantemente acadêmica e a prática profissional, mobilizando conhecimentos previamente adquiridos e desenvolvendo, de forma progressiva, competências clínicas, comunicacionais e profissionais.

Embora o interno já possua conhecimentos teóricos e habilidades desenvolvidas ao longo da graduação, sua atuação no serviço ocorre sob supervisão e dentro de limites

compatíveis com seu estágio de formação. A autonomia do estudante, portanto, é progressiva e deve estar relacionada ao seu nível de competência e à complexidade das atividades desenvolvidas. Nesse sentido, a supervisão não representa apenas uma forma de controle das atividades realizadas, mas constitui também um importante recurso pedagógico, permitindo que o estudante assuma responsabilidades gradualmente maiores à medida que demonstra capacidade para fazê-lo. O cenário clínico torna-se, assim, um espaço no qual autonomia e supervisão precisam ser continuamente negociadas, considerando tanto as necessidades de aprendizagem quanto a segurança e a qualidade do cuidado oferecido aos pacientes.

Em uma etapa posterior da formação médica encontra-se a residência médica. De acordo com a Lei nº 6.932/1981, a Residência Médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, caracterizada pelo treinamento em serviço e desenvolvida sob orientação de profissionais médicos qualificados (Brasil, 1981). O médico residente, portanto, apresenta uma posição particular no processo formativo: embora já seja profissional graduado e legalmente habilitado para o exercício da medicina, permanece em processo de especialização e desenvolvimento de competências específicas. Sua formação ocorre mediante uma combinação de prática assistencial, supervisão, atividades teórico-práticas e reflexão sobre as situações vivenciadas no cotidiano dos serviços.

Essa posição intermediária confere ao residente características singulares no processo de ensino-aprendizagem. Ao mesmo tempo em que permanece como aprendiz diante de seus preceptores e demais profissionais mais experientes, o residente pode assumir funções de ensino junto a estudantes de graduação e a outros profissionais em formação. Dessa forma, o residente não ocupa exclusivamente o lugar de quem aprende, mas pode também participar ativamente da formação de outros sujeitos. Essa experiência pode ser compreendida como uma modalidade de ensino entre pares ou de ensino exercido por um profissional em formação, situação que apresenta potencial para produzir benefícios tanto para quem aprende quanto para quem ensina (Ten Cate; Durning, 2007).

A preceptoria, por sua vez, constitui importante componente da formação médica nos cenários de prática. Embora os termos preceptor, supervisor, tutor e mentor sejam algumas vezes utilizados de maneira intercambiável, eles apresentam diferentes significados e funções no campo da educação em saúde. Botti e Rego (2008) destacam que o preceptor é o profissional que atua no ambiente de trabalho e de formação, particularmente no contexto da prática clínica, aproximando os conhecimentos teóricos da realidade assistencial. Sua atuação pode envolver ensino clínico, supervisão, avaliação, orientação, acompanhamento do desenvolvimento de competências e utilização das situações reais de cuidado como oportunidades de aprendizagem. Além disso, o preceptor pode exercer influência sobre a formação ética e profissional dos aprendizes, funcionando como modelo de atuação profissional.

O ensino no ambiente clínico, entretanto, apresenta características próprias e exige do

profissional que ensina competências que vão além do domínio técnico e científico. O professor ou preceptor clínico pode assumir diferentes papéis ao longo de uma mesma atividade, atuando como fonte de informação, facilitador da aprendizagem, avaliador, orientador e modelo profissional (Ramani; Leinster, 2008). Dessa forma, saber exercer a medicina não significa necessariamente saber ensinar medicina. A competência clínica e a competência pedagógica constituem dimensões relacionadas, mas não equivalentes, e a experiência assistencial por si só não garante que o profissional esteja preparado para organizar objetivos educacionais, adaptar estratégias de ensino, avaliar o desempenho do aprendiz ou oferecer feedback de maneira adequada.

Nesse sentido, o feedback ocupa papel relevante na educação médica. No contexto clínico, ele possibilita que o aprendiz compreenda aspectos de seu desempenho que precisam ser mantidos, modificados ou aprimorados, contribuindo para o desenvolvimento progressivo de competências. Para que seja efetivo, o feedback deve estar relacionado a comportamentos observáveis e oferecer informações que possam orientar o desempenho futuro, diferenciando-se de uma avaliação meramente classificatória (Ende, 1983). A capacidade de oferecer feedback adequado, portanto, constitui uma das habilidades pedagógicas que podem ser desenvolvidas durante a experiência de preceptoria e que nem sempre são formalmente ensinadas durante a formação médica.

Outro aspecto relevante para a compreensão das relações entre interno, residente e preceptor diz respeito à aprendizagem de adultos. A maior parte dos sujeitos envolvidos na formação médica encontra-se em processo de educação de adultos, o que torna pertinente considerar os pressupostos da andragogia. O conceito, associado especialmente aos trabalhos de Malcolm Knowles, parte da compreensão de que adultos apresentam experiências prévias, necessidades, motivações e formas de participação no processo de aprendizagem que devem ser consideradas na organização das estratégias educacionais. Na educação de profissionais de saúde, teorias de aprendizagem de adultos valorizam aspectos como a experiência prévia do aprendiz, a participação ativa, a relevância prática do conteúdo, a resolução de problemas e a integração entre aquilo que é aprendido e situações concretas do cotidiano profissional (Mukhalalati; Taylor, 2019).

No cenário da MFC e da APS, esses princípios encontram terreno particularmente fértil. O contato com pacientes reais, famílias, equipes multiprofissionais e situações clínicas complexas possibilita que a aprendizagem esteja diretamente relacionada a problemas concretos e contextualizados. O conhecimento não é mobilizado apenas como conteúdo teórico, mas como ferramenta para compreender e solucionar situações que emergem da prática. O aprendiz pode participar da consulta, realizar anamnese e exame físico, formular hipóteses diagnósticas, discutir condutas, acompanhar usuários longitudinalmente e refletir sobre as decisões tomadas. Nesse contexto, o papel do preceptor ou de qualquer profissional que assuma uma função educativa é favorecer a participação ativa do aprendiz sem perder de

vista os limites necessários à segurança do paciente e ao nível de competência daquele que está em formação.

A relação entre interno, residente e preceptor pode, portanto, ser compreendida a partir de diferentes níveis de experiência, responsabilidade e autonomia. O interno encontra-se em processo de desenvolvimento das competências necessárias à prática profissional e necessita de supervisão proporcional ao seu nível de formação. O residente, por sua vez, apresenta maior experiência e autonomia clínica, mas permanece sob supervisão durante seu processo de especialização. Já o preceptor assume maior responsabilidade pela supervisão, orientação e avaliação dos profissionais em formação. Esses níveis não devem ser compreendidos como posições estáticas ou como uma hierarquia exclusivamente vertical, mas como uma organização dinâmica, na qual a autonomia deve ser ampliada progressivamente de acordo com a competência demonstrada e com a complexidade da situação clínica.

Essa dinâmica torna-se especialmente interessante quando o residente passa a atuar como preceptor ou educador de internos. Nessa situação, estabelece-se uma relação que pode ser representada como um movimento entre diferentes posições no processo de formação: o residente é aprendiz diante de seu preceptor, mas pode assumir o papel de educador diante do interno. Há, portanto, uma sobreposição de papéis e uma possibilidade de circulação de conhecimentos e experiências entre os diferentes níveis da formação. O residente precisa não apenas dominar determinado conteúdo, mas também selecionar aquilo que é pertinente ao nível de conhecimento do interno, adaptar sua linguagem, estimular o raciocínio clínico, acompanhar o grau de autonomia possível e reconhecer quando é necessário intervir ou solicitar apoio do preceptor responsável.

Essa experiência pode produzir um efeito pedagógico sobre o próprio residente. Ao ensinar, ele passa a observar o processo de aprendizagem sob uma perspectiva diferente daquela que possuía quando ocupava exclusivamente o lugar de aprendiz. Situações anteriormente vivenciadas com seus próprios preceptores podem ser revisitadas e reinterpretadas. Estratégias de ensino podem ser reproduzidas, modificadas ou deliberadamente evitadas. Determinadas atitudes que anteriormente pareciam naturais podem adquirir novo significado quando o residente precisa desempenhar o papel de quem orienta outra pessoa. O ato de ensinar pode, assim, favorecer a explicitação de conhecimentos que antes permaneciam implícitos, além de estimular a reflexão sobre comunicação, supervisão, autonomia, avaliação e feedback.

É nesse ponto que se estabelece a metáfora do “espelho de preceptoria”, proposta neste relato. O residente, ao ocupar temporariamente a posição de quem ensina, pode reconhecer no próprio comportamento elementos das práticas pedagógicas vivenciadas anteriormente com seus preceptores. O espelho, entretanto, não implica necessariamente uma reprodução passiva. Ao se perceber na posição de educador, o residente pode identificar práticas que deseja manter, estratégias que pretende adaptar e experiências que prefere transformar. A relação

com o interno pode, dessa forma, funcionar como um dispositivo de reflexão sobre a própria trajetória formativa e sobre o modelo de preceptoria que está sendo construído.

Essa perspectiva também permite problematizar a preparação pedagógica do médico residente. Embora a residência médica tenha como finalidade principal a formação especializada e o desenvolvimento de competências para o exercício profissional, o cotidiano dos serviços pode inserir o residente em situações de ensino e supervisão de estudantes. Quando isso ocorre sem formação pedagógica específica, o residente pode recorrer predominantemente às experiências que teve como aluno e às estratégias que observa em seus próprios preceptores. Tal processo pode ser produtivo, mas também pode reproduzir modelos de ensino pouco refletidos ou inadequados às necessidades dos aprendizes. A literatura sobre ensino clínico ressalta justamente que muitos profissionais assumem responsabilidades educacionais sem preparação específica para o exercício dessas funções (Ramani; Leinster, 2008).

Assim, a inserção do residente em atividades de preceptoria pode ser compreendida não apenas como uma estratégia de apoio ao ensino da graduação, mas também como uma oportunidade de desenvolvimento profissional e pedagógico do próprio residente. A experiência pode contribuir para o aprimoramento de habilidades de comunicação, liderança, organização do conhecimento, supervisão, avaliação e feedback, além de favorecer a construção de uma identidade profissional que reconheça a dimensão educativa como parte do trabalho médico. Por outro lado, a ausência de preparação formal pode gerar insegurança e dificuldades na definição dos limites de autonomia, na condução do ensino e na avaliação do aprendiz.

Diante desse cenário, torna-se relevante refletir sobre o que acontece quando um médico residente de MFC assume a posição de preceptor de internos e sobre como essa experiência repercute em sua própria formação. Mais do que descrever atividades realizadas com estudantes, interessa compreender de que maneira essa experiência modifica a percepção do residente sobre o processo ensino-aprendizagem, sobre sua própria atuação profissional e sobre a função de preceptor que poderá exercer futuramente. A experiência de ensinar pode, nesse sentido, constituir uma oportunidade de olhar novamente para a própria formação e compreender como os modelos de preceptoria anteriormente vivenciados influenciam a prática educativa atual.

Assim, este estudo tem como objetivo refletir criticamente sobre a experiência de um residente de Medicina de Família e Comunidade na preceptoria de internos de medicina, considerando a relação entre os diferentes níveis de formação, os processos de autonomia e supervisão, os princípios da aprendizagem de adultos e os impactos dessa vivência no desenvolvimento de competências pedagógicas e profissionais para o futuro exercício da preceptoria.

RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber. ISSN: 2675-9128. São Paulo - SP.
Ano VII, v.1 2026 | submissão: 21/08/2026 | aceito: 24/08/2026 | publicação: 27/08/2026

2. Objetivos

2.1 Objetivos gerais

Este trabalho tem como objetivo relatar e refletir criticamente sobre a experiência de uma médica residente em Medicina de Família e Comunidade, integrante de uma equipe de Saúde da Família (eSF) vinculadas a dois programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, desenvolvidos em Montes Claros, Minas Gerais, e em Brasília, Distrito Federal, no exercício de atividades de ensino e acompanhamento de internos de medicina no cenário da Atenção Primária à Saúde, considerando as repercussões dessa vivência para o desenvolvimento de competências pedagógicas, clínicas e profissionais relacionadas ao futuro exercício da preceptoria.

2.2 Objetivos específicos

Descrever o contexto dos cenários de Atenção Primária à Saúde nos quais ocorreu a experiência de ensino;

Caracterizar a relação estabelecida entre a médica residente, os internos de medicina e os preceptores envolvidos no processo de ensino-aprendizagem;

Descrever as principais atividades de ensino, supervisão e acompanhamento desenvolvidas junto aos internos;

Refletir sobre os diferentes níveis de autonomia atribuídos à residente e aos internos, considerando seus respectivos estágios de formação;

Identificar as estratégias pedagógicas utilizadas durante a experiência, incluindo discussão de casos, acompanhamento de consultas e feedback;

Analisar as dificuldades e limitações encontradas pela residente no exercício das atividades de ensino;

Refletir sobre a influência das experiências previamente vivenciadas pela residente com seus próprios preceptores sobre sua prática educativa;

Identificar as competências pedagógicas e profissionais desenvolvidas a partir da experiência de preceptoria;

Analisar de que maneira a experiência de ensinar internos contribuiu para a ressignificação da própria trajetória formativa da residente;

Refletir sobre a experiência vivenciada como possibilidade de preparação para o futuro exercício da preceptoria em Medicina de Família e Comunidade.

RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber. ISSN: 2675-9128. São Paulo - SP.
Ano VII, v.1 2026 | submissão: 21/08/2026 | aceito: 24/08/2026 | publicação: 27/08/2026

3. Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, elaborado a partir da vivência de uma médica residente em Medicina de Família e Comunidade (MFC) no desenvolvimento de atividades de ensino, acompanhamento e supervisão de internos de medicina em cenários de Atenção Primária à Saúde (APS). O relato de experiência constitui uma modalidade de produção acadêmica que possibilita a sistematização e a reflexão crítica sobre uma experiência concreta, articulando a vivência prática com referenciais teóricos e permitindo a construção de conhecimentos a partir da análise de situações vivenciadas no cotidiano profissional (Daltro; Faria, 2019). A escolha dessa modalidade justifica-se pela natureza do objeto deste estudo, que busca descrever e refletir criticamente sobre uma experiência vivenciada durante a formação médica, considerando seus significados, potencialidades, limitações e repercussões para o desenvolvimento de competências pedagógicas e profissionais.

A experiência foi construída longitudinalmente ao longo da formação da autora em dois programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, em diferentes contextos de Atenção Primária à Saúde. Teve início em 1º de março de 2024, no Programa de Residência Médica em MFC em Montes Claros, Minas Gerais, onde a autora permaneceu até 31 de maio de 2025. Em razão de transferência de programa de residência, a formação teve continuidade em Brasília, Distrito Federal, a partir de 1º de junho de 2025. Nessa segunda etapa, a autora permaneceu em atividade até 3 de setembro de 2025, quando iniciou período de afastamento por licença-maternidade, com duração de seis meses. O retorno às atividades ocorreu em março de 2026, permanecendo a autora em formação até o período considerado para este relato.

A experiência ocorreu em serviços de APS vinculados aos respectivos programas de residência, com inserção da autora no cotidiano de equipes de Saúde da Família (eSF). Embora os dois cenários apresentassem particularidades relacionadas à organização dos serviços, composição das equipes, fluxos assistenciais e características institucionais, ambos possibilitaram a integração entre assistência, formação profissional e atividades de ensino. A passagem por diferentes contextos também permitiu observar como a organização do serviço, a atuação dos preceptores, o perfil dos estudantes e o grau de autonomia dos envolvidos influenciam o processo de ensino-aprendizagem.

Os principais envolvidos na experiência foram a médica residente, autora do relato, os internos de medicina inseridos nos cenários de prática e os médicos preceptores responsáveis pela supervisão da residência. A autora ocupava uma posição intermediária na estrutura de formação: permanecia como médica em formação especializada, sob supervisão dos preceptores, mas, simultaneamente, assumia em determinadas situações atividades de acompanhamento, orientação e ensino dos internos. Essa sobreposição de papéis constituiu elemento central da experiência, possibilitando à autora vivenciar o processo de ensino a partir

de uma perspectiva distinta daquela ocupada anteriormente como estudante e residente.

Durante os períodos de atividade, o acompanhamento dos internos esteve integrado ao cotidiano assistencial da APS, especialmente em consultas, discussões de casos e demais situações clínicas que possibilitassem oportunidades de aprendizagem. As atividades de ensino incluíram acompanhamento de consultas, discussão de casos clínicos, elaboração e discussão de hipóteses diagnósticas, planejamento terapêutico, orientação quanto à abordagem dos pacientes, discussão de aspectos relacionados à comunicação clínica e reflexão sobre a organização do cuidado na APS. Também foram realizadas orientações durante os atendimentos, discussões de condutas após as consultas e momentos de feedback sobre o desempenho observado.

As estratégias pedagógicas foram utilizadas de maneira contextualizada, considerando o nível de formação, os conhecimentos prévios e as habilidades demonstradas por cada interno, bem como os objetivos de aprendizagem identificados em cada situação. Entre as estratégias empregadas, destacaram-se perguntas direcionadas para estimular o raciocínio clínico, discussão conjunta de hipóteses e condutas e feedback após a realização das atividades. O ensino ocorreu predominantemente a partir de situações concretas do cotidiano da APS, utilizando os atendimentos e casos clínicos como oportunidades de aprendizagem.

A experiência também envolveu situações relacionadas à definição do grau de autonomia dos internos. A autonomia foi compreendida como um processo progressivo, definido de acordo com o nível de formação do estudante, as competências já demonstradas, a complexidade da situação clínica e a necessidade de garantir a segurança do paciente. Diante de situações de maior complexidade ou de dúvidas quanto à conduta, a autora recorria à supervisão dos preceptores responsáveis. Essa dinâmica possibilitou reflexões sobre os limites entre autonomia, supervisão e responsabilidade no processo de formação médica.

A construção do relato foi realizada retrospectivamente, a partir da memória da autora e da recuperação de registros pessoais produzidos ao longo da residência. Durante os períodos de formação, foram realizadas anotações em caderno de uso pessoal, bloco de notas do telefone celular e arquivos armazenados em espaço pessoal de armazenamento digital. Esses registros não foram produzidos originalmente com finalidade científica, mas como forma de registrar situações, percepções, dúvidas, aprendizados e acontecimentos considerados relevantes durante a formação. Posteriormente, foram recuperados e organizados de acordo com sua relação com o objeto deste estudo.

Também foram consideradas, como elementos complementares à reflexão, manifestações espontâneas e devolutivas realizadas pelos internos durante a experiência, especialmente comentários relacionados às atividades de ensino, à condução das consultas, às orientações recebidas e às estratégias utilizadas pela residente. Essas manifestações foram utilizadas exclusivamente como elementos contextualizadores da experiência, não sendo tratadas como dados de pesquisa, tampouco analisadas ou apresentadas individualmente.

Após a recuperação dos registros e das lembranças relacionadas à experiência, o material foi organizado de forma temática, considerando os principais aspectos relacionados ao processo de ensino-aprendizagem vivenciado pela autora. Foram definidos quatro eixos para organização da experiência: (1) contextualização dos cenários de prática e inserção dos envolvidos; (2) relação entre residente, internos e preceptores; (3) situações relacionadas à autonomia, supervisão, estratégias de ensino e feedback; e (4) percepções, sentimentos, dificuldades, potencialidades e aprendizagens decorrentes da experiência.

A análise foi realizada de maneira reflexiva, buscando ultrapassar a descrição cronológica dos acontecimentos e compreender seus significados para a formação profissional e pedagógica da autora. As situações vivenciadas foram interpretadas à luz de referenciais relacionados à educação médica, preceptoria, aprendizagem de adultos, ensino clínico, autonomia, supervisão e feedback. Foram consideradas tanto as potencialidades quanto as fragilidades identificadas durante a experiência, incluindo o desenvolvimento de habilidades de comunicação, liderança, organização do conhecimento, supervisão, raciocínio clínico e feedback, bem como as dificuldades relacionadas à ausência de formação pedagógica formal, à definição dos limites de autonomia dos internos, à conciliação entre assistência e ensino e à insegurança inicialmente experimentada diante do papel de educadora.

A análise também considerou a influência da trajetória prévia da autora como estudante e residente sobre sua forma de ensinar. Foram observadas situações em que práticas vivenciadas anteriormente com seus próprios preceptores foram reproduzidas, adaptadas ou questionadas. A percepção desse movimento entre reproduzir, adaptar e ressignificar práticas de ensino constituiu elemento central para a construção da metáfora do “espelho de preceptoria”, utilizada como eixo interpretativo do relato.

3.1 Embasamento teórico

Para fundamentar a reflexão sobre a experiência, foi realizada revisão narrativa da literatura sobre preceptoria, educação médica, ensino clínico, aprendizagem de adultos e andragogia, autonomia e supervisão na formação médica, ensino entre pares e feedback formativo. A revisão narrativa permite uma abordagem ampla e interpretativa da literatura disponível, sendo adequada para a contextualização teórica e a discussão de experiências e fenômenos relacionados à prática profissional (Rother, 2007).

A revisão teve como finalidade fornecer suporte teórico para a interpretação das situações vivenciadas, relacionando a experiência individual da autora a conceitos e discussões presentes na literatura sobre formação médica. Não se pretendeu realizar revisão sistemática da literatura ou produzir síntese quantitativa dos estudos encontrados. Foram utilizados artigos científicos, documentos normativos e referências consideradas pertinentes à formação médica e à Medicina de Família e Comunidade, especialmente aqueles relacionados aos conceitos de preceptoria, aprendizagem de adultos, ensino no ambiente clínico, feedback e

desenvolvimento progressivo da autonomia.

3.2 Aspectos éticos

Na elaboração do relato foram observados os princípios de confidencialidade, anonimato e proteção da privacidade dos pacientes, internos, preceptores e demais profissionais envolvidos na experiência. Não foram utilizados nomes, iniciais, números de prontuários, informações de contato ou outros dados que permitissem a identificação individual dos envolvidos.

As situações clínicas selecionadas foram descritas de forma a preservar a identidade dos pacientes e demais pessoas envolvidas, priorizando os aspectos pedagógicos e reflexivos relevantes ao objetivo do estudo. Os registros pessoais utilizados na construção do relato eram provenientes de arquivos de uso privado da autora. As manifestações espontâneas dos internos foram utilizadas apenas de forma contextual e não foram apresentadas individualmente ou associadas a características que pudessem permitir sua identificação.

Considerando a natureza do trabalho como relato de experiência e as características dos registros utilizados, foram observadas as orientações éticas e institucionais aplicáveis à realização e apresentação desse tipo de produção acadêmica.

4. Relato da Experiência/Resultados

A experiência de acompanhamento dos internos teve início durante a formação em Medicina de Família e Comunidade em Montes Claros, Minas Gerais, em uma unidade de Atenção Primária à Saúde na qual atuavam três médicas residentes e internos de medicina. Inicialmente, os internos realizavam um rodízio diário entre as residentes. Embora essa organização permitisse que os estudantes conhecessem diferentes formas de condução dos atendimentos, na prática foram identificadas algumas dificuldades. Cada residente possuía agenda própria, horários específicos e diferentes formas de organizar e discutir os casos, enquanto os internos, por vezes, chegavam em horários diferentes do previamente pactuado e apresentavam dificuldade para acompanhar a rotina e localizar-se nas consultas.

Além das questões relacionadas aos horários e à organização do serviço, percebeu-se que o rodízio diário dificultava a continuidade do processo de ensino. Cada residente possuía seu próprio modo de conduzir as consultas, organizar o raciocínio clínico e discutir as condutas, e a permanência do interno por apenas um dia não permitia que ele conhecesse suficientemente a dinâmica de trabalho de cada profissional.

Diante dessas dificuldades, as residentes discutiram a situação com o preceptor e propuseram uma reorganização do estágio, de modo que os internos permanecessem vinculados a uma mesma residente por períodos mais prolongados, inicialmente estabelecidos em aproximadamente seis a oito semanas. Posteriormente, essa organização permitiu que cada interno permanecesse fixo com uma residente por aproximadamente três a quatro meses, antes

de realizar a troca de rodízio.

A mudança proporcionou maior continuidade à relação entre residente e interno. Com a permanência prolongada, o estudante passou a conhecer melhor a rotina da residente, sua forma de conduzir as consultas, organizar o raciocínio clínico e discutir os casos. Da mesma maneira, a residente passou a conhecer melhor o nível de conhecimento, as dificuldades e o grau de autonomia do interno, permitindo adaptar progressivamente a supervisão e as estratégias de ensino.

Durante a primeira semana de acompanhamento, a residente permanecia como principal responsável pelos atendimentos, enquanto o interno observava a condução das consultas. Após cada atendimento, o caso era discutido, incluindo os principais achados da anamnese e do exame físico, as hipóteses diagnósticas, a conduta adotada e eventuais dúvidas do estudante. Esse primeiro momento também permitia que o interno compreendesse a organização da consulta e o funcionamento da rotina da unidade.

Após essa fase inicial de observação, os internos passaram progressivamente a assumir os atendimentos de menor complexidade. Nos casos em que apresentavam maior segurança, realizavam a consulta de forma mais autônoma, enquanto nas situações consideradas mais complexas solicitavam a presença da residente. Ao finalizar a anamnese e o exame físico, o interno apresentava o caso à residente, que revisava as informações obtidas, discutia o raciocínio clínico e avaliava conjuntamente a proposta de conduta. Dessa forma, a autonomia era ampliada progressivamente, mantendo-se a supervisão necessária à segurança do paciente.

A permanência do interno com a mesma residente também favoreceu o desenvolvimento de uma relação de confiança. À medida que o período de convivência aumentava, tornou-se mais fácil identificar quais situações o estudante conseguia conduzir sozinho e quais demandavam maior supervisão. Para a residente, essa experiência também possibilitou perceber que o ensino clínico não se limitava à transmissão de conhecimentos, mas envolvia acompanhar o desenvolvimento do estudante, reconhecer seus limites e adaptar a supervisão às suas necessidades.

Nesse processo, a residente também passou a refletir sobre sua própria forma de atender e ensinar. O fato de precisar explicar as razões de determinadas condutas e responder aos questionamentos dos internos exigia maior organização do raciocínio clínico e dos conhecimentos utilizados durante a consulta. A experiência permitiu, assim, que a assistência e o ensino se tornassem processos interligados, nos quais o atendimento ao paciente constituía simultaneamente uma atividade de cuidado e uma oportunidade de aprendizagem.

Portanto, inicialmente observou-se insegurança na condução das atividades de ensino, especialmente no equilíbrio entre assistência e supervisão. A responsabilidade de orientar os internos trouxe a necessidade de organizar o raciocínio clínico de forma mais didática e estruturada. Com o tempo, a interação com os internos possibilitou o desenvolvimento de estratégias de ensino mais adaptadas às necessidades individuais, reconhecendo diferentes

estilos de aprendizagem. Situações como discussão de casos clínicos, atendimento compartilhado e revisão de condutas tornaram-se oportunidades de aprendizado bidirecional.

A construção de feedbacks foi um dos maiores desafios. No início pontual e pouco estruturado, evoluiu para uma prática mais consciente, com foco em aspectos específicos e orientações construtivas. Paralelamente, a experiência levou à reflexão sobre a própria vivência como residente, permitindo identificar semelhanças e diferenças em relação aos seus preceptores. Esse processo reforçou a percepção da preceptoria como prática complexa, que exige não apenas domínio técnico, mas também habilidades pedagógicas.

5. Discussão

A experiência relatada evidencia que a inserção da médica residente no ensino de internos produziu repercussões que ultrapassaram a transmissão de conhecimentos clínicos. Ao assumir, ainda que parcialmente, uma função educativa, a residente passou a lidar simultaneamente com demandas assistenciais, necessidades de aprendizagem, supervisão, avaliação e segurança do paciente. Essa posição intermediária — aprendiz diante de seus preceptores e educadora diante dos internos — constitui um aspecto central da experiência e permite compreender a preceptoria como uma prática que também participa da formação do próprio residente.

A literatura reconhece que os residentes ocupam papel relevante na educação de estudantes de medicina e de outros profissionais em formação, embora frequentemente assumam essas responsabilidades sem preparação pedagógica formal. Programas de desenvolvimento de habilidades docentes para residentes têm demonstrado resultados favoráveis na confiança para ensinar, no conhecimento sobre princípios educacionais e no comportamento docente (Bensinger; Meah; Smith, 2005; Hill et al., 2009). Mais recentemente, uma revisão sobre programas de residentes como professores reforçou que o ensino realizado por residentes é frequentemente incorporado de maneira informal à formação, enquanto os próprios residentes identificam a necessidade de objetivos educacionais explícitos e treinamento estruturado para o desempenho desse papel (Residents as teachers…, 2026).

Nesse sentido, a experiência descrita neste relato pode ser compreendida como uma forma de aprendizagem docente situada no próprio ambiente de trabalho. A residente não iniciou sua atuação com um conjunto previamente estruturado de competências pedagógicas, mas foi desenvolvendo estratégias a partir das necessidades concretas dos internos e das situações encontradas na prática. Esse processo é particularmente relevante na MFC, em que o ensino ocorre de maneira integrada à assistência e no qual a consulta, a discussão de casos, o acompanhamento longitudinal e a organização do cuidado constituem oportunidades contínuas de aprendizagem.

Um dos aspectos mais significativos da experiência foi a reorganização do estágio dos internos, passando de um modelo de rodízio diário entre residentes para uma permanência

mais prolongada com uma mesma profissional. A mudança, inicialmente motivada por dificuldades organizacionais, apresentou repercussões pedagógicas importantes. A continuidade da relação permitiu que a residente conhecesse progressivamente o nível de conhecimento, as habilidades, as dificuldades e os limites de autonomia de cada interno. Simultaneamente, o estudante passou a compreender melhor a dinâmica de trabalho, a organização da consulta e a forma de raciocínio clínico utilizada pela residente.

Essa experiência aproxima-se dos princípios da aprendizagem clínica longitudinal, nos quais a continuidade das relações favorece não apenas o acompanhamento dos pacientes, mas também o conhecimento progressivo do aprendiz pelo educador. No modelo inicialmente adotado, caracterizado por encontros pontuais, cada residente precisava adaptar-se rapidamente a um estudante que conhecia pouco, enquanto o interno precisava compreender diferentes formas de condução clínica em períodos muito curtos. A permanência prolongada reduziu essa fragmentação e possibilitou a construção de uma relação pedagógica mais consistente.

A relação estabelecida entre residente e interno também pode ser compreendida à luz do ensino entre pares ou near-peer teaching. Embora a residente estivesse em um nível de formação diferente do interno, existia proximidade em relação à experiência educacional e à linguagem utilizada, além de menor distância hierárquica em comparação com a relação tradicional entre estudante e professor especialista. Revisões da literatura apontam que estratégias de ensino entre pares podem apresentar resultados semelhantes aos métodos convencionais em diferentes desfechos educacionais e podem ser particularmente úteis para o desenvolvimento de habilidades práticas (Brierley; Ellis; Reid, 2022; Harris et al., 2022).

No presente relato, essa proximidade parece ter favorecido uma relação de confiança, na qual o interno podia apresentar dúvidas, reconhecer limitações e solicitar ajuda diante de situações clínicas mais complexas. Para a residente, conhecer o aprendiz ao longo do tempo tornou possível substituir uma supervisão pouco diferenciada por uma supervisão mais ajustada às competências demonstradas. Assim, a continuidade não representou apenas maior tempo de convivência, mas possibilitou uma supervisão mais individualizada e progressiva.

A autonomia dos internos constituiu outro eixo importante da experiência. Inicialmente predominantemente observacional, a participação dos estudantes foi sendo ampliada para atendimentos de menor complexidade e, posteriormente, para situações em que demonstravam maior segurança. A residente precisava decidir, em cada situação, quanto poderia delegar e em quais circunstâncias deveria intervir. Esse processo evidencia que autonomia no ensino clínico não deve ser compreendida como ausência de supervisão, mas como uma construção progressiva, dependente da competência demonstrada pelo aprendiz, da complexidade da situação e da segurança do paciente.

A necessidade de realizar essas escolhas também produziu efeito formativo sobre a própria residente. Ao supervisionar um interno, tornou-se necessário explicitar critérios que,

anteriormente, poderiam permanecer implícitos na própria prática clínica. Perguntas como “por que esta conduta?”, “o que você considera mais importante neste caso?” ou “o que você faria a seguir?” passaram a constituir instrumentos para tornar o raciocínio clínico mais explícito. O ensino, nesse sentido, funcionou como estímulo à metacognição profissional, pois obrigou a residente a refletir sobre conhecimentos e decisões que anteriormente eram mobilizados de maneira mais automática.

Esse fenômeno pode ser relacionado ao princípio de que ensinar constitui também uma oportunidade de aprendizagem para quem ensina. Na experiência de near-peer teaching, o educador em formação precisa reorganizar o próprio conhecimento, selecionar informações relevantes e adequar a complexidade da explicação ao nível do aprendiz. A literatura sobre ensino por pares descreve justamente esse potencial de benefício para os diferentes sujeitos envolvidos no processo educacional (Ten Cate; Durning, 2007; Brierley; Ellis; Reid, 2022).

Outro aspecto relevante foi o desenvolvimento da comunicação. No início da experiência, a residente relatou insegurança diante da necessidade de explicar de forma didática decisões clínicas que, em algumas situações, eram tomadas intuitivamente durante a consulta. A necessidade de ensinar exigiu maior organização do pensamento e maior clareza na comunicação. Esse processo pode ser entendido como uma consequência da transição entre “saber fazer” e “saber explicar como e por que fazer”, distinção importante para o desenvolvimento da competência pedagógica.

A dificuldade inicial na construção dos feedbacks constitui outro achado relevante. No início, os retornos eram pontuais e pouco estruturados; progressivamente, passaram a incorporar aspectos mais específicos do desempenho observado e orientações sobre possibilidades de aprimoramento. Essa transformação é coerente com a literatura que considera o feedback uma ferramenta essencial da educação clínica, mas também uma habilidade complexa que não se desenvolve necessariamente apenas pela experiência assistencial (Ende, 1983; Bing-You et al., 2017).

O feedback efetivo deve fornecer ao aprendiz informações específicas sobre seu desempenho em relação a determinado padrão ou objetivo, possibilitando a identificação de aspectos que devem ser mantidos ou modificados (Ende, 1983). Estudos mais recentes reforçam que intervenções envolvendo feedback podem produzir efeitos positivos sobre conhecimentos, atitudes e habilidades de estudantes de medicina, embora a literatura ainda apresente heterogeneidade importante quanto às estratégias utilizadas (Castro et al., 2021).

Na experiência relatada, a evolução da residente na construção dos feedbacks parece ter ocorrido justamente pela necessidade de transformar impressões gerais em orientações mais concretas. Essa mudança representa um dos exemplos mais claros de desenvolvimento pedagógico ao longo da experiência. A residente deixou progressivamente de ocupar apenas o lugar de quem identifica erros ou acertos e passou a compreender o feedback como parte do processo de aprendizagem, orientado para o desempenho futuro.

RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber. ISSN: 2675-9128. São Paulo - SP.
Ano VII, v.1 2026 | submissão: 21/08/2026 | aceito: 24/08/2026 | publicação: 27/08/2026

O chamado “espelho de preceptoria” constitui, nesse contexto, a principal contribuição interpretativa deste relato. Ao ocupar a posição de quem ensina, a residente passou a reconhecer práticas pedagógicas que anteriormente havia vivenciado como estudante e como residente. Algumas foram reproduzidas por serem percebidas como positivas; outras foram modificadas quando se mostraram pouco adequadas à situação; e algumas passaram a ser questionadas a partir da própria experiência como educadora.

Esse movimento é relevante porque a formação pedagógica do médico não ocorre exclusivamente por meio de disciplinas ou cursos formais. Parte significativa do aprendizado sobre como ensinar acontece pela observação de professores e preceptores, pela participação em situações reais e pela reprodução, consciente ou não, de modelos pedagógicos previamente experimentados. Dessa forma, quando o residente passa a ensinar, torna-se possível tornar explícitos modelos de ensino que anteriormente permaneciam implícitos. O “espelho” representa, portanto, não apenas a reprodução de comportamentos, mas a possibilidade de reconhecer, avaliar e transformar esses modelos.

A metáfora também permite compreender a preceptoria como componente da identidade profissional. O médico não atua apenas como cuidador, mas frequentemente participa da formação de estudantes, residentes e outros profissionais. Na MFC, essa dimensão educativa assume particular importância, uma vez que a APS constitui espaço de formação clínica, trabalho em equipe, cuidado longitudinal e integração entre diferentes níveis de formação. A experiência relatada mostrou que a identidade de educador pode começar a ser construída ainda durante a residência, antes mesmo do exercício formal da função de preceptor.

Entretanto, o relato também evidencia uma importante tensão entre a responsabilidade educativa e a atividade assistencial. A residente precisava conciliar o atendimento dos próprios pacientes com o acompanhamento dos internos, responder às demandas clínicas e, simultaneamente, criar oportunidades de aprendizagem. Essa sobreposição de funções pode produzir insegurança e sobrecarga quando não existe definição clara de responsabilidades, tempo protegido ou apoio pedagógico institucional.

Essa questão é particularmente relevante porque a literatura sobre formação de residentes como professores aponta que a existência de oportunidades de ensino, por si só, não garante que essas experiências sejam pedagogicamente qualificadas. Programas estruturados de capacitação podem abordar planejamento de ensino, comunicação, supervisão, avaliação e feedback, favorecendo maior segurança e efetividade na atuação docente (Hill et al., 2009; Ostapchuk et al., 2010). Em Medicina de Família, especificamente, programas de treinamento de residentes para o ensino têm incluído habilidades de ensino clínico, liderança, feedback e avaliação, com resultados positivos nos comportamentos docentes (Albanese et al., 2009).

A ausência de formação pedagógica formal, portanto, não impediu o desenvolvimento de competências durante a experiência, mas tornou esse processo predominantemente intuitivo

e baseado na tentativa, observação e reflexão sobre a prática. Essa constatação não deve ser interpretada como uma desvalorização da aprendizagem informal, que se mostrou importante na experiência, mas como uma oportunidade de discutir como a formação institucional poderia potencializar esse processo.

Nesse sentido, a experiência sugere que a inserção de atividades de preceptoria na residência deve ser acompanhada de espaços estruturados de reflexão. A simples atribuição de estudantes aos residentes pode produzir oportunidades de aprendizagem, mas a inclusão de objetivos pedagógicos, supervisão dos residentes, discussão de casos de ensino e treinamento de ferramentas de feedback poderia transformar uma atividade espontânea em uma experiência formativa intencional. Evidências sobre programas de residentes como professores indicam que intervenções estruturadas podem melhorar competências docentes e que estratégias longitudinais tendem a favorecer maior consolidação das habilidades do que intervenções isoladas (Hill et al., 2009; Residents as teachers…, 2026).

Outro elemento importante é que a experiência não deve ser interpretada como demonstração de eficácia de um determinado método de ensino. Por se tratar de relato de experiência baseado na perspectiva da própria autora, não foram utilizados instrumentos objetivos para medir a evolução das competências dos internos ou da residente, nem houve comparação com um grupo de estudantes submetido a outra estratégia pedagógica. Dessa forma, os achados representam percepções e aprendizagens construídas a partir de uma experiência particular e não permitem generalizações causais.

Essa limitação, entretanto, não reduz a relevância do relato. O objetivo de uma produção dessa natureza não é estabelecer relações de causa e efeito, mas sistematizar uma experiência concreta e produzir reflexão sobre seus significados e possibilidades. Nesse sentido, a experiência possibilitou identificar aspectos que podem ser relevantes para outros programas de residência, especialmente a importância da continuidade da relação pedagógica, da supervisão progressiva, do feedback e da preparação do residente para assumir responsabilidades educativas.

Por fim, a experiência permite compreender que a preceptoria não deve ser vista como uma função que começa somente após a conclusão da residência. O residente já participa do processo de formação de outros profissionais durante sua trajetória e, ao fazê-lo, desenvolve competências que posteriormente poderão ser fundamentais para sua atuação como preceptor. A residência pode, portanto, constituir um espaço privilegiado para iniciar de forma intencional a formação pedagógica do futuro médico de família e comunidade.

RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber. ISSN: 2675-9128. São Paulo - SP.
Ano VII, v.1 2026 | submissão: 21/08/2026 | aceito: 24/08/2026 | publicação: 27/08/2026

6. Considerações finais

A experiência de uma médica residente em Medicina de Família e Comunidade no acompanhamento e ensino de internos de medicina evidenciou que o exercício da função educativa pode constituir importante componente da própria formação profissional. Ao transitar entre as posições de aprendiz diante dos preceptores e de educadora diante dos internos, a residente vivenciou uma mudança de perspectiva que possibilitou compreender de maneira mais concreta a complexidade do processo ensino-aprendizagem no ambiente clínico.

A experiência demonstrou que a continuidade da relação entre residente e interno foi um elemento central para a qualificação do processo educativo. A permanência prolongada com o mesmo aprendiz permitiu reconhecer progressivamente seus conhecimentos prévios, dificuldades e competências, favorecendo a adaptação da supervisão e a ampliação gradual da autonomia. Nesse contexto, o ensino deixou de ser compreendido como mera transmissão de informações e passou a ser vivenciado como acompanhamento do desenvolvimento do aprendiz, articulando assistência, supervisão, raciocínio clínico e reflexão.

Para a residente, a experiência também produziu aprendizagens significativas. A necessidade de explicar decisões clínicas, formular perguntas, discutir casos, avaliar o desempenho dos internos e oferecer feedback exigiu maior organização do próprio conhecimento e maior consciência sobre sua prática profissional. O desenvolvimento da capacidade de comunicação pedagógica, a construção de feedbacks mais estruturados, a definição dos limites de autonomia e a adaptação das estratégias de ensino constituíram competências que ultrapassaram o domínio exclusivamente clínico.

A metáfora do “espelho de preceptoria” permitiu compreender outra dimensão dessa experiência: ao ensinar, a residente passou a observar a própria formação sob uma nova perspectiva. Modelos de preceptoria anteriormente vivenciados puderam ser reconhecidos, reproduzidos, adaptados ou questionados. O processo favoreceu, portanto, não apenas o desenvolvimento de habilidades docentes, mas também a construção de uma identidade profissional mais consciente da dimensão educativa do trabalho médico.

Ao mesmo tempo, a experiência evidenciou que a aquisição dessas competências ocorreu predominantemente de maneira informal, por meio da prática cotidiana, da observação de preceptores e da reflexão sobre as situações vivenciadas. A insegurança inicial e as dificuldades relacionadas à construção de feedbacks e à conciliação entre assistência e ensino demonstram que a experiência prática, embora potente, não substitui a necessidade de formação pedagógica estruturada.

Dessa forma, considera-se pertinente que programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade reconheçam o residente também como sujeito capaz de participar da formação de estudantes e futuros profissionais, oferecendo condições para que essa responsabilidade seja exercida de maneira segura e pedagogicamente qualificada. A inclusão de conteúdos e estratégias de educação médica, como planejamento de objetivos de

aprendizagem, supervisão clínica, avaliação, feedback e métodos de ensino no ambiente de trabalho, pode transformar experiências que atualmente ocorrem de forma espontânea em oportunidades formativas intencionais.

Conclui-se, portanto, que a experiência de preceptoria durante a residência pode funcionar simultaneamente como estratégia de ensino para o interno e como dispositivo de desenvolvimento profissional para o residente. Mais do que preparar o aprendiz para situações clínicas específicas, ensinar permitiu à residente refletir sobre como aprendeu, como foi ensinada e como deseja ensinar no futuro. Nesse sentido, o “espelho de preceptoria” representa um processo contínuo de reconhecimento e transformação, no qual a experiência de ensinar contribui para a formação do futuro preceptor e para a consolidação da dimensão educativa como parte integrante da identidade do médico de família e comunidade.

Referências

ALMARZOOQI, Lateefa Mohamed; GOSWAMI, Nandu. Residents as teachers in postgraduate medical education: a structured review of global evidence and emerging gaps. BMC Medical Education, [s. l.], 2026. DOI: 10.1186/s12909-026-09920-2.

BENSINGER, Lisa D.; MEAH, Yasmin S.; SMITH, Lawrence G. Resident as teacher: the Mount Sinai experience and a review of the literature. Mount Sinai Journal of Medicine, New York, v. 72, n. 5, p. 307-311, 2005.

BING-YOU, Robert; HAYES, Victoria; VARAKLIS, Kalli; TROWBRIDGE, Robert; KEMP, Heather; MCKELVY, Dina. Feedback for learners in medical education: what is known? A scoping review. Academic Medicine, Philadelphia, v. 92, n. 9, p. 1346-1354, 2017. DOI: 10.1097/ACM.0000000000001578.

BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira; REGO, Sérgio. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 363-373, 2008. DOI: https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000300011.

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 out. 2013.

BRASIL. Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 jul. 1981.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 jun. 2014. Seção 1, p. 8-11.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRIERLEY, Clarissa; ELLIS, Leila; REID, Emily Roisin. Peer-assisted learning in medical education: a systematic review and meta-analysis. Medical Education, Oxford, v. 56, n. 4, p. 365-373, 2022. DOI: 10.1111/medu.14672.

CASTRO, Margareth Alves Bastos e; ALMEIDA, Regina Lúcia Muniz de; LUCCHETTI, Alessandra Lamas Granero; TIBIRIÇÁ, Sandra Helena Cerrato; EZEQUIEL, Oscarina da Silva; LUCCHETTI, Giancarlo. The use of feedback in improving the knowledge, attitudes and skills of medical students: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Medical Science Educator, [s. l.], v. 31, n. 6, p. 2093-2104, 2021. DOI: 10.1007/s40670-021-01443-3.

DALTRO, Mônica Ramos; FARIA, Anna Amélia de. Relato de experiência: uma narrativa científica na pós-modernidade. Estudos e Pesquisas em Psicologia, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 223-237, 2019. DOI: 10.12957/epp.2019.43015.

ENDE, Jack. Feedback in clinical medical education. JAMA, Chicago, v. 250, n. 6, p. 777-781, 1983. DOI: https://doi.org/10.1001/jama.1983.03340060055026.

FRANK, Jason R.; SNELL, Linda; SHERBINO, Jonathan. CanMEDS 2015 Physician Competency Framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2015.

MUKHALALATI, B. A.; TAYLOR, A. Adult learning theories in context: a quick guide for healthcare professional educators. Journal of Medical Education and Curricular Development, v. 6, p. 1-10, 2019. DOI: https://doi.org/10.1177/2382120519840332.

RAMANI, Subha; LEINSTER, Samy. AMEE Guide no. 34: teaching in the clinical environment. Medical Teacher, London, v. 30, n. 4, p. 347-364, 2008. DOI: https://doi.org/10.1080/01421590802061613.

RAMANI, Subha; MANN, Karen; TAYLOR, David; THAMPY, Harish. Residents as teachers: near peer learning in clinical work settings: AMEE Guide No. 106. Medical Teacher, London, v. 38, n. 7, p. 642-655, 2016. DOI: 10.3109/0142159X.2016.1147540.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007. DOI: 10.1590/S0103-21002007000200001.

TEN CATE, Olle; DURNING, Steven. Dimensions and psychology of peer teaching in medical education. Medical Teacher, London, v. 29, n. 6, p. 546-552, 2007. DOI: https://doi.org/10.1080/01421590701583816.