

**MANUAL DA OFICINA  
PARA CAPACITAR  
PRECEPTORES EM  
MEDICINA DE FAMÍLIA  
E COMUNIDADE**





---

M2941 Manual da oficina para capacitar preceptores em medicina de família e comunidade / José Mauro Ceratti Lopes ... [et al.]. – Florianópolis : Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009.  
184 p. : il. ; 23 cm + CD-ROM

ISBN 978-85-63010-01-8

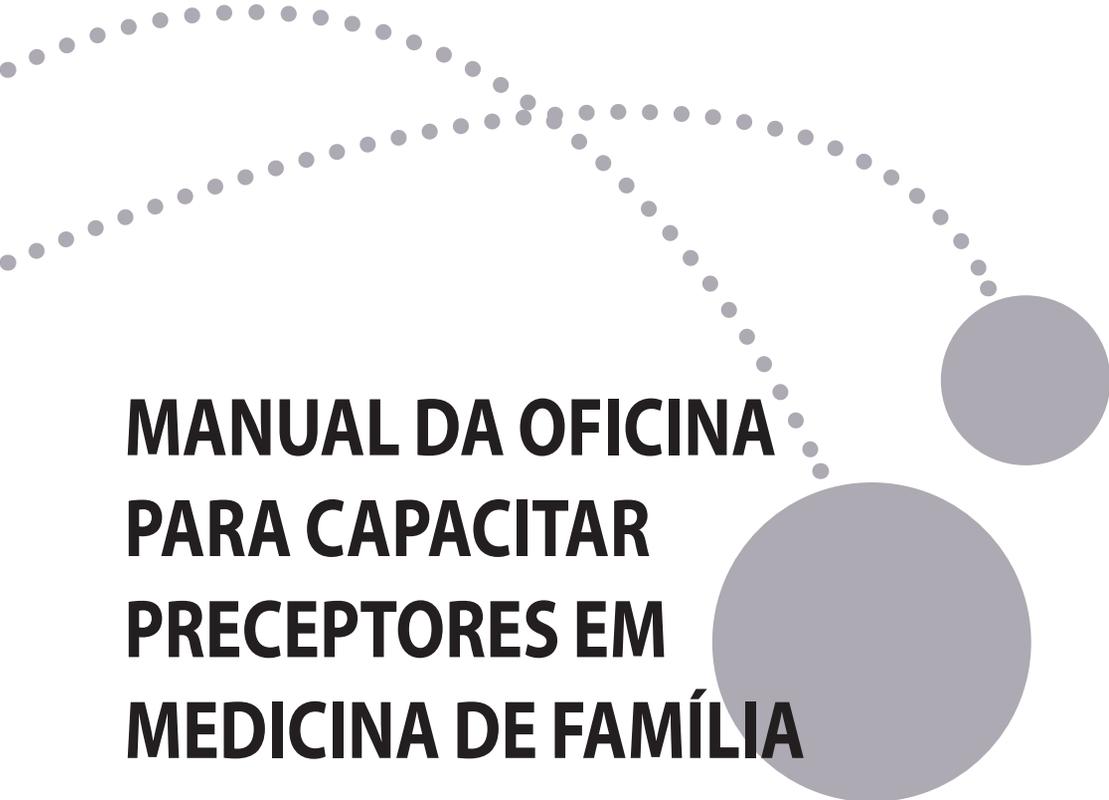
1. Medicina de família e comunidade. 2. Residentes (Medicina).  
I. Lopes, José Mauro Ceratti.

CDU 614

---

Catálogo na publicação: Júlia Angst Coelho – CRB 10/1712





# **MANUAL DA OFICINA PARA CAPACITAR PRECEPTORES EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

**José Mauro Ceratti Lopes  
Carmen Luiza Corrêa Fernandes  
Lêda Chaves Dias Curra  
Luiz Felipe Cunha Mattos**



2009





Elaborada pelo Comitê Internacional de Classificação da Organização Mundial de Associações Nacionais, Academias e Associações Acadêmicas de Clínicos Gerais/ Médicos de Família (WONCA), mais conhecida como Organização Mundial de Médicos de Família.

Sob permissão da Organização Mundial de Associações Nacionais, Academias e Associações Acadêmicas de Clínicos Gerais/ Médicos de Família/ Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA) para a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC)

Florianópolis, 2009

© Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade – SBMFC, 2009

Capa

*Henrique Caravantes*

Projeto e editoração

*Armazém Digital® Edição Eletrônica – Roberto Carlos Moreira Vieira*

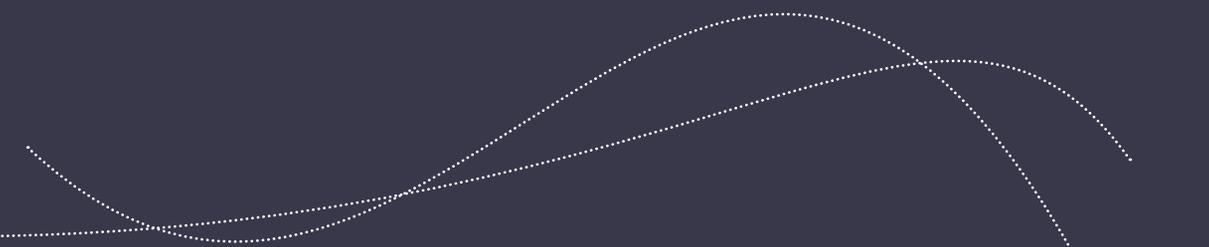
Reservados todos os direitos de publicação, em língua portuguesa, à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade Rodovia SC 401 km 4, 3854 – Saco Grande – Florianópolis/Santa Catarina. CEP: 88032-005

É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia, distribuição na Web e outros), sem permissão expressa da SBMFC.

IMPRESSO NO BRASIL

*PRINTED IN BRAZIL*





# Organizadores

## **JOSÉ MAURO CERATTI LOPES**

Universidade Católica de Pelotas (UCPEL, 1980). Médico de Família e Comunidade (GHC 1981-1983). Mestre em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS, 2005). Preceptor PRM-MFC-GHC.

## **CARMEN LUIZA CORREA FERNANDES**

Universidade Federal de Pelotas (UFPEL, 1983). Médica de Família e Comunidade (GHC 1984-1985). Terapeuta de Família (Instituto da Família). Preceptor PRM-MFC-GHC.

## **LÊDA CHAVES DIAS CURRA**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS, 1986). Médica de Família e Comunidade (GHC 1987-1989). Terapeuta de Família (2000-2002). Preceptor PRM-MFC-GHC.

## **LUIZ FELIPE CUNHA MATTOS**

Universidade de Passo Fundo (UPF, 1981). Médico de Família e Comunidade (Murialdo, 1982-1984). Mestre em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Supervisor PRM-MFC-GHC.





## DIRETORIA DA SBMFC (2008 – 2010)

Gustavo Diniz Ferreira Gusso  
Eno Dias de Castro Filho  
Armando Henrique Norman  
Oscarino dos Santos Barreto Junior  
Aline de Avila Ramos  
Tales Coelho Sampaio  
Marcelo Marcos Piva Demarzo  
Luiz Felipe Cunha Mattos  
Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro

Maria Inez Padula Anderson  
Leonardo Caçado Monteiro Savassi  
Daniel Knupp Augusto  
Roberto Nunes Umpierre  
Cleo Borges  
Monique Marie Marthe Bourget  
Fernando Henrique Silva Amorim  
Ricardo César Garcia Amaral Filho

Presidente  
Vice-Presidente  
Secretário Geral  
Primeiro Secretário  
Diretora Financeira  
Diretor de Comunicação  
Diretor de Graduação  
Diretor de Residência Médica  
Diretor de Pesquisa e Pós Graduação  
Stricto sensu  
Diretora Científica  
Diretor de Publicação  
Diretor de Especialização  
Diretor de Titulação  
Diretor de Exercício Profissional  
Diretora de Saúde Suplementar  
Diretor de Residentes  
Diretor de Residentes - Suplente

## CONSELHO DIRETOR DA SBMFC

Marcelus Antônio Motta Prado de Negreiros  
Irapuan Medeiros Barros Junior  
Nilson Massakazu Ando  
Hildete de Santana Ferreira  
Tânia de Araújo Barboza  
Tiago Sousa Neiva  
Marcello Dala Bernardina Dalla  
Sandro Rogério Rodrigues Batista  
Ruth Borges Dias  
Ivo Alves de Freitas  
Fernando Antonio Santos e Silva  
Clóvis José Vieira da Silva  
Rodrigo Arruda Pinho  
Marcelo Garcia Kolling  
Ricardo Donato Rodrigues  
Robinson Cardoso Machado  
Levi Higino Jales Junior  
Elson Romeu Farias  
Naiani Sgarbi Silveira  
Denise Santos do Nascimento  
Zeliete Linhares Leite Zambon  
Raimundo Célio Pedreira

Acre  
Alagoas  
Amazonas  
Bahia  
Ceará  
Distrito Federal  
Espírito Santo  
Goías  
Minas Gerais  
Mato Grosso do Sul  
Mato Grosso  
Pará  
Pernambuco  
Paraná  
Rio de Janeiro  
Rondônia  
Rio Grande do Norte  
Rio Grande do Sul  
Santa Catarina  
Sergipe  
São Paulo  
Tocantins







# Sumário

<i>Apresentação</i> .....	11
---------------------------	----

## **PARTE I**

<i>Primeiro encontro</i> .....	17
--------------------------------	----

<b>1</b> Abertura .....	19
<b>2</b> Como conhecer seu residente?.....	23
<b>3</b> Como inserir o residente na equipe .....	31
<b>4</b> História da medicina de família e comunidade.....	35
<b>5</b> Os Princípios da Medicina de Família e Comunidade .....	41
<b>6</b> A Abordagem Centrada na Pessoa .....	49
<b>7</b> Andragogia e a Ensino.....	55
<b>8</b> A Ensino Centrada no Residente.....	65
<b>9</b> Tarefas .....	83
<b>10</b> Avaliação do I <sup>o</sup> encontro.....	85

## **PARTE II**

<i>Segundo encontro</i> .....	87
<b>11</b> Desenvolvendo a residência em MFC.....	89
<b>12</b> Apresentação da tarefa um .....	95



## 10 Sumário

---

<b>13</b>	O que é ser um bom preceptor?.....	97
<b>14</b>	Abordagem Individual .....	103
<b>15</b>	Abordagem Familiar.....	125
<b>16</b>	Abordagem Comunitária .....	139
<b>17</b>	Supervisão de situações especiais .....	147
<b>18</b>	Avaliação e Proposta de Aplicação .....	149
<b>19</b>	Encerramento.....	151

### **ANEXOS**

	Materiais a serem impressos para as atividades. ....	153
--	--	-----





# Apresentação

- 1.** Este Manual foi elaborado com o objetivo de auxiliar na reprodução da Oficina de Capacitação de Preceptores em Medicina de Família e Comunidade e de instrumentalizar o profissional para o conteúdo mínimo que deve ser desenvolvido com os preceptores que atuam junto a residentes de programas vinculados a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).
- 2.** A metodologia da Oficina utiliza técnicas proativas e diagnóstico do conhecimento prévio de cada participante. Dessa forma, solicitamos que nenhum material (Manual, apresentações e anexos) seja distribuído previamente aos participantes da oficina de capacitação.
- 3.** As atividades possuem referencial teórico e textos de apoio, além de uma apresentação em *PowerPoint* para facilitar a compreensão das etapas e das técnicas da Oficina.
- 4.** As atividades deverão, de preferência, ser realizadas por, no mínimo, dois coordenadores, para que enquanto um coordenador desenvolva a atividade o outro possa fazer as anotações de percepções, ideias, dúvidas e pontos a serem trabalhados.
- 5.** As atividades têm um tempo estimado de duração que pode ser adaptado, de acordo com o número de participantes e necessidades identificadas.
- 6.** O número ideal de participantes a serem capacitados deve ser entre 12 e 18 pessoas, pois isto auxilia no tempo de execução e na participação ativa de todos.
- 7.** A Atividade 17, “supervisão de situações especiais”, é um espaço para resgatar dúvidas e trabalhar eventuais necessidades que não tenham sido incluídas na programação original. Os participantes devem ser informados de sua existência, já na abertura.
- 8.** Sugerimos que, a cada intervalo e ao final do dia, os coordenadores tenham um tempo para trocar impressões, ideias e avaliem as necessidades sentidas e referidas pelo grupo de forma a atender essa demanda na próxima atividade.



## 12 José Mauro Ceratti Lopes et al.

---

9. O leitor encontrará nos anexos modelos de Fichas de Avaliação para as atividades desenvolvidas no decorrer da Oficina, além de Fichas de Avaliação para cada um dos encontros.
10. Nas apresentações, utilizar um sistema operacional compatível como o Windows 2000, XP e Office 2000 ou um sistema operacional mais avançado.





# *Oficina para capacitar preceptores em medicina de família e comunidade*

## **INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA**

A *Oficina para Capacitar Preceptores em Medicina de Família e Comunidade* é parte integrante do processo de desenvolvimento profissional contínuo da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), dando sequência à ação estratégica de capacitar multiplicadores para formar preceptores em Medicina de Família e Comunidade. A realização da Oficina vem ao encontro das necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), em sua trajetória de estruturação a partir da Constituição de 1988.

Neste momento, estamos diante da necessidade de ampliar a formação de médicos de família e comunidade para fazer frente às necessidades de qualificação da Estratégia de Saúde da Família, na qual a Medicina de Família e Comunidade (MFC) coloca-se como a especialidade médica mais adequada para compor as equipes. A necessidade de ampliar a formação depara-se com a dificuldade de encontrar médicos de família e comunidade com a qualificação e a experiência necessárias para atuar na formação de novos especialistas e superar a diversidade existente nos programas de residência médica.

Adequar recursos para oferecer assistência e capacitar profissionais de atenção primária à saúde requer profissionais aptos a oportunizar que o conhecimento da Medicina de Família e Comunidade possa ser aplicado e reconhecido por meio de habilidades, ações e atitudes, nas quais a sólida tomada de decisões ocorra baseada no melhor conhecimento científico disponível, integrado com a experiência e em harmonia com a pessoa a ser cuidada. Para que isso ocorra, é preciso que os formadores (preceptores) incorporem e passem a utilizar tecnologias de ensino adequadas e que trabalhem com conteúdos que signifiquem na formação do médico de família e comunidade, e não mais desenvolvam o ensino baseado apenas no bom senso ou habilidades pessoais.

Portanto, a Oficina caracteriza-se por um conjunto de ações baseado em conceitos de aprendizado proativo: na experiência, na reflexão, no entendi-



mento da prática e na avaliação, que, em conjunto, estimulam a base de atitudes a serem desenvolvidas, com vistas a capacitar os preceptores de Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRM-MFC), a partir de uma metodologia que privilegie a aplicabilidade imediata dos conteúdos.

A Oficina, que é o tema principal deste Manual, surgiu da necessidade de responder ao seguinte questionamento:

Como capacitar os preceptores dos novos (e antigos) programas através de uma prática pedagógica adequada e motivadora para que se sintam capazes de orientar o médico residente a agir dentro dos princípios da Medicina de Família e Comunidade?

## **OBJETIVO GERAL**

Instrumentalizar Médicos de Família e Comunidade em conhecimentos relacionados à prática da preceptoria, a partir da incorporação de práticas pedagógicas adequadas ao aprendizado do adulto, tornando-os multiplicadores de ações na formação de preceptores, com base nos seguintes pressupostos:

- Conceber o homem como ser humano complexo e autônomo, reconhecendo o outro como legítimo outro.
- Transformar os conhecimentos prévios e aqueles a serem adquiridos em fundamentos a serem compartilhados na prática educativa do cotidiano.
- Integrar de maneira sistêmica no universo do dia-a-dia os planos conceituais e de planejamento.
- Assumir o compromisso de que a cooperação e a participação serão elementos-chave na construção do processo de ensino-aprendizagem.
- Incorporar a Andragogia e as suas diferenças com a Pedagogia como um diferenciador no processo de ensinagem.
- Utilizar o Cuidado às pessoas como referencial prático, estabelecendo sua relação com o ensino.
- Buscar formas de internalizar a importância da Ética na prática cotidiana como tradutora do respeito à dignidade humana.

## **PÚBLICO-ALVO**

Preceptores em Medicina de Família e Comunidade.\*

\* N. de R.: A multiplicação da oficina revelou que a mesma também se aplica a médicos-professores que atuam em medicina.





## **METODOLOGIA**

A oficina de capacitação, realizada com técnicas pedagógicas proativas, é desenvolvida em dois encontros, totalizando 36 horas de atividades presenciais e 12 horas de atividades de dispersão. No intervalo, entre um encontro e outro, serão distribuídas tarefas aos alunos, e os supervisores estarão à disposição para tutorá-los.

Todas as atividades da Oficina serão avaliadas ao seu final, tanto oralmente quanto através de instrumento específico.

## **PROMOÇÃO**

Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).

## **PARCERIA**

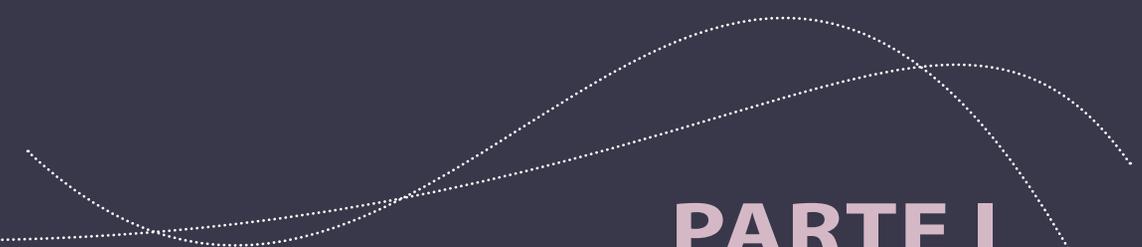
Ministério da Saúde.

## **PLANEJAMENTO E EXECUÇÃO**

José Mauro Ceratti Lopes  
Carmen Luiza Corrêa Fernandes  
Lêda Chaves Dias Curra  
Luiz Felipe Cunha Mattos





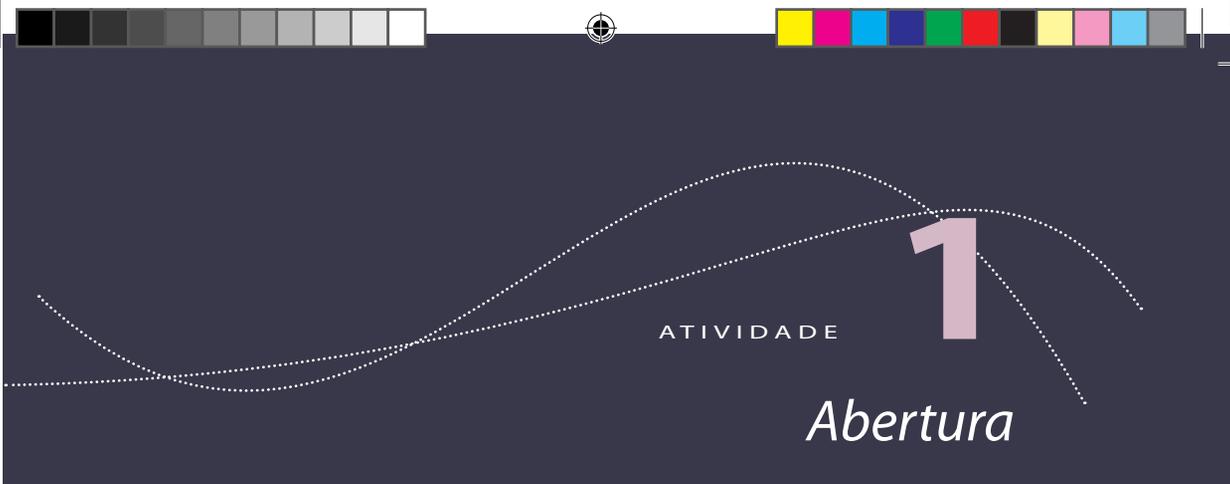


# PARTE I

## *Primeiro encontro*







Dia 1: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## PLANO DE AULA

Objetivos	Metodologia	Conteúdos
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Apresentar o cronograma e os aspectos conceituais e metodológicos da Oficina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Aula expositivo-dialogada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Programação.</li> <li>■ Introdução à Ensinagem Centrada no Residente.</li> </ul>

## BIBLIOGRAFIA

Aula	Obrigatória	Complementar
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ STEWART, Moira. <b>Patient-centered medicine: transforming the clinical method.</b> 2. ed. Abingdon, United Kingdom: Redcliffe Medical, 2003.</li> <li>■ PORTER, Roy. <b>The Cambridge illustrated history of medicine.</b> Cambridge University Press, 2000.</li> <li>■ LOWN, Bernard. <b>A arte perdida de curar.</b> São Paulo: Fundação Petrópolis, 1997.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ MCWHINNEY, Ian R. <b>A textebok of family medicine.</b> 2. ed New York: Oxford University Press, 1997.</li> <li>■ HELMAN, Cecil G. <b>Cultura, saúde e doença.</b> 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.</li> <li>■ ANASTASIOU, Léa da Graça Camargos e ALVES, Leonir Pessate. <b>Processo de Ensinagem na Universidade.</b> Joinville: UNIVILLE, 2003.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ LOPES, José M.C. <b>A pessoa como centro do cuidado: a abordagem centrada na pessoa no processo de produção do cuidado médico em serviço de atenção primária à saúde.</b> Porto Alegre, 2005. <a href="http://www.agmfc.org.br">www.agmfc.org.br</a></li> </ul>

Horário: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Duração: 30 minutos

Coordenador principal: \_\_\_\_\_

Coordenador auxiliar: \_\_\_\_\_

Material necessário: Data-show, papel, caneta ou lápis



## DESCRIÇÃO DA TÉCNICA

O coordenador da atividade realizará a apresentação audiovisual sobre o tema, deixando que os presentes façam perguntas e interrupções, ao final, será aberto um espaço para discussão.

Durante a apresentação realiza atividade de interação com os participantes, levantando seus medos com o “ser preceptor”.

## TEXTO DE APOIO

### Abertura da Oficina

*José Mauro Ceratti Lopes*

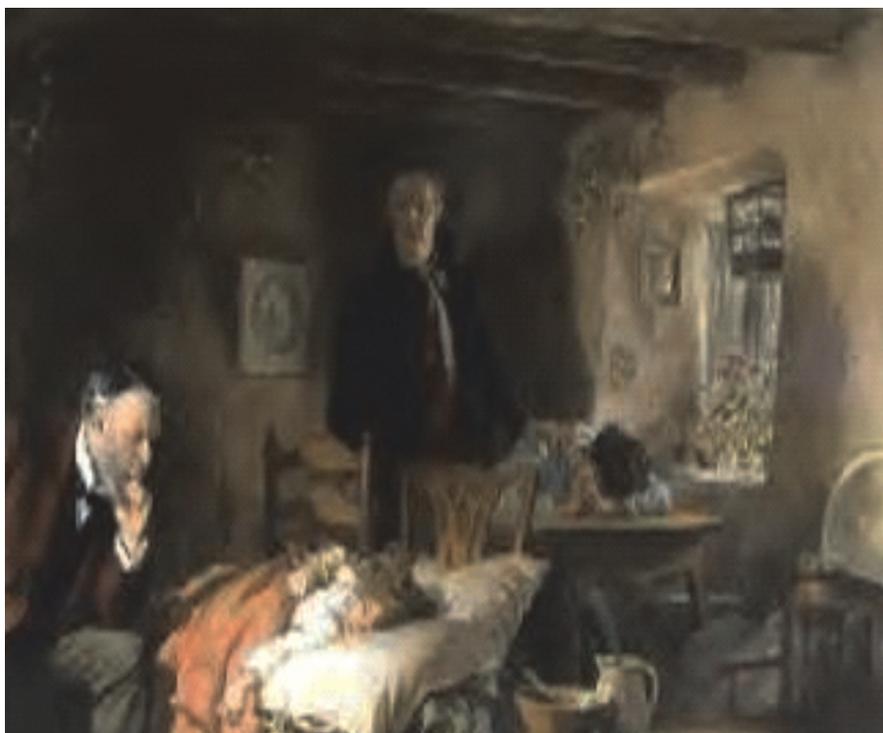
Luke Fieldes pintou o famoso quadro *The Doctor*, que mostra um médico ao lado da cama de uma criança seriamente doente e seus atormentados pais na sombra escura do plano de fundo. Ele retrata uma imagem mitológica de um médico rural travando uma batalha contra a doença, sozinho, com nenhuma ferramenta além das que podem ser colocadas na valise médica. Ela é uma imagem popular de cuidado e compaixão que exorta para nosso desejo por um curador todo-poderoso.

No entanto, existe um outro modo de ver este quadro – através dos olhos de um jovem médico. *O que ele vê?* Um médico sem um Laboratório ou Tomografia para confirmar o diagnóstico; sem nenhuma droga para curar o problema; impotente para alterar o curso natural da doença e sem ter para onde referir o doente. Esta é uma terrível perspectiva para muitos médicos recém-graduados que cuidadosamente evitam pequenas comunidades onde eles têm medo de se colocar frente a frente com situações como essa.

Isto é irônico porque, mesmo em grandes centros de medicina, médicos frequentemente confrontam os limites da ciência médica. Ingelfinge (1980) estabeleceu que em 90% das vezes quando uma pessoa consulta um médico, a condição dela é autolimitada ou não há tratamento que altere a história natural da doença. Na maioria das vezes, a mais importante coisa que o médico tem para oferecer para seus doentes é Ele mesmo – *seu tempo, seu carinho e seu entendimento*.

Num estudo com 272 pessoas que consultaram por cefaléia, mostrou-se que o melhor preditor de desfecho favorável foi quando as pessoas sentiram que tiveram tempo suficiente para dizer ao médico tudo que queriam saber sobre suas cefaléias na primeira visita, o outro preditor foi a sinalização (percebida pela pessoa) pelo médico, de que havia gostado da pessoa que buscou ajuda.



**FIGURA 1.1**

The Doctor, Sir Samuel Luke Fieldes (1887).

Isto é dilema dos educadores médicos que reconhecem que a eficiência do médico frequentemente está relacionada -com suas qualidades pessoais – ela é pelo contrário trágica: o médico moderno é um tipo de *shaman* (pajé, curandeiro, líder espiritual) sem o preparo adequado. É como se nós, médicos, não conhecêssemos as preces e cantos necessários. *Como podem médicos ensinar essas preces e cantos? O que a teoria do processo educacional oferece para guiar educadores que são responsáveis pelo desenvolvimento dos modernos shamans?* A Abordagem Centrada na Pessoa descreve um diferente caminho de ser médico e, conseqüentemente, a educação sobre esse modelo de abordagem requer um diferente caminho para ensinar.

Descrevemos, nesta Oficina, alternativas que endereçam esta mudança, construindo a distinção entre conceitos tradicionais de ensino e vários modos de entender a experiência humana de aprender uma especialidade.

A residência médica é o contexto de aprendizado moldado por inúmeros aspectos, mas o preceptor é o artesão, que tem seu trabalho abrangendo



inúmeras pessoas atendidas pelos residentes. Esta é uma responsabilidade tão intensa que tradição, tédio, inércia não podem ditar suas ações, e tal como um cientista o preceptor não pode fazer menos do que se preparar para essas responsabilidades tão cuidadosamente quanto se prepara para ser um médico ou investigador. Os meios estão à mão. Tudo que ele precisa fazer é usá-los (Miller et al., 1961, p.296), tentando manejar e dar uma resposta aos principais medos dos residentes (Hajek e Coll):

## **OS MEDOS DOS RESIDENTES**

- 1.** A pessoa começar a chorar ou fica brava comigo.
- 2.** A pessoa estar com dor ou estresse emocional.
- 3.** Não entender a pessoa.
- 4.** A pessoa contar algo muito importante, mas querendo manter confidencial.
- 5.** Não saber as respostas para as perguntas das pessoas.
- 6.** Aparentar estar nervoso ou ser incompetente.
- 7.** Ficar mudo, não saber o que perguntar a seguir.
- 8.** Ficar tão concentrado sobre o que perguntar a seguir que não registre o que a pessoa está dizendo.
- 9.** Fazer papel de bobo ou ser humilhado quando apresentar um caso.
- 10.** A pessoa não querer falar ou ser examinado por um residente.
- 11.** Ficar embaraçado para perguntar sobre certas questões ou pela resposta da pessoa.
- 12.** Atender pessoa divagadora e não ser hábil para interrompê-la.
- 13.** Estar inseguro sobre apertar a mão da pessoa. Quando está é certo tocar a pessoa?
- 14.** A pessoa fazer perguntas pessoais (sobre o residente).
- 15.** Ficar inseguro sobre como me apresentar.
- 16.** Ficar inseguro sobre como se vestir: *devo usar jaleco?*



# Como conhecer seu residente?

## PLANO DE AULA

Objetivos	Metodologia	Conteúdos	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Demonstrar a importância de conhecer as pessoas através da narrativa de aspectos de sua vida.</li> <li>■ Situar o coordenador (preceptor-multiplicador) mediante as possibilidades de complexidade que poderão surgir com as narrativas e que poderão interferir no processo de ensino-aprendizagem.</li> <li>■ Introduzir um compromisso de cooperação entre as partes (coordenador /multiplicador – multiplicador/ preceptor- preceptor/residente).</li> <li>■ Elaborar o 1º diagnóstico da sua demanda.</li> <li>■ Gerar possibilidades de adaptação conforme contexto apresentado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Apresentação utilizando a técnica “Páginas da Vida”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Apresentação e introdução do grupo de trabalho.</li> <li>■ Sensibilização.</li> <li>■ Desenvolvimento da técnica (coordenadores atentos às falas e anotando futuros comentários)</li> <li>■ Fechamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ficha de avaliação distribuída ao final de cada atividade para todos.</li> <li>■ Discussão oral ao final da atividade, para aqueles que desejarem realizar comentários.</li> </ul>



## BIBLIOGRAFIA

Aula	Obrigatória	Complementar
<ul style="list-style-type: none"><li>■ ALFORJA. <b>Técnicas Participativas para la educación popular</b>. Tomo 1. 5a Edición. Tarea. Lima – Peru. 1992.</li><li>■ ZIMERMAN, Davi E. e OSORIO, L. C. <b>Como trabalhamos com grupos</b>. Porto Alegre: Artmed, 1997.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Texto de apoio: CURRA, Lêda Chaves Dias. Técnicas de grupo.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ <a href="http://www.pjcweb.org">http://www.pjcweb.org</a></li><li>■ <a href="http://espírito.org.br/portal/artigos/diversos/comunicacao/tecnicas-em-dinamica.html">http://espírito.org.br/portal/artigos/diversos/comunicacao/tecnicas-em-dinamica.html</a></li></ul>

**Horário:** \_\_\_\_ : \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**Duração:** 120 minutos

**Coordenador principal:** \_\_\_\_\_

**Coordenador auxiliar:** \_\_\_\_\_

**Material necessário:** Data-show, quadro ou cartaz para escrever, canetas específicas

## DESCRIÇÃO DA TÉCNICA

A apresentação será realizada com o uso da técnica “Páginas da Vida”. O coordenador deverá escrever no quadro ou projetar ou distribuir papel com os seguintes dados de roteiro para a apresentação:

1. Nome (Quem escolheu? Origem? Por quê? Apelido?).
2. Idade.
3. Naturalidade.
4. Fato significativo na escolha pela Medicina de Família e Comunidade (MFC).
5. Onde está trabalhando atualmente?
6. O que gosta de fazer fora da medicina?
7. Algum outro aspecto que julga importante falar sobre si.
8. Expectativas em relação à Oficina.

Em círculo, os coordenadores apresentam-se primeiro, seguindo o roteiro proposto; demonstrando como fazer e estabelecendo com isso o modelo e tempo de apresentação, incorporando-se à regra, além de quebrar o “gelo”. Deve-se utilizar alguma estratégia de ordem nas apresentações que evite a tradicional sequência de sentido “horário” ou “anti-horário”. Por exemplo:



Pode ser utilizada uma pequena bola, macia, que cada um joga para outro à sua escolha na determinação da ordem ou as cores da roupa como definidor da sequência de apresentações.

Enquanto um coordenador orienta as apresentações, o outro vai anotando no quadro, conforme o modelo abaixo (Tabela 1), as informações que estão sendo apresentadas pelo grupo.

Não se deve interromper a pessoa que está se apresentando, deixando cada participante falar livremente. Tempo médio estimado é de três a cinco minutos por pessoa.

Anotar semelhanças e diferenças e devolver ao final com o objetivo de criar identidade e realizar diagnóstico do grupo.

## FECHAMENTO

Ao final da apresentação, o coordenador deve buscar nas informações que foram reveladas pelos participantes os pontos de semelhança, para construir a união e a identidade do grupo. Na fala de fechamento desta técnica, é essencial mostrar esses pontos e tornar o final da atividade uma amostra agradável do encontro que acontecerá em todo o fim-de-semana.

Nessa “familiarização” devem-se ressaltar, então, os seguintes aspectos:

- As coincidências nas escolhas dos nomes.
- As semelhanças regionais que ocorrerem.
- As influências comuns às escolhas profissionais.

**TABELA 2.1 Roteiro para Apresentação e Coleta de Dados dos Participantes**

	Fulano	Beltrano	Sicrano	...	...	...	...	...	...
Nome?									
Quem?									
Origem									
Natural?									
Por quê?									
Apelido?									
Idade?									
Onde trabalha?									
MFC?									
Lazer?									
Algo mais?									
Expectativas									



- As curiosidades diversas.
- Os pontos de agregação do grupo.

Na avaliação da técnica, deve ser salientada sua importância como instrumento útil para aproximar as pessoas e mostrar aspectos desconhecidos até entre quem trabalha junto há muito tempo. Pode ser utilizado para integrar a Equipe, recepcionar novos integrantes, e mesmo sendo repetida várias vezes, sempre traz surpresas.

## TEXTO DE APOIO

### **Técnicas de Grupo**

*Lêda Chaves Dias Curra*

Há muito tempo se aplicam técnicas de dinâmica de grupo, tanto no trabalho de Educação Popular como em uma série de atividades de promoção de saúde.

As técnicas podem ser usadas para:

- Unir e integrar o grupo.
- Animar.
- Trabalhar a comunicação.
- Desencadear processo reflexivo.
- Criar conhecimento coletivo.
- Desencadear um processo coletivo de discussão.

As técnicas podem ser instrumentos em um processo de formação. Uma técnica em si não é formativa. Para que seja uma ferramenta educativa deve ser utilizada em função de um tema específico, com um objetivo concreto, e implementada de acordo com os participantes com os quais se está trabalhando.

O processo educativo necessita de uma forma específica de adquirir conhecimentos que, sob nosso ponto de vista devem surgir da prática, ou seja, do que se sabe, vive e sente. Creemos que as técnicas devem ser participativas para realmente gerar um processo de aprendizagem, marcado pela contribuição de diversas reflexões e uma construção coletiva

### **Elementos importantes para a utilização de técnicas**

Como toda ferramenta, devemos saber para que serve uma técnica, como e quando utilizá-la.





- a) Quando elegemos uma técnica, devemos ter claro que objetivos queremos alcançar com ela.
- b) Em toda técnica devemos: conhecê-la bem, saber utilizá-la em momento oportuno e saber conduzi-la corretamente.
- c) Uma só técnica em geral, não é suficiente para trabalhar um tema. Sempre deve ser acompanhada por outras que permitam um processo de aprofundamento e sistematização.
- d) É importante saber as possibilidades e as limitações de cada técnica a ser utilizada.

### **Tipos de técnicas**

Esta breve classificação das técnicas baseia-se nos sentidos básicos que temos para comunicarmos.

#### *Técnicas ou dinâmicas vivenciais*

Caracterizam-se por criar uma situação fictícia, onde nos envolvemos, reagimos e adotamos atitudes espontâneas; nos fazem viver uma situação.

#### *Técnicas com atuação*

O elemento central é a expressão corporal através do qual representamos situações, comportamentos, formas de pensar.

#### *Técnicas auditivas e audiovisuais*

Caracterizam-se pela utilização do som e de sua combinação com imagens.

#### *Técnicas visuais (escritas e gráficas)*

Todo material que se utiliza a escrita como elemento central ou todo material que se expressa através de desenhos e símbolos.

### **Aos que coordenam**

Para que a aplicação de uma técnica seja efetiva em seu sentido pedagógico, é imprescindível que o coordenador:





- Antes de escolher a técnica tenha refletido sobre as seguintes perguntas:
  - Qual o tema que vamos trabalhar?
  - Qual o objetivo que se quer chegar?
  - Com quem se vai trabalhar? (características dos participantes)
- Uma vez respondidas essas três questões, planeja-se qual a técnica é a mais adequada para esse tema, para chegar aos objetivos propostos, com esses participantes específicos.
- O terceiro passo é como será implementada a técnica: detalhar o procedimento que utilizará em sua aplicação. Uma vez precisado isto, calcular e ajustar o procedimento de acordo com o tempo disponível.
- Um elemento imprescindível é que os coordenadores conheçam o tema que se está tratando, para poder conduzir corretamente o processo de formação e enriquecê-lo com todos os elementos que surjam da participação das pessoas.

### Atributos de um coordenador de grupo

- Gostar de trabalhar com grupos e acreditar neles.
- Ser continente (capacidade de conter as angústias e necessidades dos outros, e também as suas próprias).
- Empatia (poder colocar-se no lugar do outro e assim manter uma sintonia afetiva).
- Discriminação (para não ficar perdido no cipoal das cruzadas de identificações projetivas e introjetivas).
- Comunicação (tanto como emissor ou receptor, com a linguagem verbal ou a não-verbal, com a preservação de um estilo próprio, e como uma forma de modelo para os demais do grupo).
- Ser verdadeiro (se o coordenador não tiver amor às verdades e preferir não enfrentá-las, não poderá servir como um modelo para o seu grupo).
- Senso de humor (um coordenador pode ser firme sem ser rígido, flexível sem ser frouxo, bom sem ser bonzinho e, da mesma forma, pode descontraír, rir, brincar, sem perder o seu papel e a manutenção dos limites necessários).
- Integração e síntese (é a capacidade de extrair o denominador comum das mensagens emitidas pelos diversos componentes do grupo e de integrá-las em um todo coerente e unificado, sem artificialismos forçados).





## Sugestões para a discussão de uma técnica

Passos básicos para o desenvolvimento das técnicas:

1. Detectar a motivação inicial para escolher o tema.
2. Depois de escolhida, conforme o tipo de técnica realizada, começamos a reconstruir os elementos principais, por exemplo:
  - técnicas auditivas – *o que escutamos?*
  - audiovisuais – *o que vimos?*
  - técnicas vivenciais – *o que sentimos?*
  - técnicas escritas – *o que lemos ou representamos?*
3. Uma vez realizada a etapa anterior, passamos a analisar mais a fundo os elementos presentes na técnica: seu sentido, o que nos faz pensar – *O que pensamos sobre os elementos vistos, ditos ou vividos?*
4. Após, relacionamos todos esses elementos com a realidade – *Que relação tem isto com a realidade?*
5. Chegar a uma conclusão ou síntese do discutido: *Que conclusões podem tirar? Como resumimos o que foi discutido?*

Todas essas sugestões devem ser assumidas de forma criativa e flexível.







# 3

ATIVIDADE

## Como inserir o residente na equipe

### PLANO DE AULA

Objetivos	Metodologia	Conteúdos	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Identificar as estratégias a serem utilizadas na inserção do residente na equipe.</li> <li>■ Estabelecer a importância do contrato inicial de ensinagem.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Trabalho em grupo e apresentação do material produzido para todos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Estratégias de inserção de uma nova pessoa à equipe.</li> <li>■ Contrato de ensinagem.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Utilização dos conteúdos como referenciais, pelos participantes, nas atividades da Oficina.</li> <li>■ Ficha avaliação.</li> <li>■ Oportunizar aos participantes avaliação oral.</li> </ul>

### BIBLIOGRAFIA

Aula	Obrigatória	Complementar
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ANASTASIOU, Léa da Graça Camargos e ALVES, Leonir Pessate. <b>Processo de Ensinagem na Universidade</b>. Joinville: UNIVILLE, 2003.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ MCWHINNEY, Ian R. <b>A textbook of family medicine</b>. 2. ed New York: Oxford University Press, 1997.</li> </ul>	

**Horário:** \_\_\_\_ : \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**Duração:** 30 minutos

**Coordenador principal:** \_\_\_\_\_

**Coordenador auxiliar:** \_\_\_\_\_

**Material necessário:** Data-show, caneta/lápis, papel





## DESCRIÇÃO DA TÉCNICA

Esta atividade será desenvolvida em duas etapas:

### 1ª ETAPA

O coordenador da atividade propõe a realização da seguinte tarefa: vocês formarão grupos, e nos próximos 15 minutos descreverão como fariam a recepção inicial dos novos médicos residentes em sua Unidade Docente Assistencial.

Esta tarefa deverá ser realizada levando-se em conta os seguintes aspectos:

- a) Como desenvolver o contrato, “ter residentes”, com a equipe?
- b) Como desenvolver a recepção?
- c) Quais as condições necessárias?
- d) Como estabelecer um relacionamento harmonioso desde o início da residência?
- e) O que deve ser considerado como essencial para o estabelecimento do aprendizado?

Cada grupo terá 5 minutos para apresentar o trabalho realizado e o material produzido deverá ser entregue.

### 2ª ETAPA

A segunda etapa será desenvolvida após tabulação do material produzido pelos participantes. Serão apresentados os resultados e será realizado um fechamento por meio de exposição dialogada, baseado no texto de apoio quando o resultado dos grupos não contemplar todos os aspectos esperados.

## AVALIAÇÃO

- Ficha avaliação.
- Oportunizar avaliação oral aos participantes.





## TEXTO DE APOIO

### Como inserir o residente na equipe

*Luiz Felipe Cunha Mattos*

A “Unidade Docente Assistencial” é um dos cenários ideais para vivenciar a Atenção Primária à Saúde, em função das interfaces com o restante sistema de saúde. Também propicia contato com as dificuldades enfrentadas pelas pessoas individualmente, pelas famílias, e a problemática em geral da comunidade.

A Unidade Docente Assistencial deve estar preparada para receber os novos médicos residentes, pois estes irão integrar, nos próximos dois anos, a Equipe e desenvolver a sua capacitação em serviço na formação em Medicina de Família e Comunidade.

A entrada de novas pessoas em uma Equipe de trabalho é um enorme desafio, pois esta já está acostumada a desempenhar suas funções, com acordos estabelecidos e uma determinada forma de funcionamento. Em geral, com os médicos residentes não deverá ser diferente.

Mas vejamos algumas características destes que os diferenciam dos profissionais que já atuam na equipe e são permanentes.

Os médicos residentes participarão da equipe por dois anos. Como regra geral, são jovens, recém concluíram a graduação em medicina, não estão habituados a trabalhar em equipe, não têm experiência no cuidado de pessoas em ambulatório, o modelo de atendimento é o do paciente hospitalizado, provavelmente nunca realizaram visitas domiciliares e/ou grupos e não estão familiarizados com Programas de Vigilância à Saúde. Além disso, muitas vezes são por natureza contestadores, questionam tudo, têm dificuldades em assumir uma atitude profissional, em decorrência de estarem vivendo um momento de transição entre a vida estudantil e profissional.

Conhecer suas expectativas, seus temores, seus pontos fortes, suas dificuldades fazem parte de um contexto fundamental de ser conhecido previamente.

O preceptor deve ter em mente a necessidade de estabelecer combinações escritas – contrato didático\* – com o(s) médico(s) residente(s) visando

---

\* São denominados contratos didáticos os aspectos norteadores do Programa de Aprendizagem. São combinados, desde o início, sobre as formas de atuação, os objetivos a serem alcançados, as metodologias e as formas de avaliação. Deve ser objetivo, verdadeiro, crítico e comprometido. Um processo de construção participativo, que deve ser interiorizado.





## 34 José Mauro Ceratti Lopes et al.

---

estabelecer o modo como a residência médica em Medicina de Família e Comunidade será desenvolvida.

Portanto, o contrato didático de ensinagem precisa ser estabelecido e acordado entre o médico residente e o seu preceptor e ser de conhecimento da Equipe e Comunidade.





ATIVIDADE

4

*História da medicina de família e comunidade*

Dia 2: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**PLANO DE AULA**

Objetivos	Metodologia	Conteúdos	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Consolidar aspectos históricos do desenvolvimento da MFC.</li> <li>■ Caracterizar a importância da história como fonte de conhecimento, aprendizado e planejamento do ensino.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Exposição dialogada.</li> <li>■ Debate.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Conceito de Especialidade</li> <li>■ Origem do médico de cabeceira;</li> <li>■ Aspectos Históricos da MFC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Utilização dos conteúdos como referenciais, pelos participantes, nas atividades da Oficina.</li> <li>■ Preenchimento de Instrumento de avaliação.</li> <li>■ Oportunizar aos participantes avaliação oral.</li> </ul>

**BIBLIOGRAFIA**

Aula	Obrigatória	Complementar
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ACSSJR. <b>Sistema de Saúde no Brasil</b>. [S.l., 200-]. Disponível em: &lt;<a href="http://www.acssjr.hpg.ig.com.br/index.htm">http://www.acssjr.hpg.ig.com.br/index.htm</a>&gt;. Acesso em: 11 ago. 2003.</li> <li>■ GOMES, Ordival Cassiano. <b>História da medicina no Brasil no século XVI</b>. Rio de Janeiro: Biblioteca Brasileira</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ MCWHINNEY, Ian R. <b>A textbook of family medicine</b>. 2. ed New York: Oxford University Press, 1997.</li> <li>■ Texto de Apoio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ HELMAN, Cecil G. <b>Cultura, saúde e doença</b>. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.</li> <li>■ FALEIROS, José Justino. <b>Profissionais para reorientar o modelo assistencial: quantos e quais</b>. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de</li> </ul>



Aula	Obrigatória	Complementar
de História da Medicina, 1974. ■ PORTER, Roy. <b>The Cambridge illustrated history of medicine.</b> Cambridge University Press, 2000. ■ ROBINSON, G. Canby. <b>The patient as a person: a study of the social aspects of illness.</b> 3. ed. New York: Oxford University Press, 1946.		Janeiro, v. 27, n. 1, p. 55-64, jan./abr. 2003.

**Horário:** \_\_\_\_ : \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**Duração:** 60 minutos

**Coordenador principal:** \_\_\_\_\_

**Coordenador auxiliar:** \_\_\_\_\_

**Material necessário:** Data-show

## DESCRIÇÃO DA TÉCNICA

O coordenador da atividade realizará a apresentação audiovisual sobre o tema, deixando um espaço aberto para perguntas e interrupções dos participantes, e, ao final, abre novamente para discussão.

## AVALIAÇÃO

- Preenchimento de instrumento de avaliação.
- Oportunizar aos participantes a avaliação oral.

## TEXTO DE APOIO

### **História da medicina de família e comunidade**

*José Mauro Ceratti Lopes*

A compreensão de questões envolvendo determinado tema ou problema está relacionada às informações que dispomos, nos são fornecidas, e são necessárias para este entendimento. Então para conhecer verdadeiramente



uma pessoa, uma Comunidade, ou uma Especialidade precisamos conhecer, valorizar e aprender com a sua história.

A palavra *história* vem do vocábulo grego *istoría* que significa pesquisa, informação, narração. Assim, pode-se pensar história como o conjunto de conhecimentos sobre o passado da humanidade, de um povo ou uma pessoa, que auxilia na compreensão do presente e ajuda a projetar o futuro. O presente é uma das conseqüências naturais do passado. Dessa forma, quem quiser entender aspectos atuais, terá de olhar para o passado. A história revela quem somos. Os fatos do passado de uma pessoa ou de um grupo explicam, em grande parte, seu presente. Tudo tem uma origem, um começo, um porquê. Mas o tempo passa, e muitas dessas informações caem no esquecimento ou nunca tomamos conhecimento de que tal fato aconteceu. A história tem que ser contextualizada e, mais do que relatar acontecimentos, a história também precisa ser interpretativa. Quem narra um fato o faz a partir do seu ponto de vista. Por isso, toda narração de acontecimentos tem suas particularidades porque foi relatada a partir de um ponto de vista.

A história da Medicina de Família e Comunidade (MFC) como especialidade começa nos Estados Unidos, em 1960 como contraponto à superespecialização existente. Na época, o representante na mídia desta mudança era o Dr. Marcus Welby (estrelado por Robert Yuong) e seu assistente Doutor Steven Kiley (representado por James Brolin), personagens do seriado *Marcus Welby* (Figura 2.1), que apresentava um médico de família americano profundamente interessado nos problemas de seus pacientes, amigo, conselheiro e solucionador de problemas, cuidando de todos os tipos de pessoas em qualquer situação e condições, nos melhores e piores momentos; e cuja atuação extrapolava o consultório, indo atrás do que era melhor para a pessoa sob seus cuidados.

Mas ao revisar a história da medicina, constata-se que talvez o embrião desta mudança e do surgimento da MFC possa estar relacionado com um passado mais distante. Existem várias ideias ou pers-



**FIGURA 2.1**

Dr. Marcus Welby e seu assistente em atendimento  
Fonte: TIM'S TV SHOWCASE, 2005]



pectivas, apresentamos duas delas aqui. A primeira do livro *Oxford Textbook of Primary Medical Care* (McWhinney, 2004), tem por data o ano de 1700 (séc XVIII) e conta como foi a provável origem do clínico geral, a partir de episódio envolvendo apotecários ingleses que praticavam a medicina, passando pela ampliação dos cuidados médicos através da agregação da realização de partos (1740), até a criação do *College of General Practitioners* (1952).

A segunda ideia, que certamente contribui para a história da MFC, é relatada no livro *The Cambridge Illustrated History of Medicine* (PORTER, 2000), onde consta que no final do século XVIII e início do XIX, a introdução do pensamento científico e sistematização dos mecanismos da enfermidade (*disease*), as práticas tradicionais pouco efetivas de lidar com a doença (*illness*), através de medicamentos da época – infusões e laxativos-, fez com que os médicos se tornassem céticos quanto à possibilidade de tratar as enfermidades (*diseases*) com drogas. Este ceticismo denominado “terapêutica niilista”<sup>\*</sup> negou por completo, desacreditou os tratamentos empíricos propostos até então. Os niilistas tiveram, na segunda metade do século XIX, poder e influência na medicina acadêmica, “[...] *ensinando gerações de estudantes médicos que a real função da medicina era acumular informações científicas sobre o corpo humano mais do que curar.*” (PORTER, 2000, p. 138).

Como resposta a esta postura das academias, surgiu – como doutrina, em 1880 – um movimento dos médicos clínicos gerais, inicialmente na Inglaterra e que se espalhou pelo mundo, denominado: “*ver o paciente como Pessoa*”, e estendeu-se até a segunda guerra mundial, em contraponto ao movimento *niilista* (1841) que dominava as academias médicas. Neste movimento, médicos “não acadêmicos” mantinham sua postura de estar próximos aos doentes, fazendo o possível para confortá-los durante o período da doença, permanecendo junto ao leito. Surge daí a denominação “médico de cabeceira”, muito bem representada no quadro “The Doctor”, pintado por Sir Samuel Luke Fildes (1890) inspirado pela morte de seu próprio filho, descreve um médico pensativo que presta atenção a uma criança gravemente doente, observado de longe pelo pai apreensivo, e com a mãe debruçada sobre a mesa, desesperada (ver Figura 1, pág. 10).

Este movimento é também representado por G. Ganby Robinson em seu livro, de primeira edição publicada em maio de 1939, com o título “*The Patient as a Person – A study of the social aspects of illness*, no qual relata estudo de casos considerando, não só clinicamente as enfermidades, mas também os aspectos *biopsicossociais*.

O final da Segunda Guerra faz com que países passem a preocupar-se com a reorganização dos Sistemas de Saúde, e um marco é a Inglaterra, que

---

<sup>\*</sup> Niilismo: Rejeição às crenças existentes; no caso, rejeição a todos os tipos de tratamentos empíricos empregados na época.





implanta o Serviço Nacional de Saúde (NHS) desengavetando as idéias de Dawson, e se organizando com base na territorialização e adscrição da clientela, tendo um médico *general practitioner* (GP) responsável por uma lista de 2.000 a 3.000 pessoas. Começa o quadriculamento do espaço, da delimitação de responsabilidades e do controle sobre as doenças e as pessoas antes mesmos de adoecerem.

A partir de 1963, começam a acontecer no Brasil ideias de municipalizar os serviços de saúde, bem como iniciativas da sociedade (igreja, universidades, associações comunitárias) e do Ministério da Saúde apontavam para a possibilidade de ser formulada uma política específica de descentralização dos serviços e ações de saúde no Brasil. Estas iniciativas e propostas são deixadas de lado em função da situação política vigente, que centralizava o poder e o controle.

Na primeira metade da década de 1970 (séc. XX) houve a implantação de atendimento básico de saúde para populações pobres das periferias urbanas ou residentes nas áreas rurais sem acesso aos serviços de saúde. Buscava-se a integração de ações preventivas e curativas com ênfase em visitas domiciliares, trabalho de campo, saneamento, reuniões e ações educativas, com a denominada medicina comunitária (ACSSJR, [200-]).

A falência do modelo flexneriano se acentua em 1978 na Conferência de Alma-Ata, promovida pela OMS/UNICEF, com participação de 178 países, tendo como lema “Saúde para todos no ano 2000”, e que em seu relatório recomenda princípios fundamentais a serem implementados com equidade, para melhorar a saúde das populações pobres do planeta. Cria-se aí a necessidade de profissionais especificamente formados, com uma visão integradora, para atuar essencialmente no primeiro nível de assistência à saúde, num trabalho que tradicionalmente era desvalorizado, mas que, a partir das recomendações da Conferência de Alma-Ata e da Organização Mundial da Saúde, começou a ser concebido como peça-chave dos sistemas nacionais de saúde.

No Brasil, na década de 1970 (séc. XIX), em núcleos isolados surgem programas de especialização médica inspirados na figura do “general practitioner” (inglês), e no “family physician” (americano) modificados a partir da realidade local, sendo criados, já em 1976, os Primeiros Programas de Residência no país:

- Centro Saúde Murialdo (Porto Alegre/RS), em atividade.
- Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ (Rio de Janeiro/RJ), em atividade.
- Projeto Vitória (Vitória de Santa Antão/PE), extinto em 1986.

Em 1977, é aprovada a Lei que cria a Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM.

Em 1980, inicia a residência em Medicina Geral do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), em atividade que deu origem ao Serviço de Saúde Comunitária do GHC.





A partir de 1981, a CNRM estabelece as primeiras resoluções regulamentando as Residências Médicas no país, sendo a Residência em Medicina Geral Comunitária regulamentada neste mesmo ano através da Resolução 07/81, uniformizando sob esta denominação e com critérios mínimos de estruturação os diversos programas existentes no Brasil, e que tinham denominações (Medicina Geral, Medicina Geral Comunitária, Medicina Comunitária ou Medicina Preventiva) e programas diversos.

Ainda em 1981, é criada a Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária (SBMGC). Em 2001, após longo debate entre os associados da SBMGC, ocorre decisão de alterar o nome da especialidade para “Medicina de Família e Comunidade”, (e por consequência da Sociedade para *Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* – SBMFC) o que é referendado e reconhecido pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), pela Associação Médica Brasileira (AMB) e demais instituições pertinentes.

Em 1988 com a nova Constituição – *saúde é um* dever do Estado e um direito de *todos* –, institui-se o Sistema Único de Saúde (SUS) com os princípios básicos: *universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade*. A transição com a extinção de órgãos, a passagem da assistência para o Ministério da Saúde, o acesso universal e gratuito, traz num primeiro momento, caos ao sistema da saúde, que não estava preparado para os custos decorrentes e para absorver a população pobre e trabalhadores sem previdência social.

Desde então se tem buscado estratégias para resolver os problemas e garantir a aplicação dos princípios do SUS, sendo dois movimentos fundamentais para o fortalecimento e desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde: a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS – 1991) – profissão reconhecida por lei em 2001 – e a implantação do Programa Saúde da Família (PSF-1994), hoje denominada Estratégia Saúde da Família (ESF), que é prioritária no Ministério da Saúde para reestruturação da atenção primária à saúde. Estes fatos renovaram os investimentos na formação de profissionais médicos especializados para atuar em APS, com incentivo à ampliação e implantação de programa de residência em Medicina de Família e Comunidade.





# 5

ATIVIDADE

## Os princípios da medicina de família e comunidade

Esta atividade será desenvolvida em três etapas, que estão respectivamente descritas nas próximas páginas. Leia todas etapas para ter idéia da atividade como um todo.

### PLANO DE AULA

Objetivos	Metodologia	Conteúdos	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"><li>■ Rever os princípios da prática da Medicina de Família e Comunidade.</li><li>■ Detectar as dificuldades de trabalhar com os princípios.</li><li>■ Criar alternativas criativas para a introjeção desses princípios.</li><li>■ Gerar possibilidades de adaptação conforme contexto apresentado.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Exposição dialogada</li><li>■ Atividade em grupo</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Princípios da Medicina de Família e Comunidade</li><li>■ Desenvolvimento da técnica de grupo</li><li>■ Apresentação dos grupos.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Através de ficha de avaliação que será distribuída.</li><li>■ Através da discussão oral ao final da atividade.</li></ul>



## BIBLIOGRAFIA

Aula	Obrigatória	Complementar
■ MCWHINNEY, Ian R. <b>A text-book of family medicine.</b> 2. ed New York: Oxford University Press, 1997.	■ CURRA, Lêda Chaves Dias. Os princípios da medicina de família e saúde. ■ WONCA. A definição europeia de medicina geral e familiar. Wonca Europa. OMS, 2002.	

### 1ª ETAPA

**Horário:** \_\_\_\_ : \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**Duração:** 30 minutos

**Coordenador principal:** \_\_\_\_\_

**Coordenador auxiliar:** \_\_\_\_\_

**Material necessário:** Data-show

### Descrição da técnica

Neste primeiro momento, o coordenador da atividade apresentará os quatro princípios fundamentais da Medicina de Família e Comunidade.

### 2ª ETAPA

**Horário:** \_\_\_\_ : \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**Duração:** 45 minutos

**Coordenador principal:** \_\_\_\_\_

**Coordenador auxiliar:** \_\_\_\_\_

**Material necessário:** Data-show



### Descrição da técnica

Esta atividade busca alternativas para a introjeção dos Princípios da Medicina de Família e Comunidade no processo de apreensão pelos residentes.

Neste segundo momento:

1. Os participantes serão divididos em quatro grupos.
2. Será apresentado cartaz motivador.





3. Cada grupo trabalhará com um dos quatro princípios e terá como tarefa criar uma forma de ensinar o princípio que lhe coube, utilizando a imagem do cartaz.
4. Cada grupo deverá apresentar, de forma criativa, a alternativa proposta.
5. Ao final de cada apresentação o restante do grupo tecerá comentários sobre outras formas que utilizaria.

### 3ª ETAPA

**Horário:** \_\_\_\_ : \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**Duração:** 60 minutos

**Coordenador principal:** \_\_\_\_\_

**Coordenador auxiliar:** \_\_\_\_\_

**Material necessário:** Material produzido pelos participantes

### DESCRIÇÃO DA TÉCNICA

Será realizada a apresentação da Tarefa sobre Ensino dos Princípios:

1. Cada grupo deverá apresentar de forma criativa a alternativa proposta.
2. Ao final de cada apresentação o restante do grupo tece comentários sobre outras formas que utilizaria.

### TEXTO DE APOIO

#### **Os princípios da medicina de família e comunidade**

*Lêda Chaves Dias Curra*

A medicina de família pode ser descrita como um corpo de conhecimentos sobre os problemas encontrados pelos médicos de família e comunidade. Como todo corpo de conhecimentos e como em qualquer disciplina a medicina de família incorpora não apenas conhecimentos factuais, mas também habilidades e técnicas.

Os membros de uma disciplina são identificados por terem um conhecimento ampliado sobre determinado assunto, entretanto a medicina de família se caracteriza por um corpo de conhecimentos que não é restrito a uma parte da pessoa e, sim, especifica a abordagem da pessoa como um todo, logo: “o compromisso do médico de família e comunidade são as pessoas, e são elas quem





definem qual é o problema. O médico de família e comunidade não pode dizer – sinto muito, isto não faz parte do meu campo de atuação” (McWhinney, 1997).

O médico de família e comunidade bem-treinado tem se tornado uma figura-chave e, frequentemente, um líder na organização de saúde.

O cuidado de saúde exige experiência, e a experiência exige princípios; princípios que governam as ações.

Existem muitos princípios que governam as ações dos médicos de família, mas nós selecionamos quatro, por acreditarmos que estes são fundamentais para o desencadeamento de todos os outros.

Esses quatro princípios fundamentais incorporados à prática são:

1. O médico de família e comunidade (mfc) é um clínico qualificado.
2. A Medicina de Família e Comunidade (MFC) é baseada na Comunidade.
3. O médico de família e comunidade (mfc) é um recurso de uma população definida.
4. A Relação Médico-Pessoa é fundamental para o desempenho do médico de família e comunidade (mfc).

Estes Princípios, sendo cada um igualmente importante na educação e prática, podem servir de base para o desenvolvimento de outros objetivos mais específicos.

## **1. O médico de família e comunidade (MFC) é um clínico qualificado**

- O médico de família e comunidade demonstra competência no método clínico centrado na Pessoa; ele investiga a doença de uma maneira integrada, sensível e apropriada.
- Ele demonstra um entendimento da experiência da Pessoa sobre a doença (particularmente suas idéias, sentimentos e expectativas) e do impacto da doença na vida da Pessoa.
- O médico de família e comunidade usa seu entendimento do desenvolvimento humano, famílias e outros sistemas sociais, para desenvolver uma abordagem compreensiva do manejo da doença da Pessoa e sua família.
- O médico de família e comunidade é também competente para trabalhar com pessoas buscando alcançar um plano comum a ambos (médico e Pessoa) na definição de problemas, objetivos de tratamento, e responsabilidades na implementação do Cuidado.
- O médico de família e comunidade tem um conhecimento especial da grande variedade de problemas das pessoas na comunidade, incluindo os menos freqüentes, mas que ameaçam a vida, e emergências tratáveis, em pessoa de todos grupos etários.





- Sua abordagem para o Cuidado Primário é baseada no melhor conhecimento científico disponível, utilizando-se de recursos tais como: estudo imediato, consensos, construção de protocolos, consultoria entre colegas e com outros especialistas, dentre outros.

## **2. A medicina de família e comunidade (MFC) é baseada na Comunidade**

- A Prática da MFC é baseada na Comunidade sendo influenciada significativamente por fatores da Comunidade. Como um membro da Comunidade, o médico de família e comunidade é capaz de responder às mudanças nas necessidades das pessoas, de adaptar-se rapidamente às mudanças na situação e, de mobilizar ou endereçar aos recursos apropriados às necessidades das pessoas.
- Os problemas clínicos apresentados a um médico de família e comunidade, baseados em uma Comunidade não são pré-selecionados e são frequentemente encontrados em um estágio indiferenciado.
- Médicos de família e comunidade são habilitados para lidar com a ambiguidade e a incerteza. O médico de família e comunidade verá pessoas com doenças crônicas; problemas emocionais; desordens agudas, variando daquelas que são menores e autolimitadas até as que trazem risco de vida; e problemas biopsicossociais complexos.
- O médico de família e comunidade também prestará cuidado adequado a pessoas com doença terminal e suas famílias.
- O médico de família e comunidade pode prestar cuidados para os pacientes no ambulatório; no hospital, incluindo o setor de emergências; em casa; ou em outros cenários apropriados.
- O médico de família e comunidade se vê como parte de uma rede de prestadores de cuidados à saúde da Comunidade e, é habilitado para colaborar como membro ou coordenador de uma Equipe. Ele usa a referência para outros especialistas e os recursos da Comunidade criteriosamente. Trabalha na construção da teia social através da participação intersetorial como forma de promover Cidadania.

## **3. O médico de família e comunidade (MFC) é um recurso de uma população definida**

- O médico de família e comunidade vê sua população habitual como uma “população de risco” e organiza sua prática para assegurar que a saúde dos pacientes seja mantida, querem eles venham ou não visitá-lo no consultório.





- Tal organização requer habilidade para avaliar novas informações e sua relevância para a prática; conhecimento e capacidade para avaliar a eficácia do cuidado prestado para a clientela; e habilidade para planejar e implementar políticas que vão melhorar a saúde dos pacientes.
- de recomendar e defender políticas públicas que promovam a saúde para seus pacientes e comunidade.
- O MFC aceita sua responsabilidade no Sistema de Saúde para um uso sensato dos recursos (escassos). Ele considera as necessidades individuais e coletivas.

#### 4. A relação médico-pessoa é fundamental para o papel do MFC

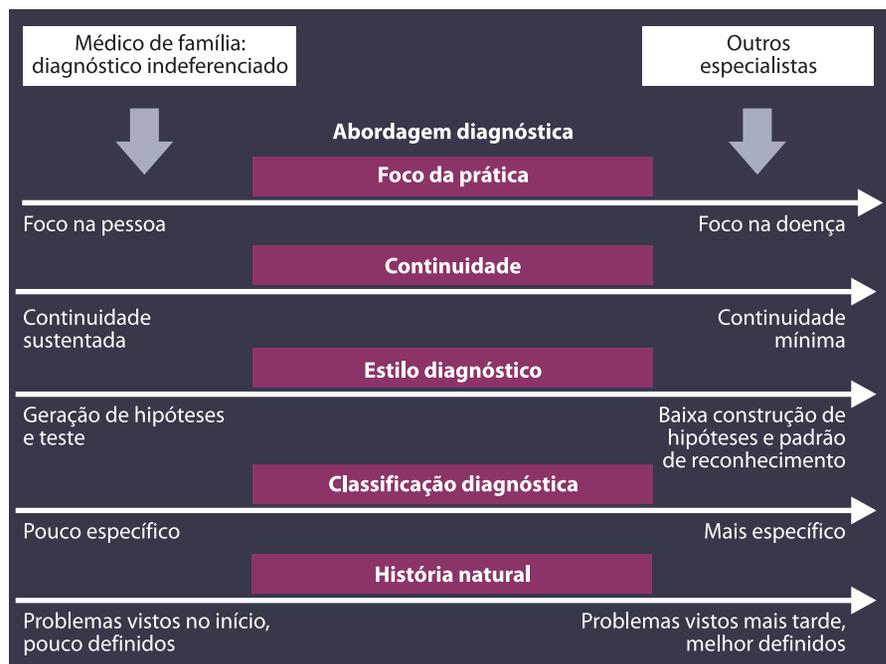
- O médico de família e comunidade tem um entendimento e apreciação da condição humana, especialmente da natureza do sofrimento e resposta da pessoa à doença (*illness*).
- O médico de família e comunidade é consciente de sua força e limitações para reconhecer quando suas próprias questões pessoais interferem com um cuidado efetivo.
- O médico de família e comunidade coloca a pessoa em primeiro lugar. O relacionamento tem a qualidade de um compromisso do médico de ser fiel com o bem-estar das pessoas sob seu cuidado, mesmo que essas não estejam cientes deste compromisso.
- O médico de família e comunidade é conhecedor do desequilíbrio de poder entre os médicos e as pessoas, e o potencial para abuso deste poder.
- O médico de família e comunidade presta cuidado continuado para as pessoas. Ele utiliza contatos repetidos com as pessoas para construir seu relacionamento e para promover o poder curador de suas interações.
- Sempre, o relacionamento toma uma importância especial para as pessoas, suas famílias e o médico. Como resultado, o médico de família e comunidade torna-se um defensor (advogado) da pessoa, da família e da comunidade.

#### EM RESUMO

- O médico de família e comunidade (mfc) competente desenvolve um quadro único de qualidades e habilidades para sua prática, mantém-nas atualizadas e as aplica usando o método clínico centrado na pessoa para manter e promover a saúde.



A Figura 5.1 mostra as diferenças na abordagem diagnóstica entre o médico de família e comunidade e as outras especialidades médicas.



**FIGURA 5.1**

Primeiro ponto de contato com o Sistema de Saúde.

Fonte: Adaptado de material distribuído por Talbot e Rosser (1996).





# 6

## ATIVIDADE

# Abordagem centrada na pessoa

### PLANO DE AULA

Objetivos	Metodologia	Conteúdos	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Incorporar referências essenciais à prática e ao ensino da MFC.</li> <li>■ Utilizar a Abordagem Centrada na Pessoa para estabelecer a importância de personalizar o ensino através da atenção as necessidades do residente no processo de aprendizado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Exposição dialogada.</li> <li>■ Debates sobre cenas filmes.</li> <li>■ Atividade em grupo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Autonomia.</li> <li>■ Pessoa.</li> <li>■ Cuidado.</li> <li>■ Tecnologia.</li> <li>■ Abordagem Centrada na Pessoa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Utilização dos conteúdos como referenciais, pelos alunos, nas atividades da Oficina.</li> <li>■ Ficha avaliação.</li> <li>■ Oportunizar aos alunos avaliação oral.</li> </ul>

### BIBLIOGRAFIA

Aula	Obrigatória	Complementar
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ STEWART, Moira. <b>Patient-centered medicine: transforming the clinical method.</b> 2. ed. Abingdon, United Kingdom: Redcliffe Medical, 2003.</li> <li>■ LOPES, José M.C. <b>A pessoa como centro do cuidado:</b> a abordagem centrada na pessoa no processo de produção do cuidado médico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ MCWHINNEY, Ian R. <b>A text-book of family medicine.</b> 2. ed New York: Oxford University Press, 1997.</li> <li>■ LOWN, Bernard. <b>A arte perdida de curar.</b> São Paulo: Fundação Petrópolis, 1997.</li> <li>■ HELMAN, Cecil G. <b>Cultura, saúde e doença.</b> 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ CASSEL, E. <b>The nature of suffering and the goals of medicine.</b> The New England Journal of Medicine, Boston, v. 306, p. 639-645, 1982.</li> <li>■ CHIN, J. J. <b>Doctor-patient relationship: from medical paternalism to enhanced autonomy.</b> Singapore Medical Journal,</li> </ul>





Aula	Obrigatória	Complementar
em serviço de atenção primária à saúde. Porto Alegre, 2005. <a href="http://www.agmfc.org.br">www.agmfc.org.br</a> ■ <b>Golpe do Destino</b> – filme. ■ <b>Dr. Hollywood</b> – filme. ■ <b>Tempo de despertar</b> – filme.		Singapore, v. 43, n. 3, p. 152-155, 2002. ■ EMANUEL, Ezekiel J.; Emanuel, Linda L. Four models of the physician-patient relationship. <i>Journal of the American Medical Association</i> , Chicago, v. 267, n. 16, p. 2221-2226, Apr. 1992.

**Horário:** \_\_\_\_ : \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**Duração:** 30 minutos

**Coordenador principal:** \_\_\_\_\_

**Coordenador auxiliar:** \_\_\_\_\_

**Material necessário:** Data-show

## DESCRIÇÃO DA TÉCNICA

O Coordenador da atividade realiza apresentação audiovisual sobre o tema – *Abordagem Centrada na Pessoa* -, deixando aberto para perguntas e interrupções dos presentes. Ao final abre novamente para discussão.

## TEXTO DE APOIO

### Abordagem centrada na pessoa

*José Mauro Ceratti Lopes*

A história da Abordagem Centrada na Pessoa, como tecnologia para a prática médica iniciou quando o Doutor Levenstein, em um dia típico de trabalho em seu consultório na África do Sul, atendendo 30 pessoas com uma variedade de problemas, foi desafiado pela pergunta de uma estudante de medicina: “*Como o Sr. sabe o que fazer com cada uma delas?*”, pois sua abordagem era diferente do que Ela havia observado até então no hospital, e não conseguia reconhecer nenhum padrão nesta técnica. Dr. Levenstein (LEVENSTEIN, 1984 apud STEWART, 2003, p. 4) explicou que o que ele fazia era baseado em:

- Seu conhecimento prévio sobre cada pessoa,
- Saber a frequência das diferentes doenças na comunidade,



- No valor que ele colocava
- na continuidade,
- no cuidado abrangente,
- na prevenção,
- e na relação médico-pessoa.

Percebendo a sensação de frustração da estudante, sua resposta não tinha ajudado ela a entender seu método, decidiu então gravar em vídeo os atendimentos no consultório e analisá-los. Ao final, ele revisou cerca de 1.000 gravações de atendimentos e concluiu que sua abordagem combinava uma abordagem tradicional com perguntas aberto-fechadas sobre tudo que a pessoa desejasse tratar. Ele encontrou nas gravações intervenções efetivas e não-efetivas e identificou que as consultas nas quais percebeu as queixas e expectativas sobre a visita foram bem; mas se ele esqueceu ou não percebeu as “dicas” da pessoa sobre “sua agenda”, a consulta foi menos efetiva. Em vez de motivar seus estudantes a ter mais cuidado, deixou-os mais confusos e ofendidos. Com o método ele pode guiá-los para escutar as “dicas” das pessoas sobre suas queixas, medos, e expectativas e sobre porque elas procuraram o médico naquele momento em particular. Os fatores desta abordagem foram base para o denominado método “centrado no paciente” (*patient-centered method*). Levenstein aprimorou seu entendimento do método na Western Ontario University, ensinando-o aos estudantes de medicina e residentes em medicina de família, com resultados encorajadores.

Levenstein, a seguir, ensinou o modelo em forma de curso e colaborou em pesquisas para medir o impacto do método no cuidado às pessoas e no ensino médico. O método foi utilizado e apresentado desde então em numerosos seminários em diversos países do mundo. O *feedback* dos participantes tem sido incorporado para o aperfeiçoamento do método.

Nosso contato com esse modelo de abordagem médica foi em 1995, por intermédio dos professores canadenses, da Universidade de Toronto, e Drs. Yves Talbot e Walter Rosser, que desenvolveram um curso para formação de professores em medicina de família para profissionais do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição.

O *método clínico de abordagem centrado no paciente* (Stewart, 2003) é composto por seis componentes. Estes seis componentes interativos são apresentados separadamente (Figura 6.1), mas na verdade estão intrinsecamente interligados, conforme representado no diagrama da Figura 6.2.

O médico habilidoso move-se empenhadamente para frente e para trás, entre os seis componentes, seguindo as “deixas” ou “dicas” da pessoa.

Esta técnica “*de ir e vir*” é o conceito chave em utilizar e ensinar o método clínico centrado na pessoa e requer prática e experiência.

Um questionamento frequente é: “*como é possível ter uma abordagem centrada na Pessoa dentro das condições de trabalho e de tempo disponíveis na*



## Abordagem Centrada na Pessoa

1. Explorando a enfermidade e a experiência com a doença.
  - História, Exame clínico, Laboratório;
  - Dimensão da doença (illness) – sentimentos, idéias, efeitos na função, expectativas;
2. Entendendo a Pessoa como um todo, inteira.
  - A Pessoa – história de vida, aspectos pessoais e de desenvolvimento.
  - O contexto próximo – família, emprego, comunidade, suporte social.
  - O contexto distante – cultura, comunidade, ecossistema.
3. Elaborando projeto comum de manejo.
  - Problemas e prioridades.
  - Objetivos do tratamento e ou manejo.
  - Papéis da Pessoa e do médico.
4. Incorporando prevenção e promoção da saúde
  - Melhorias da saúde
  - Evitar riscos; Redução de riscos.
  - Identificação precoce.
  - Redução de complicações.
5. Fortalecendo a relação médico-Pessoa.
  - Compaixão.
  - Poder.
  - Cura.
  - Autoconhecimento. (AWARENESS)
  - Transferência e contra-transferência.
6. Sendo realista.
  - Tempo e “timing”.
  - Equipe: construir e trabalharem.
  - Uso adequado dos recursos disponíveis.

### FIGURA 6.1

Os Componentes da Abordagem Centrada na Pessoa.

Fonte: adaptado de Stewart, 2003.

*realidade brasileira?*”. Esta interrogação na verdade tem se mostrado relevante em todas as realidades, pois o tempo disponível para a consulta pode ser um limitador da implementação. Em virtude disto tem se procurado levantar quais dos seis componentes são os mais importantes para garantir uma atenção centrada na Pessoa, mas o médico deve usar a continuidade e a longitudinalidade como recurso, desenvolver habilidades para estabelecer prioridades, alocar recursos, o trabalho em equipe, e conhecimentos como o fato de que se deixarmos uma Pessoa falar, por dois minutos sem interrupção, teremos



**FIGURA 6.2**

A interação entre os seis componentes do MCCP.

Fonte: Elaborado pelo autor com base em STEWART, 2003, p. 6.

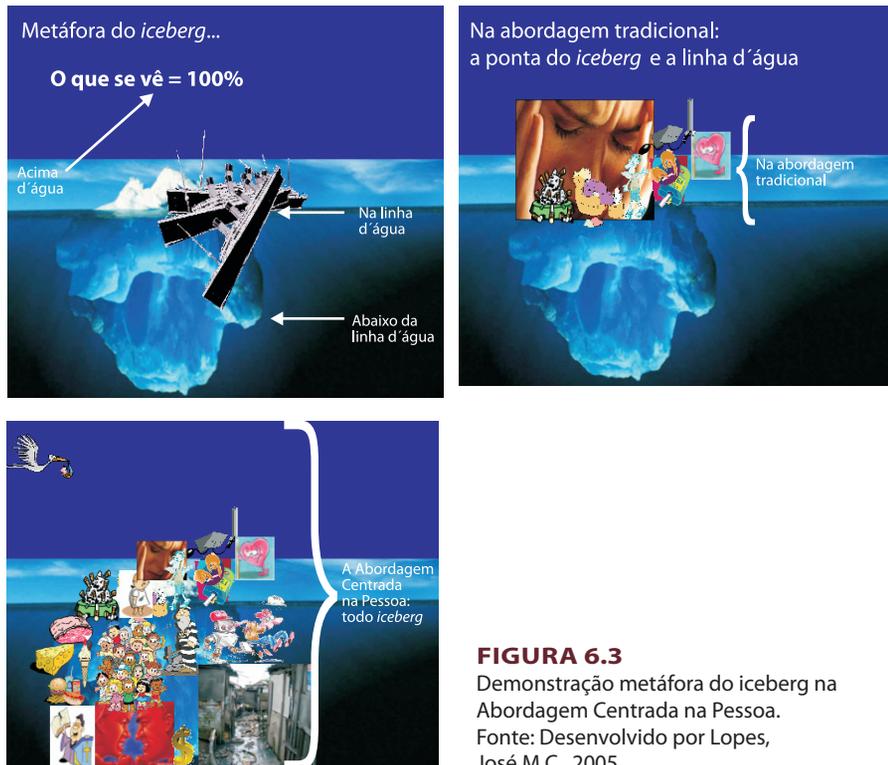
90% das informações necessárias para resolver seu problema, como citado no artigo "*Consultations do not have to be longer*" (Jenkins, 2002). Na verdade, o uso adequado do tempo está contemplado dentro do sexto componente: *Sendo realista*. E estudos mostram que o método clínico centrado na pessoa pode ser implementado com consultas de tempo variando sua duração média entre 13 e 15 minutos.

Outra forma de demonstrar a importância da Abordagem Centrada na Pessoa é utilizar-se da metáfora do *iceberg*: Ao olharmos um *iceberg*, visualizamos apenas 10% de sua totalidade. Estes 10% correspondem em sua maioria à parte que está **acima da linha d'água** e, também às partes que estão **na linha d'água** e que serão visualizadas ou não de acordo com a intensidade das ondas. Tudo que se encontra **abaixo da linha d'água**, não é visualizado. Se tentarmos ultrapassar o *iceberg* com um navio sem levar em conta o que está **abaixo da linha d'água**, podemos bater nele – a exemplo do Titanic – e



naufragar. Na abordagem às pessoas (Figura 6.3) também é assim, se não tivermos interesse, conhecimento e instrumentos para "visualizar" aquilo que não se encontra aparente (**abaixo da linha d'água**), deixaremos de trabalhar com aspectos fundamentais para prestação de um Cuidado à Saúde significativo.

Para um melhor aprofundamento da Abordagem Centrada na Pessoa são necessários a leitura e o estudo da bibliografia recomendada.



**FIGURA 6.3**

Demonstração metáfora do iceberg na Abordagem Centrada na Pessoa.

Fonte: Desenvolvido por Lopes, José M.C., 2005.





# 7

ATIVIDADE

## Andragogia e a ensinagem: o processo de ensino-aprendizagem do adulto

Esta atividade será desenvolvida em três etapas que estão respectivamente descritas nas próximas páginas. Leia todas as etapas para ter idéia da atividade como um todo.

### PLANO DE AULA

Objetivos	Metodologia	Conteúdos	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Refletir sobre como se dá o aprendizado de adultos</li> <li>■ Discutir técnicas de ensinagem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Através de uma técnica coletiva demonstramos a similaridade dos processos de aprendizagem do adulto e como são independentes do conteúdo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Andragogia</li> <li>■ Ensinagem</li> <li>■ Preceptoria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Avaliar a utilização dos conteúdos, pelos participantes, e discutir a reprodução das técnicas a serem multiplicado nos PRM em MFC.</li> <li>■ Uso de instrumento elaborado pela oficina para avaliação de cada técnica</li> </ul>

### BIBLIOGRAFIA

Aula	Obrigatória	Complementar
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Texto produzido para a complementação da técnica proposta pela oficina.</li> <li>■ FREIRE, Paulo. <b>A pedagogia da autonomia: saberes</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ BEAUCLAIR, João. <b>Oficinas psicopedagógicas como estratégias de formação: a arte da aprendizagem ou aprendizagem em arte.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ADIGO (2001) – Programa de Desenvolvimento de Líderes e Facilitadores. São Paulo.</li> </ul>





Aula	Obrigatória	Complementar
<p>necessários a prática educativa. Editora Paz e Terra: São Paulo, 1997, p.54.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ BOFF, Leonardo. <b>Tempo de transcendência</b>: o ser humano como projeto infinito. Editora Sextante: Rio de Janeiro, 2000, p. 60.</li> <li>■ KNOWLES, M. <b>Andragogy in Action</b>. San Francisco: Jossey-Bass, 1984.</li> <li>■ KNOWLES, M. <b>The Adult Learner: A Neglected Species</b> (3rd Ed.). Houston, TX: Gulf Publishing, 1984</li> <li>■ FERNÁNDEZ S. Néstor. <b>Andragogía</b>: su ubicación en la educación continua. Universidad Nacional Autónoma de México, 2001.</li> </ul>	<p>Artigo ainda não-publicado, 2004.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ GROSSI, Esther Pillar. <b>A coragem de mudar em educação</b>. Editora Vozes: Petrópolis, 2000, p..15.</li> <li>■ FREIRE, Paulo. <b>Pedagogia dos sonhos possíveis</b>. Editora Paz e Terra: Rio de Janeiro, 1992.</li> <li>■ FREIRE, Paulo. <b>Pedagogia do oprimido</b>. Paz e Terra: Rio de Janeiro, 1987.</li> <li>■ CAVALCANTI, Roberto Albuquerque. Texto publicado na <b>Revista de Clínica Cirúrgica da Paraíba</b> Nº 6, Ano 4, (Julho de 1999)</li> <li>■ UNESCO. <b>La Declaración de Hamburgo</b>. Memórias de la Conferencia Mundial de Educacion de Adultos. Bogotá, 1997.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ALCALÁ, Adolfo (1999) – <i>Es la Andragogía una Ciencia?!</i>. Ponencia. Caracas.</li> <li>■ CANARIO, Rui. <b>Educación de Adultos, um campo e uma problemática</b>. Lisboa: Educa, 1999.</li> <li>■ MARQUEZ, Adriana <b>Andragogía</b>: Propuesta Política para una Cultura Democrática en Educación Superior. Santo Domingo, República Dominicana, 1998</li> <li>■ STEINER Rudolf. <b>A Arte da Educação I e II – Antroposófica</b>. São Paulo, 1988.</li> <li>■ NEWMWN P; PEILE E. <b>Valuing learners’ experience and supporting further growth</b>: educational models to help experienced adult learners in medicine. <i>BMJ</i> 2002; 325: 200-202 (27 July.)</li> </ul>

**Horário:** \_\_\_\_ : \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**Duração:** 60 minutos

**Coordenador principal:** \_\_\_\_\_

**Coordenador auxiliar:** \_\_\_\_\_

**Material necessário:** Data-show, quadro ou papel e canetas hidrocor

## DESCRIÇÃO DA TÉCNICA

### 1ª Etapa

Será realizada uma introdução à atividade utilizando o texto *Andragogia/Ensino*.

#### *Andragogia/Ensino*

A idade adulta traz a independência. O indivíduo acumula experiência de vida, aprende com os próprios erros, apercebe-se daquilo que não sabe e o





quanto este desconhecimento faz-lhe falta. Escolhe e classifica como útil ou inútil cada informação que recebe.

## 2ª Etapa

Atividade em Grupo:

Divida os participantes em quatro grupos de no máximo sete pessoas, conte a eles a seguinte história:

Certo dia, numa comemoração, seus amigos tomam a decisão de que você vai ser o cozinheiro de um jantar especial. No dia do jantar, todos ficam encantados com o seu desempenho, e um de seus colegas o procura com o objetivo de aprender a fazer o prato principal do jantar. Um dos presentes ao jantar quer que você o ensine a fazer o prato do jantar. E virá amanhã para isto.”

Definir o prato (O coordenador pode colocar aqui a criatividade e adequar o cardápio ao local onde está sendo feita a oficina. Ex: moqueca, feijão tropeiro, vatapá, pato no tucupi, peixe na telha, carreteiro de charque etc.).

Cada grupo escolherá um cozinheiro e um aprendiz, que conversarão sobre o prato que será ensinado. Os demais participantes apenas observarão. O cozinheiro deverá expor ao aluno porque aprendeu a fazer esse prato, como e onde aprendeu a fazê-lo antes de ensiná-lo. Um dos observadores fará o relato das combinações para o processo de ensinagem estabelecido frente ao grupo.

Os grupos terão 20 minutos para elaborar um roteiro de apresentação do contrato de ensinagem e a forma como ocorreu o processo. A seguir, terão 10 minutos para apresentar ao colegas.

Durante a apresentação para os demais participantes, o coordenador da tarefa deverá registrar na tabela, cujo modelo está abaixo, as motivações, a vontade de aprender, a orientação para a aquisição do conhecimento e a experiência prévia do material recebido de cada grupo, estabelecendo um paralelo entre eles.

OBS: As perguntas: O quê?, Por quê? e Como? Elas serão as norteadoras da devolução com a complementação teórica.

## 3ª Etapa

Após os grupos realizarem as apresentações, o coordenador realizará o fechamento sobre Andragogia e Ensinagem, por meio de exposição dialogada.





**TABELA 7.1**

Quadro para tabulação da técnica O quê? Por quê? Como? Onde aprendeu?

O quê? Nome do prato	Por quê?	Como?	Onde aprendeu?	Obs:

Fonte: autores.

Reforçar os seguintes pontos:

- Experiência - Numerosas situações de formação. São as próprias pessoas, por meio de sua experiência, que constituem o recurso mais rico para as suas próprias aprendizagens.
- Vontade de aprender - As pessoas estão dispostas a iniciar um processo de aprendizagem, desde que compreendam a sua utilidade, para melhor enfrentar os problemas reais da sua vida pessoal e profissional.
- Orientação - Nos adultos, a aprendizagem é orientada para a resolução de problemas e tarefas com que se confrontam na sua vida cotidiana (o que desaconselha uma lógica centrada nos conteúdos).
- Motivação – As pessoas são sensíveis a estímulos de natureza externa (notas etc.), mas são os fatores de ordem interna que as motivam para a aprendizagem (satisfação, autoestima, qualidade de vida etc.).

## TEXTO DE APOIO

### Ensinação e andragogia

Carmen Luiza C. Fernandes

## Ensinação

*Não existem pessoas sem conhecimento. Elas não chegam vazias. Chegam cheias de coisas. Na maioria dos casos trazem juntas consigo opiniões sobre o mundo, sobre a vida.*

Paulo Freire





*Pensar certo – e saber que ensinar não é transferir conhecimento é fundamentalmente pensar certo – é uma postura exigente, difícil, às vezes penosa, que temos de assumir diante dos outros e com os outros, em face do mundo e dos fatos, ante nós mesmos.*

Paulo Freire

## **Andragogia**

*É a arte e a ciência destinada a auxiliar os adultos a aprender e a compreender o processo de aprendizagem dos adultos.*

Knowles

A necessidade de conhecimento tem passado por modificações decorrentes da complexidade e das mudanças que ocorrem na sociedade atual. No entanto, o ensino precisa atender a essas demandas levando em consideração a necessidade do aprendiz, a experiência acumulada e o objetivo do aprendizado para a elaboração de um plano de como deverá desenvolver-se. A isto denominamos plano de ensino-aprendizagem.

Muito temos falado da necessidade de mudar a visão pedagógica para uma visão voltada ao atendimento das necessidades do adulto, a andragogia. O indivíduo adulto quando resolve aprender algo novo geralmente o faz com seus objetivos e sua aplicabilidade definidos, para tanto, faz uso de métodos que conhece e que considera eficaz para o atendimento de sua necessidade. Neste processo, o indivíduo seleciona as informações e as classifica de acordo com a sua meta. Esta característica, adquirida na vida adulta, infelizmente é ignorada pelos sistemas tradicionais de ensino. Nossas escolas e universidades ainda tentam ensinar adultos sem levar em consideração a experiência acumulada e a construção dos objetivos a partir da aquisição de um novo conhecimento.

As necessidades sentidas levam-nos a pensar em mudanças, na metodologia a ser usada para treinar profissionais médicos a nível de pós-graduação como a residência médica, onde deve haver uma horizontalidade do processo que torne o professor um facilitador e o aprendiz em “sujeito” do seu processo de formação.

No texto usaremos o termo preceptor como está descrito para a formação de médicos de família e comunidade visto que a característica de facilitador deve ser parte da função de preceptor.

Pesquisas de Kelvin Miller, citadas por Rodrigo Goecks em *Educação de adultos: uma abordagem andragógica*, afirmam que estudantes adultos aprendem apenas 10% do que ouvem, após 72 horas. Entretanto, são capazes de lembrar 85% do que ouvem, vêem e fazem, após as mesmas 72 horas.

Com base nesse conhecimento, o processo de aprendizagem do adulto deve sair do plano do pensar e passar a um plano em que o sentir permita-lhe





fazer as conexões necessárias para provocar a mudança, levando o indivíduo adulto do conhecer para o compreender e deste para a ação.

A essência do contrato de ensino-aprendizagem, na formação de médicos residentes, deverá ser a participação de ambos, preceptor e residente na elaboração deste, orientados pelos princípios da Horizontalidade e da Participação.

Alcalá Adolfo, em “A Prática Andragógica em Adultos de Idade Avançada”, define:

“A Andragogia é a ciência e a arte que, sendo parte a Antropologia e estando imersa na Educação Permanente, se desenvolve através de uma prática fundamentada nos princípios da Participação e da Horizontalidade, cujo processo, orientado com características sinérgicas pelo Facilitado do aprendizado, permite incrementar o pensamento, a autogestão, a qualidade de vida e a criatividade do participante adulto, com o propósito de proporcionar uma oportunidade para que se atinja a autorrealização.”

Argumentos que fundamentam a aprendizagem através de uma metodologia andragógica para o treinamento de médicos nos programas de residência médica:

1. Necessidade de adequar a proposta curricular ao contexto de cada cenário didático.
2. Necessidade de conhecer os aspectos psicofísicos e sociais do residente, assim como seu grau de desenvolvimento como forma estabelecer um adequado contrato de ensino-aprendizagem.
3. Necessidade de descobrir incoerências entre o ensinar e o fazer que possam encobrir situações significativas ao aprendizado e ao seu desempenho no cotidiano.
4. Necessidade de conhecer as variáveis psicossociais, institucionais, de comunicação e de conhecimento presentes no cenário do processo docente-assistencial.

Quando fazemos a investigação da situação de formação não negamos os elementos tradicionalmente eficazes e imprescindíveis, passamos a uma postura de aprender a aprender. Os conhecimentos adquiridos anteriormente são aproveitados e passam a ser compartilhados, construindo, desta forma, uma aprendizagem real, e não uma repetição do conhecimento.

De acordo com Knowles (1976) a andragogia apoia-se em quatro hipóteses sobre as características do adulto enquanto “aprendiz”. Essas quatro hipóteses consideram que, ao atingir a idade adulta, o indivíduo:





1. Modifica o seu autoconceito, deixando de ser um indivíduo dependente para ser um independente e autogerido.
2. Acumula uma crescente reserva de experiências e, conseqüentemente, um maior volume de recursos para a aprendizagem.
3. Tem sua motivação de aprendizagem cada vez mais orientada para buscar desenvolver seus papéis sociais.
4. Modifica sua “perspectiva de tempo” em relação à aplicação do conhecimento. Para os adultos, o maior interesse é de conhecimentos com aplicação imediata e, em conseqüência, sua aprendizagem deve deixar de ser centrada no conteúdo para se centralizar no problema.

### **Princípios da aprendizagem de adultos**

Em 1960, Gibb publicou uma lista de seis princípios sobre a aprendizagem de adultos que representam um conjunto de diretrizes para que possamos obter um ambiente de aprendizagem de adultos efetiva.

Os princípios adaptados ao cenário para formação de médicos residentes devem ser:

1. A aprendizagem deve ser centrada em problemas.  
Muitas das experiências de aprendizagem consistem em um conflito entre o preceptor que vê os problemas do seu próprio quadro de referências, e o residente, que possui outro conjunto de experiências a partir das quais derivam percepções diferentes para o conjunto de problemas.
2. A aprendizagem deve ser centrada em experiências.  
O problema do preceptor para desenvolver uma atmosfera de aprendizagem adequada é ajudar para que as experiências escolhidas e oferecidas estejam relacionadas com o contrato de “ensinagem” a ser trabalhado pelo residente.
3. A experiência deve ser significativa para o aprendiz.  
As diferentes limitações do residente em experiências, idades, equilíbrio emocional e aptidão mental podem limitar ou bloquear a sua percepção de quanto a experiência oferecida é significativa para seu aprendizado.
4. O aprendiz deve ter liberdade de analisar a experiência.  
A aprendizagem é uma experiência social, portanto, ela sempre será única, subjetiva, mas deverá ser oferecida ao aprendiz um cenário permissivo, de apoio, de aceitação, livre, espontâneo e centrado na realidade e no indivíduo.





5. As metas e a pesquisa devem ser estabelecidas e executadas conforme o contrato realizado pelo binômio preceptor-residente.  
O residente deve sentir-se livre para errar, explorar alternativas para solução dos problemas e participar das decisões sobre a organização do seu ambiente de aprendizagem.
6. O residente deverá receber uma avaliação sobre o seu progresso em relação às metas estabelecidas de maneira permanente.

Uma oportunidade na avaliação formativa deve ser capaz de proporcionar ao residente, o que poderá ocorrer nas avaliações periódicas ao longo do curso. Para tanto, é necessário que o curso seja compartimentado em módulos ou unidades capazes de serem “isoladamente avaliadas”, de forma a dar uma avaliação continuada no decorrer do curso.

Gilberto Teixeira em *A andragogia e seus princípios* apresenta uma relação das características dos adultos como aprendizes, comentando as consequências dessas sobre a sua aprendizagem, descrição pertinente ao processo que ocorre com médicos durante a sua fase de especialização.

### **Características dos adultos como aprendizes e suas consequências na aprendizagem**

1. Adultos possuem uma razoável quantidade de experiências.  
Consequências: os adultos podem ser usados como “recursos de aprendizagem”; as estratégias de aprendizagem dos adultos devem encorajar a troca de ideias e experiências.
2. O corpo dos adultos, sendo relativamente muito maior que os das crianças, está sujeito a maiores pressões e estímulos gravitacionais.  
Consequência: o conforto físico é importante para a aprendizagem de adultos. Pouco ou excesso de conforto podem ser desastrosos.
3. Adultos possuem conjuntos de hábitos fortemente sedimentados.  
Consequência: os hábitos e as preferências dos adultos devem ser, na medida do possível, considerados e atendidos.
4. Adultos tendem a ter grande orgulho de si próprio.  
Consequência: os adultos respondem muito bem às oportunidades de desenvolvimento, ao autodirecionamento e às responsabilidades em seu processo de aprendizagem.
5. Adultos, em geral, têm coisas tangíveis a perder.  
Consequência: a ênfase deve ser na promoção do sucesso ao invés de revelar as deficiências.
6. Adultos têm que tomar decisões e resolver problemas.  
Consequências: a aprendizagem centrada em problemas pode ser mais efetiva, além de ser mais agradável.





- 7.** Adultos tendem a ter um grande número de preocupações e de problemas a resolver fora da situação de aprendizagem.  
Consequência: as demandas da experiência de aprendizagem não devem ser irreais. Deve haver um balanceamento adequado entre o tempo necessário para apresentação da situação de aprendizagem e o tempo necessário para a obtenção da aprendizagem.
- 8.** Os adultos na sociedade moderna são cada vez mais pressionados por um grande número de opções.  
Consequência: aprender a decidir é uma aptidão importante.
- 9.** Os adultos tendem a ter comportamentos grupais de acordo com suas próprias necessidades.  
Consequência: usualmente os adultos adotam comportamentos que fazem com que suas necessidades sejam atendidas pelo grupo. Devem ser cultivados os comportamentos que sejam úteis aos indivíduos e aos grupos.
- 10.** Adultos tendem a ter bem-sedimentadas suas estruturas emocionais, consistindo de valores, atitudes e tendências.  
Consequência: mudanças são perturbadoras. É mais provável obter mudanças de comportamento em um ambiente não ameaçador e onde exista em alto grau a participação e o engajamento.
- 11.** Adultos tendem a ter bem-desenvolvidos seus “filtros” seletivos dos estímulos.  
Consequência: a maioria dos adultos só ouve aquilo que deseja ouvir. O ensino, para ser eficaz, deve focalizar em mais de um sistema sensorial para que possa penetrar nos “filtros” que o adulto usa para barrar aqueles estímulos que são considerados desagradáveis, desinteressantes ou perturbadores.
- 12.** Os adultos tendem a responder positivamente a “reforços” negativos ou positivos de aprendizagem.  
Consequência: os “esforços” de aprendizagem (tanto negativos como positivos) devem ser usados em graduações variadas.
- 13.** Adultos tendem a ter impressões e opiniões muito sedimentadas sobre situações de aprendizagem.  
Consequência: só boas e bem-sucedidas experiências de aprendizagem encorajam a formação de atitudes positivas
- 14.** O adulto, na sociedade moderna, tem um receio íntimo de fracassar e ser substituído.  
Consequência: a situação de aprendizagem deve dar oportunidades de desenvolver autoconfiança.







# 8

ATIVIDADE

## A ensinagem centrada no residente

**Dia 3:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Esta atividade será desenvolvida em três etapas que estão respectivamente descritas nas próximas páginas. Leia todas etapas para ter idéia da atividade como um todo.

### PLANO DE AULA

Objetivos	Metodologia	Conteúdos	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Utilizar a Abordagem Centrada na Pessoa para estabelecer a importância de personalizar o ensino através da atenção as necessidades do residente no processo de aprendizado.</li> <li>■ Estabelecer uma relação entre a Abordagem Centrada na Pessoa e a Ensinagem Centrada no Residente.</li> <li>■ Estabelecer uma relação entre "ser médico" e "ser preceptor".</li> <li>■ Discutir o manejo de situações frequentes entre residentes e preceptores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Exposição dialogada.</li> <li>■ Debates sobre cenas filmes.</li> <li>■ Atividade em grupo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ensinagem centrada no aluno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Utilização dos conteúdos como referenciais, pelos participantes, nas atividades da Oficina.</li> <li>■ Ficha avaliação.</li> <li>■ Oportunizar aos participantes avaliação oral.</li> </ul>





## BIBLIOGRAFIA

Aula	Obrigatória	Complementar
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ STEWART, Moira. <b>Paciente-centered medicine:</b> transforming the clinical method. 2. ed. Abingdon, United Kingdom: Redcliffe Medical, 2003.</li> <li>■ LOPES, José M.C. <b>A pessoa como centro do cuidado:</b> a abordagem centrada na pessoa no processo de produção do cuidado médico em serviço de atenção primária à saúde Porto Alegre, 2005. <a href="http://www.agmfc.org.br">www.agmfc.org.br</a></li> <li>■ <b>A Sociedade dos Poetas Mortos</b>, filme.</li> <li>■ <b>Golpe do Destino</b>, filme.</li> <li>■ <b>Dr. Hollywood</b>, filme.</li> <li>■ <b>Clube do Imperador</b>, filme.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ MCWHINNEY, Ian R. <b>A text-book of family medicine.</b> 2. ed New York: Oxford University Press, 1997.</li> <li>■ LOWN, Bernard. <b>A arte perdida de curar.</b> São Paulo: Fundação Petrópolis, 1997.</li> <li>■ HELMAN, Cecil G. <b>Cultura, saúde e doença.</b> 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ CASSEL, E. The nature of suffering and the goals of medicine. <b>The New England Journal of Medicine</b>, Boston, v. 306, p. 639-645, 1982.</li> <li>■ CHIN, J. J. Doctor-patient relationship: from medical paternalism to enhanced autonomy. <b>Singapore Medical Journal</b>, Singapore, v. 43, n. 3, p. 152-155, 2002.</li> <li>■ EMANUEL, Ezekiel J.; Emanuel, Linda L. <b>Four models of the physician-patient relationship.</b> Journal of the American Medical Association, Chicago, v. 267, n. 16, p. 2221-2226, Apr. 1992.</li> </ul>

**Horário:** \_\_\_\_ : \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**Duração:** 30 minutos

**Coordenador principal:** \_\_\_\_\_

**Coordenador auxiliar:** \_\_\_\_\_

**Material necessário:** Data-show Descrição da Técnica

Esta atividade será desenvolvida em três etapas, sendo complementar e interligada com as duas atividades anteriores (Abordagem Centrada na Pessoa e Aprendizado do Adulto)

### 1ª Etapa

- O coordenador da atividade realizará apresentação audiovisual sobre o tema – *Ensinação Centrada no Residente* – deixando um espaço aberto para perguntas e interrupções dos presentes. Ao final da apresentação, será aberto um espaço para a discussão.





## 2ª Etapa

- O Coordenador divide a turma em 7 grupos, destinando a cada grupo uma situação que envolve a *performance* do residente a ser supervisionado e do preceptor, na forma de descrição de casos. Cada um dos grupos receberá uma relação dos componentes da ensinagem centrada no residente e da abordagem centrada na pessoa.
- Cada grupo terá 20 minutos para discutir e definir o manejo/intervenção mais adequado à situação-problema.
- Cada grupo terá 10 minutos para apresentar a situação problema que lhe coube (que estará disponível na apresentação do Coordenador) e o manejo proposto; os demais participantes acrescentarão sugestões, sempre com espírito: “o que eu faria diferente”. O modo de apresentar pode ser decidido pelo grupo. Ao final de cada apresentação, o coordenador fará o fechamento.

## 3ª Etapa

- O coordenador realizará a conclusão com uma exposição dialogada sobre os principais aspectos que caracterizam a Ensinagem Centrada no Residente.

## TEXTO DE APOIO

### A ensinagem centrada no residente

*José Mauro Ceratti Lopes*

Passaremos a estabelecer uma relação entre a Abordagem Centrada na Pessoa e a Ensinagem Centrada no Residente.

Utilizando-se da visão sistêmica, podemos verificar que os conhecimentos ao serem desenvolvidos passam a ter aplicação em diferentes áreas, através de adaptações. Assim é com o “*Centrado no*”, que da psicologia passou a ser utilizado na Medicina, na Educação, na Economia, e em diversas outras áreas que envolvem relações interpessoais.

A mudança do ensino tradicional *centrado no preceptor* para um processo de educação *centrado no residente* possibilita uma centralização da aprendizagem mais na pessoa, que necessita apreender (*residente*), do que no transmissor (*preceptor*). Está comprovado que um processo nesses moldes (centrado no residente) aumenta a motivação para a aprendizagem, pois aprendizagem e diversão podem convergir.





Essa mudança de foco, da educação centrada no preceptor para a centrada no residente, não sugere que o preceptor perca subitamente o seu papel, que continuará sendo valorizado no contexto da educação centrada no residente e sendo essencial para criar e estruturar a experiência de aprendizagem. A diferença é que na educação centrada no preceptor, os interesses e o *background* deste influenciam fortemente os conteúdos, com muito da atividade de ensino passando pelo preceptor falando ou determinando e os residentes ouvindo ou executando. Num modelo “*como eu faço*”, “*eu trato assim*”, “*na minha experiência*”.

A *ensinagem centrada no residente* (ECR) começa com uma avaliação das habilidades, do estilo de aprendizagem, o contexto social, e outros importantes fatores que afetam a aprendizagem. É necessário usar estratégias que estruturam a experiência de aprendizagem do residente, sendo o preceptor mais ativo, através de discussões, debates, pesquisas e colaboração em projetos.

O ensino da MFC, além de voltado para as necessidades de saúde da população, na sua nova concepção, deve ser centrado no residente, que deve ser estimulado a adotar uma postura ativa, dentro de um processo de criação de oportunidades de aprendizagem, que lhe permita aprender a usar o método científico, buscando o conhecimento e avaliando as informações disponíveis e desenvolvendo sua capacidade de análise, na busca do melhor desempenho profissional\* e prestação de cuidado para cada pessoa-que-busca-ajuda.

O *currículo* do programa, não deve ser estruturado de forma fragmentada, pois a realidade não se apresenta assim, sendo os problemas de saúde, decorrentes de aspectos multifatoriais (biológicos, psicológicos, sociais, econômicos e culturais) concomitantes e complexos. Portanto, a educação do MFC deve servir para prepará-los a enfrentar essa diversidade e complexidade da profissão, capacitando-os a integrar conhecimentos (disciplinas) através de recursos cognitivos, afetivos e psicomotores necessários à prestação de um cuidado efetivo e adequado às pessoas, famílias e comunidades.

Esta tríade: *cognição, afeto e psicomotricidade* compõem o que chamamos Taxonomia de Bloom. Benjamin Bloom e seus colegas criaram uma divisão de objetivos educacionais em três partes:

---

\* Mariano Enguita indica cinco características essenciais para uma profissão:

1. competência: deve ser o produto de uma formação específica, geralmente de nível universitário. Seu saber não pode ser discutido por leigos. Somente um profissional pode julgar o outro e somente a profissão podem controlar o acesso de novos membros;
2. vocação: são serviços prestados à humanidade;
3. licença: reconhecida e protegida pelo Estado, pois vê nela uma necessidade para a sociedade;
4. independência: há de existir uma independência parcial com relação à sua ação na sociedade, regulada por uma institucionalização;
5. auto-regulação: controle de suas atividades e membros por meio de um código de ética ou deontológico.





- **cognitiva:** objetivos que enfatizam relembrar ou reproduzir algo que foi aprendido, ou que envolvem a resolução de alguma atividade intelectual para a qual o indivíduo tem que determinar o problema essencial, então reorganizar o material ou combinar ideias, métodos ou procedimentos previamente aprendidos.
- **afetiva:** objetivos que enfatizam o sentimento, emoção ou grau de aceitação ou rejeição. Tais objetivos são expressos como interesses, atitudes ou valores.
- **psicomotora:** objetivos que enfatizam alguma habilidade muscular ou motora

O domínio cognitivo é dentre estes três, o mais frequentemente usado de acordo com a taxonomia dos objetivos educacionais de Bloom.

Os processos caracterizados pela taxonomia devem representar resultados de aprendizagem, ou seja, cada categoria taxonômica representa o que o indivíduo aprende, não aquilo que ele já sabe, assimilado do seu contexto familiar ou cultural.

Os processos são cumulativos, uma categoria cognitiva depende da anterior e, por sua vez, dá suporte à seguinte.

As referidas categorias são organizadas num gradiente em termos de complexidade dos processos mentais.

Neste sentido, a avaliação formativa, passa a ter como objetivo ajudar o estudante a amadurecer e a melhorar seu desempenho. A “medida” da aprendizagem representa-se por um processo de compreensão dos avanços, limites e dificuldades que os residentes estão encontrando para alcançar os objetivos propostos. Para isto deve ser percebida como um ato dinâmico que proporcione o acompanhamento do processo de aprendizagem do residente, com o necessário redirecionamento, possibilitando assim a chegada aos resultados estipulados. Deve possibilitar ao preceptor identificar e conhecer as dificuldades do residente e, proporcionar o tipo de ajuda mais adequada a ser prestado para que haja o desenvolvimento de suas potencialidades (do residente).

Não pode também ser descartada ou deixada de lado uma avaliação somativa, que certamente ajudará o preceptor a identificar a aprendizagem efetivamente ocorrida ao final dos módulos ou disciplinas do programa.

## **O método de educação médica centrada no residente**

Vamos tratar aqui da descrição do método de educação centrado no residente, um trabalho básico para ensinar, com paralelos com o método clínico centrado na pessoa, pois do mesmo modo que a relação médico-pessoa deve ser modificada, também deve a relação preceptor-residente.

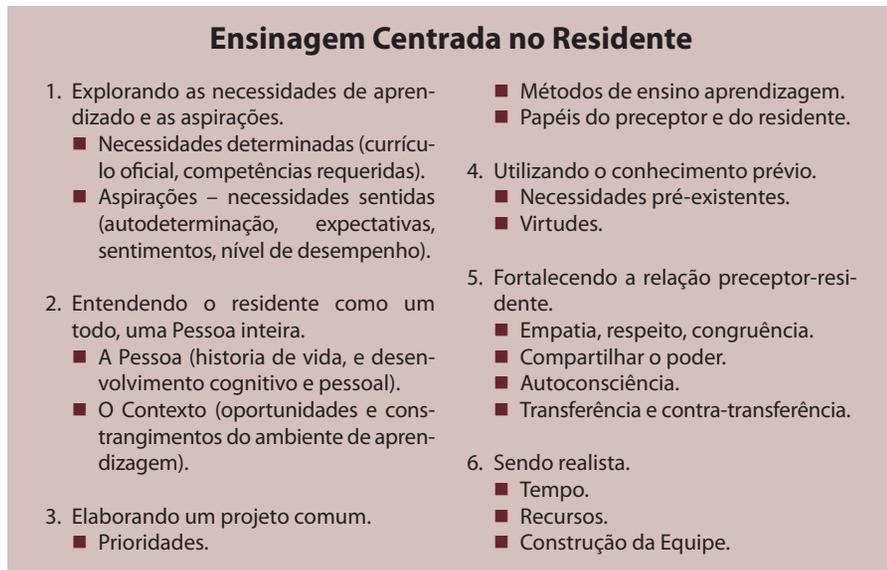




## Método de ensinagem centrado no residente

É composto dos seguintes (seis) componentes interativos do processo de ensino aprendizagem, mostrado na Figura 8.1.

Vamos tratar agora de cada um destes componentes:



**FIGURA 8.1**

Os Componentes da Ensinagem Centrada no Residente.

Fonte – Adaptado de Stewart (2003).

### *1. Explorando as necessidades de aprendizado e aspirações do residente.*

Na abordagem centrada no residente, preceptor e residente colaboram na definição dos objetivos para aprendizado. Estes objetivos estão baseados no valor de dois quadros potencialmente divergentes de objetivos de aprendizado. De um lado está o que é prescrito como necessidades – o “currículo oficial” ou a relação de requisitos para competência – e do outro lado, as aspirações ou necessidades sentidas do residente – seus interesses especiais, deficiências percebidas e sua noção de necessidades futuras. O papel do preceptor é transformar a percepção de que são antagônicos, em complementares. Uma estratégia de aproximação das necessidades necessárias com as sentidas é proporcionar ao residente oportunidade de experimentar as necessidades do saber, e isto pode ser alcançado através de:





- Histórias dos preceptores sobre seus próprios esforços para aprender.
- Dramatização com pessoas representando doentes.
- Seminários com residentes antigos que discutam a evolução do seu próprio entendimento das necessidades e dificuldades no aprendizado.
- Discussão com pessoas sobre qualidades que mais admiram nos médicos.

### *Caso 1*

Josué, R1 MFC, vem discutir o seguinte caso com seu preceptor: Foi chamado para uma visita domiciliar ao Sr. Carlos, que estava atendendo no ambulatório. A esposa do Sr. Carlos ao realizar o contato adiantou que o motivo era o Sr. Carlos ter estado internado devido a infarto agudo do miocárdio, que teve uma semana após ter consultado pela última vez com Josué. Josué está preocupado e quer orientação do preceptor, pois deseja colocar seu foco de aprendizado no manejo farmacológico dos fatores de risco cardíacos, pois está determinado a prestar um ótimo Cuidado para o problema cardíaco do Sr. Carlos e considera ter falhado em reconhecê-los na última consulta. Qual seria um manejo adequado para esta situação?

### *Comentários do Caso 1*

#### **Explorando as necessidades de aprendizado e as aspirações do residente**

A reação inicial do preceptor foi ressaltar a importância do entendimento da Pessoa com a doença (*disease*), e o valor de uma boa comunicação em melhorar a aderência e recuperação. Mas reconhecendo não ser esta a principal meta do aprendizado do Josué, decidiu explorar a experiência do residente com o Sr. Carlos. Descobriu que Josué sentia alguma culpa em não ter se certificado de todos os fatores de risco antes do infarto, e estava determinado a fazê-lo agora. O preceptor pediu a Josué para falar-lhe mais sobre a consulta – em percepção tardia tinha ele de fato esquecido algo importante? Juntos revisaram o prontuário. Josué tinha checado a PA, solicitado exames, e falado sobre dieta, exercício e cigarro. O Sr. Carlos tinha mencionado estar mais cansado que o de costume, mas não tinha dor no peito ou dispnéia. Estava trabalhando muitas horas a mais do que o normal, mas planejava tirar férias logo. Josué concordou que as férias eram uma boa ideia e pediu ao Sr. Carlos para retornar em três meses. O preceptor afirmou que ele concordava com esta abordagem e plano. E comentou “- mesmo quando nós fazemos tudo certo, podemos nos sentir chateados quando as coisas saem mal para as pessoas





que atendemos. Nossos sentimentos levam-nos a hiper-reagir fazendo mais testes ou não vendo outras necessidades da Pessoa”. E orientou Josué a realizar a visita domiciliar com o objetivo de “ver” como o Sr. Carlos estava diante deste novo momento de sua experiência com a doença (*illness*), e a partir daí voltariam a trabalhar juntos na construção de um plano de manejo.

## *2. Entendendo o residente como um todo, uma pessoa inteira*

Assim como existem duas importantes dimensões de entendimento do doente como uma pessoa inteira (o estágio da pessoa no seu ciclo de vida e seu contexto), existem duas dimensões para entender o residente como uma pessoa inteira:

1. a história de vida do residente, o desenvolvimento pessoal e cognitivo, e
2. o ambiente de aprendizado.

Maneiras de implementar isto:

- Não simplificar demais as necessidades emocionais de seus residentes concentrando-se em suas maiores deficiências de aprendizado.
- Entender que o aprendizado do residente é influenciado pelo fato de que os Residentes são diferentes em muitos aspectos importantes: experiência prévia de vida, cursos realizados, estilo preferido para aprender, disposição para correr riscos, autoconfiança, e resistência para mudar.
- Não colocar o residente em situações desconfortáveis.
- É também essencial identificar “virtudes” pois, um tempo valioso não será gasto praticando habilidades dominadas, enquanto são ignoradas áreas de deficiência.
- Reconhecer quando seus residentes estão lutando com problemas pessoais que podem interferir com seu aprendizado, ajudando-os a reconhecer o problema e encaminhá-los para cuidado profissional apropriado.
- Ter em conta que formar um especialista não é apenas ensinar um quadro de conhecimentos, habilidades e atitudes, é também sobre transformar médicos jovens e despreparados em profissionais capazes – uma profunda e impressionante transformação!

Uma ementa ou programa define o curso de estudos que o residente deve digerir, mas não descreve as interações pessoais íntimas que levam para esta importante mudança, e neste aspecto o ambiente (Competitivo? Autoritário? Atmosfera é relaxada ou estressante, intimidante?) tem papel fundamental.





## Caso 2

Ronaldo, residente de primeiro ano, queria ser jogador de vôlei e tinha um futuro promissor. Uma lesão no joelho em acidente de carro encerrou sua carreira prematuramente e fez com que se interessasse pela medicina. Queria fazer cirurgia, mas descobriu ser alérgico ao látex, e direcionou-se para a MFC. Ronaldo era sempre firme, decidido e gostava de estar com a razão. Defendia seus diagnósticos e decisões terapêuticas de forma combativa, com dificuldades para manter-se aberto a sugestões dos colegas e preceptores e nestas ocasiões aumentava sua defesa, repercutindo no Cuidado das pessoas que atendia.

Qual seria um manejo adequado para esta situação?

Com qual dos componentes da Ensinagem Centrada no Residente pode-se estabelecer uma relação?

## Comentários do Caso 2

### Entendendo o residente como um todo, uma pessoa inteira

O confronto com Ronaldo, através do questionamento de suas decisões, sempre era percebido como uma ameaça e aumentava suas defesas, pois sua maneira agressiva pode ser considerada uma reação devido aos seus sentimentos de medo e insegurança. Uma estratégia que deu resultados foi o preceptor propor trabalharem juntos e desenvolver seu raciocínio clínico, através de uma busca do entendimento de como ele tomava suas decisões clínicas, identificando suas facilidades e fraquezas, bem como os fatores inconscientes que poderiam influenciar seu pensamento, podendo ser utilizado a resolução por problemas e uma discussão sobre o valor da “reflexão sobre a ação”.

## Caso 3

Esta é a terceira queixa de pessoas atendidas pelo novo residente André Been. Todas têm o mesmo tema: as pessoas queixavam-se de que André parecia distante e pouco cuidadoso. Isto causa surpresa ao preceptor, pois André tinha sido um dos melhores alunos do curso na graduação, e nas discussões de caso demonstrava estar sempre atualizado nas últimas recomendações de tratamento baseadas em evidência. Além disso, parecia genuinamente preocupado com as pessoas. Ao conversar com o André Been, ele ficou confuso a respeito disto e expressou surpresa – ele gostava de medicina de família e várias pessoas antes tinham expressado apreciação pelo seu interesse e disponibilidade, não tendo uma explicação por alguns estarem felizes com o seu cuidado e outros





estarem se queixando.

Qual seria um manejo adequado para esta situação?

Com qual dos componentes da Ensinagem Centrada no Residente pode-se estabelecer uma relação?

### *Comentários do Caso 3*

#### **Entendendo o residente como um todo, uma pessoa inteira**

O preceptor inicialmente ficou surpreso pelos motivos já expostos, e perguntou-se se o temperamento quieto e reservado de André era mal interpretado, pois alguns estudantes são fascinados pelas pessoas e parecem ser capazes de interagir confortavelmente com qualquer uma; outros são mais atentos ao mundo das ideias e das coisas, e talvez esta fosse a explicação.

Uma das opções era esperar e ver como as coisas evoluíam (se mais situações iriam surgir); mas isto acarretaria perder a oportunidade de que André Been tomasse consciência sobre si mesmo, e também seria injusto com as pessoas por ele atendidas.

Então o mais adequado foi falar com André Been, lidar com sua surpresa frente à situação, elogiá-lo por ter pessoas que gostavam de seu atendimento, e sugerir que esta seria uma oportunidade de aprender mais a respeito de sua interação com as pessoas e descobrir comportamentos que fazem a diferença. Lembrar sobre contato visual...

### **3. Elaborando um projeto comum de aprendizado**

Existem elementos-chaves na busca de um plano comum na abordagem centrada no residente:

- Estabelecendo prioridades.
- Escolhendo métodos apropriados de ensino-aprendizagem.
- Determinando o papel do preceptor e do residente.

#### **Estabelecendo Prioridades**

As dificuldades surgem quando há um conflito entre o que o residente deseja aprender e o que o preceptor deseja ensinar, ou residentes podem tornar-se frustrados quando existem tantos objetivos estabelecidos pelo programa que não há tempo disponível para abordar tópicos de interesse particular.





Quando o currículo oficial reflete a realidade da prática, não sendo apenas um obstáculo a ser superado, tal conflito é menos provável.

- Respeitar inteligência, bom senso e boas intenções dos residentes, envolvendo-os nas decisões sobre o que aprender, quando aprender, quanto aprofundar o foco e como avaliar seu aprendizado.

#### *Caso 4*

Roger Silva, um residente do primeiro ano de medicina de família, vem sendo presença infrequente nos seminários de saúde mental. Ele argumenta que “- a maior parte desta coisa é apenas bom senso e preciso de mais tempo para aprender insuficiência cardíaca e DPOC”. E não comparece, apesar das advertências.

Qual seria um manejo adequado para esta situação?

Com qual dos componentes da Ensinagem Centrada no Residente pode-se estabelecer uma relação?

#### *Comentários do Caso 4*

##### **Elaborando um projeto comum de aprendizado**

Uma forma de resolver esta situação é proporcionar ao residente confrontar-se com situações onde se defronte com a necessidade de aprendizado que esta sendo desvalorizada.

No caso de Roger Silva, foi solicitado que passasse a atender Olívia. Olívia era uma mulher de 75 anos, com câncer pulmonar metastático que tinha entrado em conflito com todos os seus provedores de cuidado. Roger não podia entender porque ela insistia em ser tão difícil e não conseguir estabelecer uma relação confortável. Apesar do seu jeito rude, ele apreciava sua determinação e estoicismo. Quando ele discutia os planos de cuidado com ela, ele soube que os familiares venderam todos os seus pertences e cancelaram o aluguel do seu apartamento, colocando-a numa clínica. Eles tinham vendido até mesmo suas roupas e suas jóias. Roger ficou furioso com a família de Olívia e ficou se perguntando como eles podiam se comportar de maneira tão cruel. Por orientação do preceptor explorou mais a dinâmica da família, construiu genograma, e descobriu que esta não era a primeira vez que eles agiam assim. Ele começou a entender porque Olívia mantinha as pessoas à distância – seria muito perigoso arriscar-se a confiar em qualquer pessoa baseada em uma vida de frustração. Ela parecia prever rejeição e estava determinada a rejeitar





antes que a rejeitassem. Os seminários de dinâmica de família começaram a interessar Roger à medida que ele aprendia como ter um melhor entendimento do funcionamento familiar podia auxiliá-lo a cuidar melhor das pessoas.

### *Método de ensino e aprendizagem*

Existem vários estudos demonstrando quais as características que os preceptores devem demonstrar:

- Competência clínica.
- Entusiasmo para ensinar.
- Habilidades para supervisão.
- Habilidades interpessoais efetivas.

### *Os papéis do preceptor e residente*

Preceptores funcionam como *facilitador; ego ideal e pessoal*; eles apóiam e encorajam residentes pela força de sua própria personalidade, que incorporam aspectos de seus preceptores em seu próprio desenvolvimento da identidade profissional, e geralmente criam estreito relacionamento pessoal com eles.

- Preceptores são “peritos”, autoridades formais e agentes socializantes; são guardiões das tradições da profissão e permanecem como depositários que decidem se cada residente cresceu ou não para ser admitido no nível profissional.

## **4. Construindo com aprendizado prévio**

No Método Clínico Centrado na Pessoa MCCP é importante para o médico conhecer problemas pré-existentes da Pessoa para que os problemas correntes sejam manejados no contexto de todos os problemas da pessoa. Do mesmo modo, preceptores necessitam conhecer as experiências prévias de aprendizado de seus residentes.

- Residentes não são “páginas em branco”: o conhecimento de virtudes, deficiências e interesses especiais, aceleram o processo de aprendizado.
- O programa pode ser visto como um espiral; o mesmo conteúdo pode ser encontrado em várias ocasiões, mas em cada vez ele vai ser assimilado em maior profundidade.





- Avaliar o progresso e dosar a progressão é também importante, especialmente quando residentes são afetados por uma experiência de intensa emoção.
- Continuidade sobre todo o processo é mais eficiente e efetivo.

### *Caso 5*

Nelson Martin, um residente de segundo ano de medicina de família, veio ao seu supervisor com questões acerca da pessoa que atendeu: uma mulher atraente de 27 anos, com sintomas vagos. Após fazer algumas perguntas, o preceptor rapidamente compreendeu que Nelson não explorara possíveis fontes psicológicas para seus problemas.

Qual seria um manejo adequado para esta situação?

Com qual dos componentes da Ensinagem Centrada no Residente pode-se estabelecer uma relação?

### *Comentários do Caso 5*

#### **Construindo com aprendizado prévio**

Isto não surpreendeu o preceptor que previamente reconhecera e discutira com Nelson seu desconforto com os relacionamentos, especialmente com mulheres jovens e atraentes. Ele pergunta a Nelson se ele tinha alguma teoria que explicasse porque ele não perguntara sobre a vida pessoal dela. Nelson lembrou-se imediatamente da conversa que haviam tido anteriormente. Juntos, exploraram como ele poderia ter abordado essa pessoa em especial e também decidiram reservar algum tempo para examinar mais esse ponto que causava desconforto em Nelson.

## **5. Fortalecendo a relação preceptor-residente**

A relação entre preceptor e residente é a mais importante variável afetando o resultado do aprendizado. Bons preceptores têm um desejo de ajudar outros apreenderem que transcende os problemas que o ensino cria. Ensinar demanda uma consideração positiva para com o residente mesmo quando seu comportamento pode frustrar ou aborrecer o preceptor. É essencial que haja uma congruência entre uma abordagem centrada na pessoa e o processo de ensiná-la, o nosso compromisso como preceptores é com o residente e não com assunto.





- Residentes não defender-se contra seu autoconhecimento, e podem colocar-se em conflito com seus preceptores sobre a necessidade de mudar.
- Frequentemente experimentam sentimentos ambivalentes sobre seus preceptores: por um lado eles desejam um relacionamento dependente onde suas obrigações são explicitadas e claramente limitadas; e por outro lado eles se ressentem do controle imposto e responsabilidades.
- O preceptor deve entender a complexidade da relação com os residentes, onde a transferência e replicação de sentimentos com outras figuras de autoridade do passado do residente podem estar presentes.
- Desenvolvimento de um clínico de “novato” para “expert” é um processo primariamente emocional e maturacional, semelhante ao desenvolvimento de uma criança da infância à idade adulta.

Existe um número de comportamentos do preceptor que contribuem para criação de um impasse com seus residentes:

- A necessidade para salvar, ser curador.;
- A necessidade de estar no controle.
- A necessidade de ser amado.
- A necessidade para trabalhar com conflitos não resolvidos na sua própria experiência de treinamento.
- Transbordamento da tensão na vida pessoal ou profissional do preceptor.
- Tensão entre o preceptor e o administrador da instituição.

Isto destaca a importância de uma relação aberta e saudável entre preceptor e residente caracterizada por *empatia*, *autenticidade* e *respeito* (consideração positiva). Este é um dos privilégios especiais do ensino: compartilhar dos esforços dos residentes para crescimento e autoatualização.

### Caso 6

Fiona, residente de primeiro ano, realizou seus meses iniciais sem problemas, mas a partir de determinado momento passou a ter dificuldades e aparentava instabilidade emocional, e demonstrava ansiedade e apreensão. Ao ser questionada pelo preceptor, relata estar com dificuldades com um caso de uma adolescente com quadro de bulimia.

Qual seria um entendimento possível do preceptor sobre o comportamento de Fiona?

Qual seria um manejo adequado para esta situação?





Com qual dos componentes da Ensinagem Centrada no Residente pode-se estabelecer uma relação?

### Comentários do Caso 6

#### Fortalecendo a relação preceptor-residente

O preceptor ao confrontar Fiona sobre sua impressão sobre suas dificuldades e mudanças, estabelece uma oportunidade para que ela fale sobre suas dificuldades, e ao ouvi-la atento às suas explicações investiga as causas pessoais que possam estar impactando na habilidade de cuidar de pessoas doentes, e busca visualizar caminhos para superação das dificuldades. Em função desta postura respeitosa e inspiradora de confiança, Fiona relata ao preceptor sua própria história de luta contra a bulimia da adolescência até os 20 anos. A facilidade de poder falar sobre seus problemas pessoais foi ter aprendido pelas suas experiências com seu preceptor que ele não julgaria seu comportamento passado, a ouviria e apoiaria na busca de superação deste problema, não se transformaria em seu terapeuta, permanecendo um preceptor, consciente de quanto o aconselhamento profissional seria importante para Fiona tanto pessoal quanto como profissionalmente.

## 6. Sendo realista

Preceptores devem reconhecer que eles não podem ser tudo o que as pessoas esperaram deles. Devem enfrentar o mito destrutivo de “ameaças” acadêmicas, constituído pela expectativa de serem *clínicos exemplares*, *pesquisadores proeminentes* e *professores soberbos*, o que pode gerar situações impossíveis de sobrecarga.

Não só este comportamento é autodestrutivo, mas ele também demonstra modelos pobres para o residente, que como consequência, podem estabelecer objetivos inalcançáveis para eles. E, ao contrário de servir de estímulo e modelo, o residente – evitando reproduzir o estilo de vida de seus preceptores e prevenir tensões – pode impor limitações inadequadas nas responsabilidades que irão assumir, resultando em estabelecer limites rígidos entre sua vida pessoal e profissional e perdendo oportunidades para aprendizado e crescimento. Exemplos de tal comportamento no cuidado primário incluem

- Trabalhar em locais em que as horas de trabalho são limitadas; interações são superficiais e todos problemas complexos são referidos (p.ex. *Walk-in clinics*); e limitando a prática ou a escala dos serviços prestados (recusar visitas domiciliares (VD), visitas hospitalar, cuidado





paliativo). Em cuidados especializados, médicos podem reduzir suas horas de consultório ou limitar seu alvo da prática.

- O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) requer médicos envolvidos, de modo pleno, com os problemas de suas pessoas, mas estabelecendo limites razoáveis onde muito tempo e energia serão gastos. Embora um manejo efetivo do tempo seja fácil, cada médico deve descobrir como conjugar a demanda das necessidades da prática e as necessidades familiares e pessoais.

Então, é importante que os preceptores acertem um equilíbrio para si mesmos e criem um ambiente de aprendizado no qual os estudantes possam descobrir como ser realistas.

Residentes necessitam oportunidades para trabalhar em Equipes efetivamente interdisciplinares, e colaborar com outros profissionais da saúde. Eles necessitam aprender como ser efetivos membros da equipe e líderes da equipe. Médicos têm tradicionalmente vistos a eles mesmos como líderes e tem relutado a aprender dos outros profissionais de saúde, isto é anacrônico e contra-produtivo. Jovens médicos em treinamento devem ter oportunidade de complementar seu treinamento tradicional aprendendo de preceptores de outras disciplinas. Ensino em equipe de preceptores é um método poderoso para estabelecer um modelo colaborativo de ensino e aprendizado. Outro caminho válido, no qual residentes aprendem sobre papel e função de outras profissões é compartilhando experiências com residentes de outras áreas.

### Caso 7

Júlia, R1, estava frequentemente atrasada ao final de seu ambulatório. Pessoas e equipe foram queixar-se, e o preceptor agendou encontro para discutir com ela. Júlia atribuiu o problema ao “overbooking”.

Qual seria um entendimento possível do preceptor sobre o comportamento de Júlia?

Qual seria um manejo adequado para esta situação?

Com qual dos componentes da Ensinagem Centrada no Residente pode-se estabelecer uma relação?

### Comentários caso 7

#### Sendo realista

Ao conversar com Júlia o preceptor constata que ela estava vendo muito mais pessoas do que o tempo disponível – eles todos tinham problemas médicos





muito complexos e muitos deles também tinham problemas pessoais que estavam consumindo muito tempo. Ela sentia-se oprimida. O Preceptor quis saber como ele poderia acessar as dificuldades de sua colega residente. Ele decidiu abordar Júlia como um adulto aprendiz e perguntou o que eles poderiam fazer juntos para resolver estas necessidades. Ele ofereceu-se para acompanhá-la em um dia de ambulatório, para revisar a agenda e observá-la em alguns atendimentos. Fazendo isto observou que ela estava atendendo muitas pessoas e gastando muito tempo em atividades que poderiam ser realizadas por outros membros da equipe. Sua experiência prévia não havia preparado-a para um trabalho colaborativo com outros membros da equipe e como residente não sabia se poderia pedir ajuda para outros membros da equipe – que pareciam todos tão ocupados – para ajudá-la com as pessoas atendidas. O preceptor reconheceu que ele falhou em proporcionar a Júlia uma orientação adequada sobre o papel e função de uma equipe interdisciplinar em APS, e de um modelo de comunicação aberta e direta como um importante aspecto do bom trabalho em equipe.

### **3ª Etapa**

#### *Conclusão (Etapa 3)*

Neste capítulo, descrevemos os seis componentes do Ensino Centrado no Residente ilustrando os vários paralelos com o MCCR, com os seguintes pontos chaves:

- O modo dos preceptores se relacionarem com os residentes vai influenciar o modo pelo qual residentes interagem com as pessoas que atendem.
- É importante incorporar as ideias e pretensões do residente sobre o que ele deseja aprender em todo seu plano de treinamento.
- Existem duas dimensões de entendimento do residente como uma pessoa (inteira): a história de vida do estudante, e desenvolvimento pessoal e cognitivo; e o ambiente de aprendizado.
- Existem três elementos chave na busca de um projeto comum no Ensino Centrado no Residente:
  1. estabelecer prioridades de aprendizado;
  2. escolher métodos apropriados de ensino aprendizagem;
  3. determinar os papéis de residente e preceptor.
- Conhecimento prévio de virtudes, deficiências e interesses especiais do residente, acelera o processo de aprendizado e aumenta a intensidade e complexidade do conhecimento, habilidades e atitudes que podem ser dominadas.
- Sobretudo também, a relação entre preceptor e residente é a mais importante variável afetando o desfecho do aprendizado.





- Preceptores necessitam ser um modelo realista de suas responsabilidades demonstrando exemplar trabalho em equipe e tendo um estilo de vida equilibrado.

<b>Abordagem centrada na pessoa</b>	<b>Ensinação centrada no residente</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Explorando a enfermidade e a experiência com a doença.<ul style="list-style-type: none"><li>■ História, Exame clínico, Laboratório;</li><li>■ Dimensão da doença (illness) – sentimentos, idéias, efeitos na função, expectativas;</li></ul></li><li>2. Entendendo a Pessoa como um todo, inteira.<ul style="list-style-type: none"><li>■ A Pessoa – história de vida, aspectos pessoais e de desenvolvimento.</li><li>■ O contexto próximo – família, emprego, comunidade, suporte social.</li><li>■ O contexto distante – cultura, comunidade, ecossistema.</li></ul></li><li>3. Elaborando projeto comum de manejo.<ul style="list-style-type: none"><li>■ Problemas e prioridades.</li><li>■ Objetivos do tratamento e ou manejo.</li><li>■ Papéis da Pessoa e do médico.</li></ul></li><li>4. Incorporando prevenção e promoção da saúde<ul style="list-style-type: none"><li>■ Melhorias da saúde</li><li>■ Evitar riscos; Redução de riscos.</li><li>■ Identificação precoce.</li><li>■ Redução de complicações.</li></ul></li><li>5. Fortalecendo a relação médico-Pessoa.<ul style="list-style-type: none"><li>■ Compaixão.</li><li>■ Poder.</li><li>■ Cura.</li><li>■ Autoconhecimento. (AWARENESS)</li><li>■ Transferência e contra-transferência.</li></ul></li><li>6. Sendo realista.<ul style="list-style-type: none"><li>■ Tempo e “timing”.</li><li>■ Equipe: construir e trabalharem.</li><li>■ Uso adequado dos recursos disponíveis.</li></ul></li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Explorando as necessidades de aprendizado e as aspirações.<ul style="list-style-type: none"><li>■ Necessidades determinadas (currículo oficial, competências requeridas).</li><li>■ Aspirações – necessidades sentidas (autodeterminação, expectativas, sentimentos, nível de desempenho).</li></ul></li><li>2. Entendendo o residente como um todo, uma Pessoa inteira.<ul style="list-style-type: none"><li>■ A Pessoa (historia de vida, e desenvolvimento cognitivo e pessoal).</li><li>■ O Contexto (oportunidades e constrangimentos do ambiente de aprendizagem).</li></ul></li><li>3. Elaborando um projeto comum.<ul style="list-style-type: none"><li>■ Prioridades.</li><li>■ Métodos de ensino aprendizagem.</li><li>■ Papéis do preceptor e do residente.</li></ul></li><li>4. Utilizando o conhecimento prévio.<ul style="list-style-type: none"><li>■ Necessidades pré-existentes.</li><li>■ Virtudes.</li></ul></li><li>5. Fortalecendo a relação preceptor-residente.<ul style="list-style-type: none"><li>■ Empatia, respeito, congruência.</li><li>■ Compartilhar o poder.</li><li>■ Autoconsciência.</li><li>■ Transferência e contra-transferência.</li></ul></li><li>6. Sendo realista.<ul style="list-style-type: none"><li>■ Tempo.</li><li>■ Recursos.</li><li>■ Construção da Equipe.</li></ul></li></ol>

**FIGURA 8.2**

Relacionando o *Centrado na Pessoa* e o *Centrado no Residente*.

Fonte: Elaborado pelos autores da Oficina a partir de STEWART, 2003.





# 9

ATIVIDADE

## Tarefas

Esta atividade será desenvolvida através de duas tarefas a serem desenvolvidas nas próximas duas semanas e entregues no próximo encontro que estão respectivamente descritas nas próximas páginas.

### TAREFA 1 – O QUE É SER UM BOM PRECEPTOR?

#### PLANO DE AULA

Objetivos	Metodologia	Conteúdos	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Refletir sobre as características necessárias para ser um bom preceptor.</li> <li>■ Comparar a Abordagem tradicional com a Abordagem Centrada na Pessoa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Trabalho de Campo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Papel do preceptor.</li> <li>■ Características do preceptor.</li> <li>■ Diferenças entre as formas de abordagem médica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ficha avaliação.</li> <li>■ Oportunizar aos alunos avaliação oral.</li> </ul>

#### BIBLIOGRAFIA

Aula	Obrigatória	Complementar
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Texto Drucker.</li> <li>■ Pedagogia da Autonomia</li> </ul>	

**Horário:** \_\_\_\_ : \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**Duração:** 30 minutos

**Coordenador principal:** \_\_\_\_\_

**Coordenador auxiliar:** \_\_\_\_\_

**Material necessário:** Data-show  
Descrição da Técnica





O coordenador da atividade realizará uma apresentação audiovisual, apresentando a tarefa e deixando um espaço aberto para perguntas e interrupções dos participantes, ao final da apresentação será aberto um espaço para discussão.

A **Tarefa 1** consistirá das seguintes atividades a serem desenvolvidas no intervalo até o próximo encontro, e deverá ser entregue:

- a) Realizar entrevista com três residentes fazendo as seguintes perguntas:
  - Como é o bom preceptor? O que ou quais suas características?
  - Quais as experiências metodológicas ou didáticas que você teve contato? (expositivas, seminários, trabalho em grupo, etc.) Faça uma avaliação delas.
  - Exemplos de bons preceptores/professores e por quê?
- b) Realizar entrevista com um preceptor/professor fazendo as seguintes perguntas:
  - Você se considera um bom preceptor/professor? O que considera importante; quais as características de um bom preceptor/professor?
  - Quais são seus pontos fortes como preceptor/professor?
  - Quais são as dificuldades?
  - Como está o desenvolvimento da turma neste semestre?
  - Como planejou esta aula/supervisão?
- c) Ler o texto distribuído, para ser comentado no próximo encontro.

## **TAREFA 2 – CARACTERIZANDO A ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA.**

A tarefa 2 consistirá da seguinte atividade a ser desenvolvida no intervalo até o próximo encontro e deverá ser entregue:

Acompanhar consulta de médico ou médico-residente, descrevendo o caso com a finalidade de:

1. Identificar quais os componentes da abordagem centrada na Pessoa estão presentes? Assinalar os momentos e/ou atitudes que caracterizam isto.
2. Identificar quais componentes não estão presentes? Descrever o que seria necessário para que acontecessem.

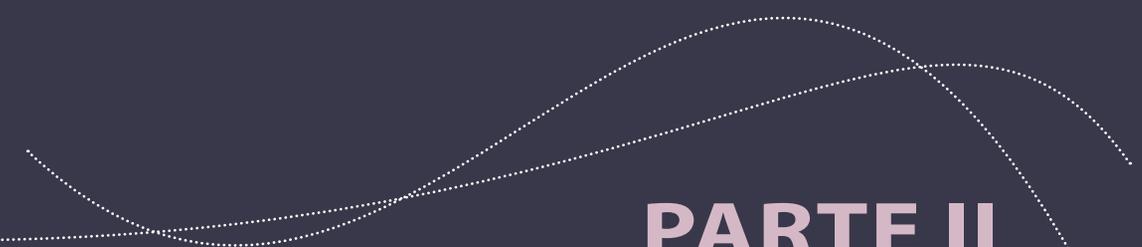




A avaliação do primeiro encontro deverá ocorrer primeiramente de forma escrita através do preenchimento de Ficha de Avaliação pelos participantes, e após de forma oral de quem desejar manifestar-se.





Three decorative dotted lines in white, consisting of overlapping curves that sweep across the upper half of the page.

# PARTE II

## *Segundo encuentro*





## ATIVIDADE

# 11

## *Desenvolvendo a residência em medicina de família e comunidade*

**Dia 4:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Esta atividade será desenvolvida em duas etapas. Leia todas as etapas para ter ideia da atividade como um todo.

### PLANO DE AULA

Objetivos	Metodologia	Conteúdos	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Discutir as normas estabelecidas pela CNRM para o funcionamento de um PRM.</li> <li>■ Atualizar as novas normas da CNRM</li> <li>■ Apresentar as estratégias desenvolvidas pela SBMFC para a criação de novos PRMs em MFC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Trabalho em grupo;</li> <li>■ Apresentação do material produzido a todos.</li> <li>■ Exposição dialogada das normas da CNRM e SBMFC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ As normas da CNRM para criação de novos programas.</li> <li>■ As novas normas da CNRM.</li> <li>■ As estratégias desenvolvidas pela SFMFC para os novos PRMs em MFC.</li> <li>■ O PRM em MFC</li> <li>■ Plano Pedagógico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Utilização dos conteúdos como referenciais, pelos participantes, nas atividades da Oficina.</li> <li>■ Ficha de avaliação.</li> <li>■ Oportunizar aos participantes avaliação oral.</li> </ul>

### BIBLIOGRAFIA

Aula	Obrigatória	Complementar
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <a href="http://www.mec.gov.br/sesu/sist_cnrm/apps/inst_especialidades.asp">http://www.mec.gov.br/sesu/sist_cnrm/apps/inst_especialidades.asp</a></li> <li>■ WONCA A definição europeia de medicina geral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Formação e qualificação do Médico de Família e Comunidade através de Programas de Residência Médica no Brasil, hoje:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ McWHINNEY, Ian R. <b>A Textbook of Family Medicine</b>. Second Edition. Oxford University Press, Oxford, 1997.</li> </ul>



Aula	Obrigatória	Complementar
e familiar. Wonca Europa. OMS, 2002.	Considerações, Princípios e Estratégias, SBMFC, Maio de 2005. www.sbmfc.org.br ■ WONCA e OMS. Fazer que a Prática Médica e a Educação Médica sejam mais adequadas às necessidades das pessoas: a contribuição do Médico de Familiar OMS-WONCA, 1994.	■ RAKEL, Robert E. <b>Tratado de Medicina de Família</b> . Guanabara Koogan, 5ª edição, Rio de Janeiro. ■ STARFIELD, Barbara. <b>Atenção Primária</b> . Equilíbrio entre necessidades, serviços e tecnologia. Brasília, UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. 726p.

**Horário:** \_\_\_\_ : \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**Duração:** 60 minutos

**Coordenador principal:** \_\_\_\_\_

**Coordenador auxiliar:** \_\_\_\_\_

**Material necessário:** Data-show, papéis e canetas  
 Descrição da Técnica

### 1ª Etapa

O coordenador da atividade deverá propor a realização da seguinte tarefa: “nos próximos 30 minutos vocês se reunirão em quatro grupos; a tarefa é construir uma lista dos principais problemas enfrentados nos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade nos quais vocês estão envolvidos; a seguir, os participantes deverão eleger dois dos problemas mais prevalentes ou mais emergentes; cada grupo deverá entregar a lista e os problemas apontados ao coordenador (que fará a tabulação dos dados e preparará uma exposição dialogada).

### 2ª Etapa

A tabulação deverá ser apresentada em um quadro que contemple os problemas levantados e as possíveis soluções, podendo ser utilizado o modelo abaixo.

Após, haverá fechamento com exposição dialogada que, além de responder às dúvidas levantadas, deverá conter aspectos primordiais das normas estabelecidas pela Comissão Nacional de Residência Médica e Sociedade de

Problemas levantados	Soluções apresentadas





Medicina de Família e Comunidade para funcionamento de um Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade.

## **AVALIAÇÃO**

- Ficha de avaliação
- Oportunizar aos participantes avaliação oral

## **TEXTO DE APOIO**

### **Desenvolvendo a residência médica em medicina de família e comunidade**

*Luiz Felipe Cunha Mattos*

A Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) é o órgão que legisla e fiscaliza as Instituições que desenvolvem ou que queiram implantar no país os Programas de Residência Médica (PRM). Atualmente está ligado à Secretaria de Ensino Superior (SESU) do Ministério de Educação e Cultura.

A CNRM, que se reúne a cada dois meses em Brasília, é constituída pelos seguintes membros:

- Presidente da CNRM.
- Associação Brasileira de Ensino Médico.
- Conselho Federal de Medicina.
- Associação Médica Brasileira.
- Federação Nacional de Médicos.
- Associação Nacional dos Médicos Residentes.
- Representante do Ministério da Saúde.
- Representante do Ministério da Educação e Cultura.
- Representante do Ministério da Previdência e Assistência Social.

As reuniões da CNRM contam com a participação das Comissões Estaduais de Residência Médica (CEREMs), que não têm direito a voto. A tendência atual é a descentralização da Comissão Nacional para as Comissões Estaduais, para que o processo de fiscalização e o acompanhamento dos programas aconteça de maneira mais efetiva e continuada.

A fim de implantar um Programa de Residência Médica (PRM), a Instituição interessada deve cumprir as seguintes normas estabelecidas:

- 1.** Elaborar Projeto Didático–Pedagógico a ser submetido à CNRM.
  - Encaminhar à Comissão Estadual e Nacional de Residência Médica, nos prazos estabelecidos pelas mesmas, os formulários e





planilhas de acordo com a CNRM, bem como a documentação requerida e prevista, relativas à abertura do Programa de Residência desejado.

- De acordo com a legislação, os PRMs seguem um padrão de duração de dois a cinco anos, conforme a Especialidade Médica – de treinamento em serviço (85% da carga anual), com atividades teóricas que não devem exceder os 15 % da carga total anual.
- 2. Conhecer a legislação pertinente à Residência Médica, inclusive as resoluções sobre os Programas de Residência Médica nas Especialidades.
- 3. Criar a Comissão de Residência Médica (COREME) com regimento interno em que participem o representante médico da Instituição, Supervisor (es) do(s) PRM e representante(s) dos médicos residentes. As reuniões devem ser mensais, com convocação prévia e com a pauta preestabelecida. Estas reuniões devem ter atas assinadas por todos os participantes.
- 4. Ter biblioteca.
- 5. Fornecer alimentação e alojamento para os médicos residentes.

## **Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRM – MFC)**

### *Objetivo geral*

O Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade tem por objetivo formar médicos para a Atenção Primária à Saúde, qualificados e resolutivos na área clínica, com uma prática integradora e continuada – inserida nas comunidades sob seus cuidados e voltada à construção da cidadania, desenvolvendo, assim, suas ações com base no modelo de Vigilância à Saúde e nos princípios da Atenção Primária à Saúde.

Para tal, entende-se que é preciso formar médicos com conhecimentos e habilidades em prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação dos agravos mais frequentes, buscando altos índices de resolutividade. Suas atitudes devem ser de caráter integral, com enfoque na família e nos núcleos sociais que constituem a comunidade, bem como na promoção de sua participação e autonomia.

### *Objetivos específicos*

- Habilidades para a Prática Médica.
- Habilidades em Gerenciamento.
- Habilidades em Ensino e Pesquisa.
- Habilidades relativas a Sistemas de Saúde.





### *Habilidades esperadas*

- Atuar, prioritariamente, no âmbito da APS, a partir de uma abordagem biopsicossocial do processo saúde x adoecimento.
- Desenvolver ações integradas de promoção e recuperação da saúde – nos níveis individual e coletivo.
- Priorizar a prática médica centrada na pessoa.
- Coordenar os cuidados de saúde à pessoa, à família e à comunidade.
- Atender com qualidade e resolutividade.
- Desenvolver, planejar, executar e avaliar, junto à equipe de saúde, programas integrais de atenção à saúde.
- Estimular a resiliência, a participação e a autonomia das pessoas, das famílias e das comunidades.
- Desenvolver novas tecnologias em APS.
- Desenvolver habilidades no campo da metodologia pedagógica e na capacidade de autoaprendizagem.

### *Competências*

- Competências clínicas em nível da Atenção primária nas seguintes áreas: pré-natal, puerpério e assistência ao parto normal; saúde da mulher, saúde do homem, saúde da criança e do adolescente e saúde do idoso.
- Competências clínicas em nível secundário da atenção à saúde.
- Competências clínicas em nível terciário.
- Abordagem Sistêmica da Família.
- Abordagem Comunitária.

### *Carga horária*

A carga horária do PRM-MFC é de no mínimo 5.760 horas (de 2.880 a 3.200 horas anuais), assim distribuídas, segundo a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade:

### *Afastamentos ou interrupções*

Os médicos residentes poderão interromper a Residência Médica por vontade própria ou por sugestão da supervisão do programa – sempre que for detectada alguma dificuldade que comprometa o cumprimento das atividades e o desempenho esperado.



**Tabela 11.1** – Distribuição da carga horária para PRM-MFC.

ATIVIDADE	Distribuição % mínima das 2880 h/ anuais em 48 semanas	Distribuição % máxima das 2880 h/ anuais em 48 semanas	TOTAIS
CONSULTÓRIO DE MFC	≥ 40% (24 h /sem ou 1.152 h /ano)	≤ 50% (28 h/ sem ou 1440h/ano)	Clínica da Medicina de Família e Comunidade (50 a 65%)
ATENÇÃO DOMICILIAR	≥ 5% (3h/sem. ou 144h/ano)	≤ 15% (9 h/ sem ou 432h/ano)	
GRUPOS TERAPÊUTICOS	≥ 5% (3 h / sem. ou 144 h /ano)		
ADMINISTRATIVO- GERENCIAIS	≥ 3,75% (2h/sem. ou 108h/ano)	≤ 10% (6 h /sem ou 288 h /ano)	
OUTRAS ATIVIDADES COLETIVAS	≥ 3,75% (2 h /sem ou 108 h/ano)		
TEÓRICAS	≥ 10% (6 h /sem ou 288 h /ano)	≤ 20% (12 h / sem ou 576 h / ano)	
NOS NÍVEIS 2ÁRIO E 3ÁRIO	≥ 10% (6 h /sem ou 288 h /ano)	≤ 20% (12 h /sem ou 576 h /ano)	
Σ DOS % MÍNIMOS	77,5%	15%	
Σ DOS % MÁXIMOS			

Fonte: SBMC.

Outros afastamentos, como, por exemplo, participações em congressos, deverão estar previstas no Regimento Interno do PRM e/ou da COREME da Instituição.

### *Transferência de programa de residência*

Só serão autorizadas trocas entre PRMs quando um programa for descredenciado e, além disso, com autorização da Comissão Nacional de Residência Médica e da respectiva Comissão Estadual.

### *Avaliação*

- A Avaliação deverá ser realizada trimestralmente, incluindo avaliação dos residentes, dos preceptores e do andamento do programa.





ATIVIDADE

12

## *Apresentação da tarefa um: o que é ser um bom preceptor?*

**Dia 5:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Para esta atividade, os participantes deverão formar dois círculos: o **círculo interno** será composto por participantes que poderão falar e o **círculo externo** por aqueles que ouvirão as considerações do outro grupo.

- Nos 20 minutos iniciais, os integrantes do círculo interno deverão comentar as respostas da tarefa. Os do círculo externo observarão.
- Nos 20 minutos seguintes, os participantes trocarão de lugar, e os que agora estão no círculo interno seguem a discussão sobre a tarefa.
- Ao final, farão um círculo único no qual, por 20 minutos, quem quiser pode fazer ainda algum comentário sobre a tarefa.

Para finalizar, os coordenadores apresentarão uma exposição sobre “o bom preceptor”, a partir da tabulação dos dados.





# 13

ATIVIDADE

## O que é ser um bom preceptor

Dia 6: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### PLANO DE AULA

Objetivos	Metodologia	Conteúdos	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"><li>Levantamento de expectativas em relação ao papel do preceptor.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Técnica que oportuniza a identificação dos pares, com os papéis de residente e preceptor.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Andragogia</li><li>Ensinagem</li><li>Preceptoria</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Avaliar a utilização dos conteúdos, pelos participantes, e discutir a reprodução das técnicas a serem multiplicadas nos PRM em MFC.</li></ul>

### BIBLIOGRAFIA

Aula	Obrigatória	Complementar
<ul style="list-style-type: none"><li>Texto produzido para a complementação da técnica proposta pela oficina.</li><li>BEAUCLAIR, João. <b>Oficinas psicopedagógicas como estratégias de formação:</b> a arte da aprendizagem ou aprendizagem em arte. Artigo ainda não publicado, 2004.</li><li>KNOWLES, M. <b>Andragogy in Action.</b> San Francisco: Jossey-Bass, 1984.</li><li>KNOWLES, M. <b>The Adult Learner: A Neglected Species</b> (3rd Ed.). Houston, TX: Gulf Publishing, 1984.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>FREIRE, Paulo. <b>A pedagogia da autonomia:</b> saberes necessários a prática educativa. Editora Paz e Terra, São Paulo, 1997, p.54.</li><li>BOFF, Leonardo. <b>Tempo de transcendência:</b> o ser humano como projeto infinito. Editora Sextante, Rio de Janeiro, 2000, p. 60.</li><li>GROSSI, Esther Pillar. <b>A coragem de mudar em Educação.</b> Editora Vozes, Petrópolis, 2000, p.15.</li><li>FREIRE, Paulo. <b>Pedagogia dos sonhos possíveis.</b> Editora Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1992.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>CAVALCANTI, Roberto Albuquerque. Texto publicado na Revista de Clínica Cirúrgica da Paraíba Nº 6, Ano 4, (Julho de 1999).</li></ul>



**Horário:** \_\_\_\_ : \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**Duração:** 30 minutos

**Coordenador principal:** \_\_\_\_\_

**Coordenador auxiliar:** \_\_\_\_\_

**Material necessário:** Data-show Descrição da técnica

A partir das falas trazidas pelos participantes na atividade anterior, o coordenador anotará em um quadro, conforme o modelo abaixo, para que os dados sejam tabulados conforme os seguintes itens: Características, Habilidades, Atitudes e Ações – e para que sejam utilizados para mostrar as semelhanças e os pontos de aproximação das expectativas em relação ao papel do preceptor.

Características	Habilidades	Atitudes	Ações

## TEXTO DE APOIO

### **Docência em medicina de família e comunidade**

*Dra. Ana Sobino Lopez  
D. Fermin Quesada Jiménez  
(tradução livre de Carmen Luiza C. Fernandes)*

O preceptor é um facilitador da autoaprendizagem, do método de “ajudar a fazer sozinho”. Comentaremos, aqui, o que é um preceptor, com alguma descrição de suas funções e discutir se o que temos se ajusta ao que está descrito.

#### **Características de um bom preceptor**

Todos nós temos um conceito sobre o que é um preceptor competente. Isso faz com que existam múltiplos pontos de vista que dificultam concretizar quais são as qualidades básicas que deve ter um preceptor para facilitar a aprendizagem. Comentaremos algumas de suas qualidades, que provem de





grupos e entidades que se dedicam à docência. Tentaremos chegar a acordos apesar de como vemos coincidem pouco. Adiantamos a seguir:

- a) EURACT (European Academy of Teachers in General Practice):**
  - Ser especialista.
  - Ser interessado em docência.
  - Ter experiência prática (cinco anos).
  - Participar de formação continuada.
  - Realizar abordagens psicossociais.
  - Pesquisar.
  - Participar de atividades pela melhoria da qualidade de vida.
  - Ter requisitos mínimos de abordagem.
  - Ser aprovado pelo comitê da especialidade.
- b) CNE (Comissão Nacional de Educação da Sociedade Andaluza de MF):**
  - Competência clínica.
  - Participar de atividades pela melhoria de qualidade.
  - Participar de programas de saúde.
  - Ser especialista.
  - Estar disponível e acessível.
  - Estar capacitado em docência.
  - Interessado em docência.
  - Capacidade para motivar.
  - Publicar (uma publicação/ quatro anos).
  - Trabalhar em equipe.
- c) Educação e Ciência (Comissão de Educação e Ciência da Sociedade Espanhola de MF):**
  - Autenticidade.
  - Maturidade.
  - Bom caráter.
  - Empatia.
  - Ser confiável.
  - Inquietude cultural.
  - Capacidade de liderança.
  - Ser adequado.
- d) Grupo de Comunicação e Saúde:**
  - Empatia.
  - Assertividade.
  - Cordialidade.
  - Modéstia.
  - Neutralidade.
  - Respeitabilidade; baixa reatividade.
  - Neutralidade.
  - Domínio do tema.





- Ter realizado um curso básico de entrevista clínica.
- Gravar-se em vídeo periodicamente.
- Trabalhar com encenação com os residentes.
- Participar de avaliações do seu trabalho e dos residentes.
- Aceitar que seu trabalho seja avaliado periodicamente.

### Quais são os problemas dos preceptores?

Segundo Marian Cruz, na jornada de professores de Granada, os principais problemas dos preceptores são:

- Falta de formação específica para a docência.
- Dificuldade para abraçar o “todo”.
- Insegurança para lidar com situações novas e com novos residentes.
- Insegurança e medo em relação a “como motivar”.
- Sentimento de não ser capacitado.
- Sentimento de realizar um trabalho não valorizado.
- Isolamento de outros preceptores.
- Compartilhar a maneira como trabalham.
- Desconhecimento do resultado final da tarefa.

### Problemas específicos encontrados por preceptores na consulta

- Problemas com a relação médico-paciente.
- Ver a consulta como um desafio e os pacientes como inimigos.
- Pacientes desconfiados, críticos e exigentes leva-nos a rechaçá-los, complacência, antagonismo com consequente custo emocional e Burnout.
- Como manter a autoridade? É necessário mantê-la?
- Existe o risco de frustração e insatisfação.

### Que alternativa propomos?

Preceptoria personalizada. O mesmo que se diz a respeito de não colocar em dúvida a necessidade de estabelecer a relação médico-pessoa com base na **comunicação centrada na pessoa**: o preceptor deve ser, como disse Baker, **centrado no residente**.





### *Centrado na pessoa*

- Médico e pessoa desenvolvem uma relação com confiança mútua.
- O médico dá informações à pessoa.
- O médico facilita que a pessoa:
  - expresse suas preocupações e expectativas;
  - explique seus sintomas;
  - expresse seus sentimentos.

### *Centrado no residente (acréscimo do tradutor)*

- Preceptor e residente desenvolvem uma relação de confiança mútua.
- A dupla estabelece um contrato de ensinagem (expectativas, motivações, necessidades sentidas e percebidas).
- Contextualização do plano com o cenário em que ocorre a atividade docente-assistencial.
- Preceptor e residente, juntos, estabelecem um plano de avaliação de necessidades e evolução constante de ambos e do processo.







# 14

ATIVIDADE

## *Instrumentos da abordagem na prática do médico de família e comunidade*

Dia 5: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### **ABORDAGEM INDIVIDUAL: CONSULTAGEM E O PROCESSO DE CUIDAR**

Esta atividade será desenvolvida em duas etapas. Leia todas as etapas para ter ideia da atividade como um todo.

#### **PLANO DE AULA**

Objetivos	Metodologia	Conteúdos	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"><li>■ Caracterizar a Consulta em APS</li><li>■ Introduzir o Conceito de Consulta-gem.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Exposição dialogada.</li><li>■ Atividade em grupo.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Processo de trabalho em Saúde</li><li>■ Consulta</li><li>■ Consultagem.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Utilização dos conteúdos como referenciais, pelos participantes, nas atividades da Oficina.</li><li>■ Ficha de avaliação.</li><li>■ Oportunizar aos participantes avaliação oral.</li></ul>





## BIBLIOGRAFIA

Aula	Obrigatória	Complementar
<ul style="list-style-type: none"><li>■ LOPES A Pessoa como Centro do Cuidado, UFRGS, 2005. www.agmfc.org.br</li><li>■ STEWART, Moira. <b>Patient-centered medicine: transforming the clinical method.</b> 2. ed. Abingdon, United Kingdom: Redcliffe Medical, 2003.</li><li>■ LOWN, Bernard. <b>A arte perdida de curar.</b> São Paulo: Fundação Petrópolis, 1997.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ HELMAN, Cecil G. <b>Cultura, saúde e doença.</b> 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.</li><li>■ EMANUEL, Ezekiel J.; EMANUELI, Linda L. <b>Four models of the physician-patient relationship.</b> Journal of the American Medical Association, Chicago, v. 267, n. 16, p. 2221-2226, Apr. 1992.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ GASK, Linda; USHERWOOD Tim. The consultation, <b>BMJ.</b> VOLUME 324 29 JUNE 2002.</li><li>■ STEPHENSON. <b>A Textbook Of General Practice.</b> 1th ed. London: Arnold, 1998, p.246</li><li>■ Consultations do not have to be longer” - <b>BMJ</b> - VOLUME 325 17 AUGUST 2002</li></ul>

**Horário:** \_\_\_\_ : \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**Duração:** 90 minutos

**Coordenador principal:** \_\_\_\_\_

**Coordenador auxiliar:** \_\_\_\_\_

**Material necessário:** Data-show

## DESCRIÇÃO DA TÉCNICA

Esta atividade será desenvolvida em três etapas.

### 1ª Etapa

O coordenador da atividade realizará apresentação audiovisual sobre o tema – Consultagem em APS -, deixando um espaço aberto para perguntas e interrupções dos presentes. Ao final, será disponibilizado um espaço para discussão.

### 2ª Etapa

O Coordenador divide a turma em grupos de duas a quatro pessoas, destinando a cada grupo uma situação envolvendo residente que busca supervisão. A partir de situações trazidas por residentes, devem desenvolver metodologia de como ensinar ao Residente fazer Consultagem em APS”. Cada grupo terá 30 minutos para discutir e definir o desenvolvimento da tarefa.





### 3ª Etapa

Cada grupo terá 10 minutos para apresentar. Os demais participantes poderão acrescentar sugestões, sempre com o enfoque em “*O que eu faria diferente?*”. A apresentação pode ser decidida pelo grupo.

## CASOS

### Caso 1

Relato da residente Betânia:

“Para variar, estou atrasada, mas tenho a seguinte situação: estou atendendo Joana, uma mulher casada, de 34 anos, comerciante, que trabalha em uma casa de móveis no centro da cidade. Joane tem dois filhos. Consultou a primeira vez em 25 de março de 2005 porque estava com atraso menstrual de 15 dias e preocupada com a possibilidade de gravidez. Fez beta HCG. No dia 28 de março de 2005, três dias após, retornou com o resultado do exame, que era menor que 10. E, como tinha menstruado, a conduta foi expectante. Em 29 de maio de 2005, teve outra consulta, desta vez com quadro de gripe, recebendo medicação sintomática – e não apresentava outras queixas (o exame físico era normal. Relata uma preocupação com o filho adolescente. A próxima consulta foi em 09 de julho de 2005, quando veio realizar coleta do citopatológico, e apresentava colo normal, sem secreções, Schiller negativo, toque sem alterações. Depois, em 04 de setembro de 2005, veio por fraqueza, dor de cabeça, dores pelo corpo, insônia. No exame físico, nada foi constatado: TA 130/70 mmHg, ausculta cardíaca normal, mucosas coradas, e foram solicitados exames complementares – os quais apresentou em 12 de setembro de 2005, estando todos dentro da normalidade. Na ocasião, foi levantada a possibilidade de depressão, mas ela rechaçou completamente esta ideia e afirmou já se sentir melhor. Depois, veio em 10 de novembro de 2005, com um quadro de diarreia. A consulta de hoje, 21 de outubro de 2006 é devido apresentar uma secreção vaginal esbranquiçada, com intenso prurido, há cinco dias, que vem piorando. O exame especular mostra hiperemia vulvar e vaginal, um exsudato branco, em grande quantidade, sem odor característico. Não é possível que se faça o exame a fresco, pois o microscópio não está funcionando. Registra-se: pressão arterial = 120/80mmHg; ausculta cardíaca: normal; mucosas coradas, pulsos palpáveis e simétricos, exame neurológico sem alterações, abdômen normal, ausculta pulmonar normal, tireóide palpável sem alterações. *Acho que devemos encaminhar para o ginecologista, pois não temos microscópio.*”





### Comentários do Caso

- Elogiar a utilização do prontuário como fonte de informações.
- Orientar no sentido de que a revisão sirva para realizar um levantamento de problemas ou situações para manejo e supervisão.
- Um relato de todas as consultas dos últimos tempos torna a supervisão e a prestação do cuidado difícil, pois desfoca o problema, confundindo o raciocínio clínico do residente e do preceptor, além de criar dificuldades de avaliar o desempenho e estabelecer necessidades de aprendizado do residente.
- Estimular o residente a trazer o caso organizado para discussão: motivo, lista de problemas, dificuldades, resultado do estudo imediato, plano proposto.
  - Lista de Problemas (LP).
  - Citopatológico (CP) sem verificação do resultado.
  - Preocupação com filho adolescente não-especificada.
  - Quadro sugestivo de depressão sem confirmação diagnóstica.
  - Vaginite.
- O preceptor sempre deve olhar os registros anteriores e atual para ter certeza que nada ficou fora.
- Alguns aspectos estão sem desfecho ou sem abordagem, tais como:
  - investigar hábitos;
  - resultado CP;
  - situação/problemas do filho adolescente;
  - acompanhamento da depressão: critérios diagnósticos;
  - situação conjugal.
- A supervisão deve ser utilizada como o momento de desenvolver um plano de cuidado da Pessoa (educação para saúde, prevenção, manejo, etc.) e de aprendizado para o Residente (registro, estudo imediato, etc.).
- Trabalhar o uso do tempo e uso adequado da referência.

### Caso 2

Rodolfo, residente de segundo ano, interrompe a consulta do preceptor pedindo desculpas e diz que é “rapidinho”, pois teve problemas, chegou novamente atrasado e não quer atrasar mais seus atendimentos. Solicita ao preceptor para abonar o seu pedido de cintilografia miocárdica “*para um paciente com diagnóstico de angina pectoris estável, de 52 anos, que refere dor precordial, irradiando-se para o ombro esquerdo*”. Refere que o paciente é hipertenso leve, faz uso de hidroclorotiazida 25 mg e está com PA= 140/85mmHg; FC (frequência do pulso)= 88bpm; ausculta cardíaca: RR, 2T, sem sopro, hiperfonese de segunda bulha.





Como proceder para ensinar o Residente a fazer Consultagem em APS?

### Comentários do Caso 2

Atitudes do Preceptor:

- Orientar ao Residente Rodolfo que aguarde a finalização de sua consulta.
  - Questionar sobre os dados de identificação da Pessoa que está sendo atendida e sobre a avaliação da dor;
- Avaliar o contexto do paciente (profissão, atividade física e o que estava fazendo no momento do aparecimento do sintoma).
- Investigar: episódios anteriores, história familiar de DAC, dislipidemia, diabete.
- Discutir a indicação do exame e que outras opções de manejo poderiam ser adotadas.
- Discutir hábitos de vida e de prevenção.
- Acompanhar a consulta.
- Combinar de conversarem ao final dos atendimentos, tais como:
  - sobre os atrasos, ressaltar a repercussão negativa no reconhecimento profissional pela equipe;
  - interrupção da consulta;
  - Estimular o residente a trazer o caso organizado para discussão: motivo, lista de problemas, dificuldades, resultado do estudo imediato, plano proposto;
  - Definir necessidades de estudo e aprendizado.

### Caso 3

Otto, ao final dos primeiros 15 dias do primeiro mês do primeiro ano, em seu já tradicional estilo “descabelado, barba por fazer, e ausência de banho”, vem solicitar supervisão:  
– *Profê*, estou atendendo um *vôzinho* ranzinza, irado mesmo – o Seu José -, que, inclusive, já criou o maior barraco na recepção para ser atendido hoje. E sente só, *profê*: só para mostrar exames solicitados há 4 meses pelo R2 que saiu. E pelo jeito não *foi com a minha cara*, pois perguntou se eu já era formado. Mas então vamos ao caso: o *vôzinho* tem 62 anos, obeso, com hipertensão leve. De tudo que o R2 pediu na rotina, o único exame alterado é a glicemia de 135. A dúvida é a seguinte, *profê*: dou glibenclamida 5 mg ou glimeprida de 4mg.



Como proceder para ensinar o Residente a fazer Consultagem em APS?





### Comentários do Caso 3

- Orientar sobre a autonomia das pessoas em decidir quando buscar ajuda, e como explorar este fato positivamente.
- Questionar o diagnóstico de diabetes.
- Avaliar o impacto do diagnóstico no Sr. José, nas suas funções pessoais, de trabalho e na família.
- Realizar lista de problemas e plano de manejo.
- Mostrar como essa forma de trazer o caso limita a supervisão, tolhendo o preceptor e gerando distúrbio na comunicação entre eles.
- Trabalhar com o residente avaliando suas necessidades de aprendizado (plano de ensino), sobre sua percepção e entendimento do rechaço notificado pelo Sr. José.

### Caso 4

Lilian, residente, vem à supervisão:

Estou atendendo um rapaz que não parece muito *certo*, é muito atrapalhado e que me deixou desconfortável, pois passou todo tempo me encarando, olhando de um jeito que me deixou tão sem graça que não me senti à vontade para examiná-lo. Diz que é Bipolar..., e quer renovar a medicação que segundo ele foi receitada pelo psiquiatra do CAPS: lítio 5 comprimidos ao dia. Além disso queixa prurido no pênis. Então, a dúvida que tenho é quantos mg tem num comprimido e o número de comprimidos que posso fornecer? E dou um nistatina para passar no pênis? Aliás, acabei de atender a sobrinha dele, uma menina com 15 dias de vida, sendo que o umbigo ainda não caiu e ao exame apresentava coto umedecido com odor acre, mas estava sem febre e restante do exame físico normal. Daí orientei higiene do coto umbilical com álcool iodado, informei à mãe que poderia fazer o teste do pezinho e a vacina BCG e agendei retorno para quando a criança completar 30 dias. Tenho que confessar minhas dificuldades para atender bebês, pois nunca gostei muito de pediatria.

Como lidar com esta situação, para ensinar o Residente a fazer Consultagem em APS?

### Comentários do Caso 4

- Utilizar sua percepção de que a Pessoa esta confusa: isto é um problema.





- Utilizar o prontuário como fonte de informações.
- Abordar a falta de informações que possibilitem uma supervisão ou manejo.
- Questionar o diagnóstico, o tipo de tratamento e o acompanhamento.
- Ressaltar a importância de se avaliar o contexto em que esta inserida a pessoa.
- Fazer estudo imediato: hábito que deve ser desenvolvido.
- Abordar e trabalhar com Lilian sua sensação de desconforto diante do paciente. Por que será?
- O exame do RN está incompleto.
- A residente não avaliou possibilidades de risco, sinais de gravidade.
- A história está incompleta.
- O preceptor deve trabalhar as expectativas de aprendizado na atenção a crianças esperadas para a especialidade.
- O residente deve atender a demanda sem discriminação por interesse pessoal.

## Caso 5

Afonso, residente traz caso...

Grande Chefe, tenho uma situação meio “enrolada aqui”: Atendi a Sra. Ernestina de 76 anos, hipertensa, diabética, com varizes de MI, dermatite ocre, erisipela de repetição, há cerca de 40 dias quando ela veio para saber se necessitava manter antibióticos para prevenir erisipela de repetição. Na hora me deu um branco, e então combinei com ela e a acompanhante que estudaria o caso e daria um retorno. Mas sabe como é... Tanta demanda que acabei esquecendo. Mas então há mais ou menos umas 10 dias, fui chamado pela enfermeira para realizar atendimento domiciliar (trinta dias depois da primeira consulta), e quem encontro? A Sra. Ernestina! Que estava com novo episódio de erisipela, aí prescrevi novo curso de antibióticos. Mas agora me deu outro branco e não lembro por quanto tempo deve ser mantido o tratamento, mas ela esta bem melhor! Ao aproximar-se para ler o prontuário em conjunto, o preceptor percebe hálito alcoólico.

Como lidar com esta situação para ensinar o Residente a fazer consultagem em APS?

### Comentários do Caso 5

- O compromisso do preceptor vai além da formação do residente. O preceptor é responsável pela qualidade do cuidado prestado pelo residente às pessoas.





- Os compromissos com as pessoas atendidas devem ser cumpridos: tinha dúvidas e, além de não estudar, não supervisionou no tempo adequado. Além disso, não cumpriu o combinado com a Sra. Ernestina.
  - Para cada situação existe um tempo de demora permitido para ser tomada a decisão ou a conduta sem que ocorram danos: não respeitou esta premissa nesta situação.
  - Avaliar contextos pessoais, familiares: genograma com rede de apoio.
  - Avaliar participação da equipe e família no plano de cuidado.
- Realizar Lista de Problemas e Plano: não realizou lista de problemas e plano de manejo, pois existem outros problemas além da erisipela que devem ser avaliados:
  - HAS: controlada ou não?
  - Diabetes: compensado ou não?
  - Varizes: avaliadas quanto a procedimento cirúrgico?
  - Dermatite Ocre: tratada ou não?
  - Profilaxia erisipela: fazer ou não?
- Abordar e trabalhar com Afonso a constatação do hálito alcoólico, afastando-o de suas atividades no momento da constatação do hálito alcoólico.
- Discutir a situação e encaminhá-lo para tratamento.

## Caso 6

Bento, residente do primeiro ano, vem à supervisão com dúvidas sobre o que fazer com D. Marlene, que apresenta quadro clínico compatível com artrite reumatoide e gastrite. Relata que a paciente tem dor à mobilização articular das mãos, especialmente pela manhã, melhorando ao longo do dia (quando usa anti-inflamatório não esteroide). Comenta que é o quarto caso semelhante que atende este mês. Lembra que, ao final da consulta, D. Marlene referiu ter observado que suas fezes estavam escuras nos últimos dois dias e que utilizou omeprazol. Bento refere ao supervisor sua vontade de encaminhá-la ao reumatologista. Quando questionado sobre como poderia iniciar a investigação diagnóstica, relata que, apesar de ter visto os outros três casos, ainda não tivera tempo para estudar.

### Comentários do Caso 6

- Anamnese: Residente pergunta pouco sobre os problemas da D. Marlene.
  - Avaliar repercussão nas funções.





- Avaliar contextos.
- Não traz a informação de exames anteriores.
- Estudar o problema:
  - Preceptor deve abrir o livro e realizar estudo imediato conjuntamente com o residente; discutir a repercussão de não estudar e a sua fragilização frente à equipe.
  - Que recurso dispõe para tratar localmente? Necessita ser encaminhada?
  - Que outros recursos são necessários: usar a equipe e a rede.
- Demonstrar interesse em resolver o problema.
  - Usar a demanda prática como motivação para o aprendizado.
  - Estimulá-lo a se tornar mais resolutivo.
  - Competência clínica: resolver os problemas mais frequentes da sua população.
- Elaborar plano conjunto, para administrar melhor o cuidado. Se o problema é frequente na população que atende, deve dominá-lo com profundidade.

## Caso 7

Residente Carlos traz caso para discussão registrado da seguinte forma:

Sexo masculino, setenta anos, branco, casado, pintor, natural de Petrópolis, residente em uma das escadarias da Comunidade Estrada da Saudade, do Município de Petrópolis – RJ. Não possuía acompanhamento médico prévio, visto que a Unidade foi implantada há menos de sete meses, e não se recordava de ter feito consulta nos últimos 32 anos.

QP: “dor na perna direita”

HDA: Paciente refere dor na perna direita, de forte intensidade, que iniciou em região maleolar externa, irradiando-se para toda extensão do pé direito. Apresentou início súbito da dor há cinco dias, quando procurou auxílio médico no serviço de emergência do HMNSE – onde foi medicado com analgésico e antiinflamatório, sem melhora clínica. Retornou duas vezes no mesmo serviço com manutenção da conduta. Inicialmente, relata que a dor era ao deambular, dificultando a marcha, com claudicação intermitente. Apresentou piora progressiva e esta, no momento, com dor em decúbito e parestias em toda a região afetada (perna e pé direito). Fato que merece consideração é o trajeto necessário para chegar a sua residência, visto que é obrigatório percorrer longa escadaria.

HPP: refere hipertensão arterial sistêmica há pelo menos 20 anos (sem tratamento). História de traumatismo aos oito anos, quando fraturou joelho e pelve devido à queda de uma laje. Nega história de diabetes mellitus, tuberculose ou hepatite.





HF: pais falecidos (não sabe informar causa).

HS: Mora com uma irmã da mesma idade e sua esposa reside em Pernambuco, com seus dois filhos. Casa de tijolo e sem rede de esgoto. Água proveniente de poço artesiano. Etilista social. Tabagista com carga tabágica de 500 maços/ano.

Exame Físico realizado: lúcido, orientado no tempo e no espaço, corado, hidratado, acianótico, anictérico, eupneico, afebril. Encontrava-se com pressão arterial de 160/100 mmHg MSD/DD; FC= 80 bpm, FP: 80bpm, FR= 14 irpm. Tireóide impalpável, carótidas com pulsos amplos, sem sopros, jugulares atúrgicas a 30°. Ictus invisível e impalpável, ritmo cardíaco regular em três tempos com B4, bulhas hipofônicas, sem sopro. Aparelho respiratório: tórax com diâmetro antero-posterior aumentado, com murmúrio vesicular diminuído difusamente, sem ruído adventício. Abdome flácido, indolor à palpação superficial e profunda, peristáltico, apresentando massa de cerca de 5 cm de diâmetro em região periumbelical, pulsátil. Manobra de De Bakey positiva; outra massa circular em região inguinal direita de 2,5 cm de diâmetro também pulsátil, dolorosa à palpação. Membro inferior esquerdo com 84 cm e membro inferior direito com 91 cm de comprimento. Detectada, pois, diferença no comprimento dos membros inferiores (7cm). Pulsos poplíteos e pediosos assimétricos em amplitude e intensidade (ambos diminuídos; pulso em perna direito menor que em esquerda). Perna direita com redução da temperatura em terço inferior; cianose de extremidade (1+/4+).

Crepitação em articulação dos joelhos à movimentação passiva. Escoliose tóraco-lombar para direita.

No mesmo dia foi contatada a médica supervisora de Clínica Médica que examinou prontamente o paciente, chegando à HIPÓTESE DIAGNÓSTICA de insuficiência arterial em membro inferior direito devido à possível aneurisma de aorta abdominal, agravado por embolia arterial. (fonte Revista SBMFC)

### Comentários do Caso

- Realizar reforço positivo pelo encaminhamento e agilidade na busca de atendimento.
- Desenvolver a organização das informações em sistema de registro mais apropriado para APS: SOAP
- Mostrar a necessidade de correlacionar achados de exame físico com o conjunto de forma a construir uma hipótese diagnóstica.
- Pontuar a importância do contexto no acompanhamento.
- Reforçar a importância da referência e contrarreferência.
- Ressaltar a necessidade de acompanhamento a longo prazo.
  - Lista de problemas após cirurgia.





- Estabelecer cuidado em equipe, usando a abordagem centrada na pessoa.

### Etapa 3

- O Coordenador realiza conclusão.

### Avaliação

- Ficha de avaliação.
- Oportunizar avaliação oral aos participantes.

### TEXTO DE APOIO

#### Consultagem e o Processo de Cuidar

*José Mauro Ceratti Lopes*

O distanciamento começou quando René Laënnec fez um rolo de cartolina que mais tarde evoluiu e se transformou no estetoscópio. (LOWN, 1997, p. 46).

Na história da humanidade as duplas, o trabalho a dois, tem sido uma constante, “do bem” ou “do mal”, certas ou erradas, cômicas ou trágicas. Podemos começar com Adão e Eva – sem esquecer a ajuda da serpente – passando por outras como Sansão e Dalila, Rômulo e Remo, Dom Quixote e Sancho Pança, Bonnie and Clayde, o Gordo e o Magro, Batman e Robin, Jerry Lewis e Dean Martin, Roberto e Erasmo Carlos, Felipão e Murtosa, Zagalo e Parreira, entre tantas outras. Assim, consegue-se somar conhecimentos, ter cumplicidade ao produzir, ter apoio, confiança e há estímulo à criatividade. No trabalho a dois necessita-se respeitar a Pessoa do outro, saber negociar, tolerar a Autonomia de cada um, e conseqüentemente há troca de sentimentos e emoções.

Para superar os desafios do Cuidado à saúde neste cenário de tensão, provocado pela busca da redução de custos, otimização do uso de recursos tecnológicos e atuação multiprofissional é necessário formar no mínimo uma dupla, composta pela pessoa e o médico. É claro, sem esquecer o resto do contexto, tendo em vista que o cuidado da saúde é um fenômeno integrativo, assim como saúde também o é (Figura 14.1).

Mas apesar de todo o progresso e desenvolvimento, o evento central da vida do profissional médico, continua sendo *o encontro entre pessoas* representado pela *consulta médica*. Vamos então ver o que significa:





- Os determinantes de saúde e doença não são apenas biológicos, nem só uma resposta das pessoas aos agravos ou doenças.
- Pessoas vivem em famílias e comunidades de vários tipos. Frequentemente trabalham em ocupações insalubres ou mesmo perigosas; e tem como lazer atividades que podem promover ou não a saúde.
- Pessoas vivem dentro de um grande contexto ambiental, político e cultural que depois os afetam e a suas famílias e comunidades. Todos estes aspectos “pouco biológicos” da vida da Pessoa influenciam seu estado de saúde ou condição de doença.

### FIGURA 14.1

Saúde como fenômeno integrativo.  
Fonte: Adaptado de COULTER, 2002.

s.f (Do lat. consultus.) 1. Ação de consultar. – 2. Pedido de parecer, de opinião, dirigido a um especialista em determinado assunto. – 3. Exame do doente feito no consultório do médico. – 4. Troca de informações científicas entre médicos quando um deles tem em mãos um caso complicado e deseja a opinião de outro especialista; junta médica. – 5. Assembléia, conselho, antiga corte de justiça na Itália e em alguns cantões suíços. □ . Transação para obtenção de informações armazenadas em um banco de dados. (LARROUSE, ano, p. 1.587, grifo do autor).

E geralmente usamos o termo “*dar consultas*”. No livro *Processos de Ensino na Universidade* (Anastasiou, 2003), as autoras propõem uma revisão do *assistir* ou *dar aulas* – que representa passividade – propondo sua substituição por *fazer aulas* – que representa uma ação conjunta. E continuando sua reflexão introduzem o termo *ensinagem*<sup>\*</sup>,

[...] para indicar uma prática social complexa efetivada entre os sujeitos, professor e aluno, englobando tanto a ação de ensinar quanto a de apreender, em um processo contratual, de parceria deliberada e consciente para o enfrentamento na construção do conhecimento escolar, decorrente de ações efetivadas na sala de aula e fora dela (Anastasiou, 2003, p.15).

Então, na busca de quebrar paradigmas e romper com o tradicional, ao trabalhar a proposta das autoras sobre ensinagem, podemos ter um *insight* baseado nas semelhanças, estabelecendo uma relação entre professor e médico, aluno e *Pessoa-que-busca-ajuda*, Ensino e Cuidado, aula e consulta, desenvolvendo e propondo a partir desta visão sistêmica o termo **consultagem** (neologismo) para denominar o encontro entre médico e Pessoa, o *fazer consulta*, como parte do processo de cuidar em saúde. Significando *consultagem*

\* A expressão ensinagem foi inicialmente explicitada no texto Anastasiou (1998).





“*uma prática social entre médico e Pessoa, com troca de conhecimentos, com um contrato, baseada na parceria, na busca de construir o Cuidado, através de ações dentro e fora do consultório, de ambas as partes*”. Prática esta, onde o médico e a Pessoa buscam *aprender* sobre os problemas de saúde, refletir sobre suas repercussões, suas relações e determinação no processo de Cuidado. Portanto, vamos usar sem maiores pretensões o termo *consultagem*.

Na relação entre pessoas, o sentimento de afeição entre elas pode ser “à primeira vista”, apaixonante, ou seguir um caminho de construção através do conhecimento mútuo, progressivo, longitudinal, onde se estabelece uma relação baseada na confiança e no afeto. A *consultagem* também é o encontro entre pessoas com expectativas, objetivos e tarefas definidas de parte a parte, onde se estabelece uma relação. O preparo para este encontro inicia bem antes.

Para o médico começa no

1. curso de *graduação*, se não estiver preocupado apenas com doenças e diagnósticos; segue com a
2. escolha da *especialidade*;
3. com o preparo na *especialização*;
4. tem relação com o seu *momento da vida* atual; e culmina em
5. como os *momentos preliminares* à *consultagem*.

Para a *Pessoa-que-busca-ajuda* começa

1. com sua história pessoal e familiar de contatos com o adoecer;
2. com o estabelecimento do *estilo de vida, heranças e outros aspectos biopsicossociais* que interferem com a saúde;
3. com a *decisão de buscar ajuda* – muitas vezes não é ela quem decide, às vezes é precoce, outras é tardia;
4. segue com a *escolha do médico*;
5. e tem seus momentos finais na *sala de espera*.

Para ambos toda esta preparação tem seu clímax na *consultagem*, pois quando estas duas pessoas se encontram temos dois especialistas: o médico especialista em diagnósticos, exames e medicamentos; e a pessoa especialista nela própria.

Mas não se encerra aqui, pois ainda temos:

4. os *exames* a fazer,
5. o atendimento em *equipe*,
6. o contato com a *família*,
7. as *consultorias* e
8. a tomada de *decisões*.





Muitas vezes, a empatia é imediata e recíproca no primeiro encontro. Em outras, em virtude das expectativas, ansiedades, defesas, experiências anteriores e medos de ambas as partes, o primeiro encontro pode não ser muito bom. Em ambos os casos, a continuidade pode mudar isto – e, muitas vezes, inverter esta primeira impressão. A pessoa não recebe uma preparação formal sobre como “fazer” a consultagem, ela vai construindo isto através de seus contatos com médicos e sistema de saúde. As mulheres desenvolvem mais estes aspectos pelos repetidos contatos com os serviços de saúde (problemas menstruais, levar os filhos, levar o marido, acompanhar os pais ou sogros, pré-natal, parto etc.), enquanto os homens têm menos contato. Este “despreparo” para participar da consultagem e exercer o papel de especialista em si mesmo repercute no desfecho do cuidado. Algumas orientações têm sido utilizadas para que as pessoas melhorem o relacionamento com os médicos (Figura 14.2).

O elemento chave para alcançar êxito neste encontro é preservar e melhorar a relação entre o médico e a pessoa, fundamental para o sucesso do diagnóstico e tratamento, pois o processo de interação entre ambos é possivelmente o aspecto mais terapêutico do encontro para cuidar da saúde.

A *consultagem*, independente do cenário em que ocorre – consultório, hospital, domicílio -, é a parte fundamental do relacionamento entre o médico e a pessoa.

Hipócrates\* (que exerceu a medicina inteiramente voltada para o doente, interessada pelo sofrimento do homem) examinava os doentes de forma cuidadosa e conversava com eles sobre suas queixas denotando o quanto valorizava a relação médico-pessoa. Foi ele o primeiro a nortear os preceitos da ética e desta relação, com citações objetivas:

O médico deverá saber calar-se no momento oportuno [...] deverá manter uma fisionomia serena e calma e nunca estar de mau humor [...] Deverá dar toda a atenção ao paciente, responder calmamente às objeções, não perder a tolerância e manter a serenidade diante das dificuldades. (Rezende apud Branco, 2001, p. 30).

A imagem que vem à cabeça ao lermos esta descrição é de um “médico Mona Lisa”. Hoje, devemos levar em conta os escritos de Hipócrates, mas o profissional pode e deve ser mais interativo e, como disse um colega, “*pode até chorar com as pessoas; só não deve chorar mais que elas*”.

---

\* Hipócrates, considerado o Pai da Medicina, nasceu na ilha de Cos, 460 anos a.C., e pertence ao ramo de Cos da família Esculápio (ou Asclepiades) por descendência masculina. O termo esculápio é igualmente empregado para designar os médicos em geral, na medida em que praticam a arte de Esculápio (ou Asclepios), o Deus da medicina na época clássica.



## Problemas de relacionamento

### Onde os médicos erram

- Ao pressupor que o paciente não vai entender o que está sendo explicado
- Ao mentir ou omitir informações para poupar o paciente sem que ele tenha manifestado a vontade de não saber a verdade
- Ao confundir persuasão com coerção. Ameaçar o paciente de morte não é a melhor forma de convencê-lo de que um tratamento é melhor do que outro
- Ao ser seco demais ou pouco cordial na hora de dar informações ou discutir as opções de tratamento
- Ao se sentir ofendido se o paciente manifesta o desejo de ouvir outras opiniões
- Ao impor ao paciente apenas uma possibilidade de tratamento, quando existem outras opções

### O que fazer

- Tenha paciência e explique quantas vezes for necessário. O paciente não é obrigado a saber tudo sobre sua doença, mas precisa entender o básico para tomar suas decisões
- Fale sempre francamente, usando de bom senso para perceber o que o paciente está preparando para escutar
- Seja cordial, fale com o paciente pessoalmente e escute o que ele tem a dizer
- Use uma linguagem adequada, que possa ser entendida facilmente, sem ser formal ou coloquial demais
- Deixe sempre em aberto a possibilidade de o paciente buscar a opinião de outros profissionais
- Saiba respeitar as decisões do paciente, mesmo que contrariem o que você acha melhor para ele
- Caso se sinta constrangido com a situação acima, comunique ao paciente e discuta a possibilidade de encaminhá-lo a outro profissional

### Onde os pacientes erram

- Ao achar que o médico tem o poder de curar tudo
- Ao exigir que o médico dê garantias de que tudo vai dar certo
- Ao insistir no tratamento mesmo quando a relação e a confiança no médico estão abaladas
- Ao chegar à consulta com preconceitos e já desconfiando do médico
- Ao ser agressivo e culpar o médico pelo diagnóstico ou pelas coisas ruins que estão acontecendo
- Ao ocultar do médico o desejo de procurar outros profissionais para se sentir mais seguro na tomada de decisões
- Ao mentir sobre medicações que toma ou sobre os exames que já realizou
- Ao tirar conclusões precipitadas sobre o resultado de exames, sem discutir o assunto com o médico

### O que fazer

- Busque profissionais bem referenciados, nos quais possa confiar
- Informe-se sobre a experiência do médico antes de tomar qualquer decisão
- Caso não se sinta à vontade com o médico, ou não haja uma empatia recíproca, procure outro profissional
- Após a primeira consulta, faça uma lista das dúvidas que surgiram durante a conversa com o médico, anote em um papel e pergunte tudo o que ficou pendente na próxima ocasião que encontrá-lo
- Exija o direito de ver o resultado de seus exames, mas não tire conclusões precipitadas sobre o resultado. Se não entendeu, pergunte
- Se não está seguro quanto ao diagnóstico, peça ao médico a realização de novos exames
- Tenha em mente que a medicina é uma garantia de meios e não de fins. Sempre haverá a possibilidade do inesperado
- Converse com o médico sobre todas as possibilidades de tratamento. Mas a decisão final é sempre sua

Fontes: cardiologista Aloyzio Cechella Achutti, oncologista clínico Enio Utz, biólogo José Roberto Goldim, médico internista Luiz Ronaldo Huber, oftalmologista e presidente do Cremers Marco Antônio Becker

**FIGURA 14.2**

Orientações para diminuir dificuldades de relacionamento

Fonte: Camargo, 2004, p. 4-5.

Tradicionalmente, a sociedade autoriza o médico a tomar decisões e ter o poder e a autoridade a respeito das necessidades da Pessoa. Esta por sua vez, é encorajada a dar esta responsabilidade ao médico e permanecer no papel de “doente” ou “dependente”, pelo menos temporariamente. Há que se dosar este poder chegando a um equilíbrio que possa auxiliar, que possa ser terapêutico.

Para a *consultagem* ser bem-sucedida, o médico e a Pessoa devem trabalhar juntos e acordar, dividindo informações a respeito das possibilidades e consequências. Embora existam muitas facetas da prática médica, a nossa abordagem refere-se sobre a importância do afeto na conduta do médico, pois, muitas vezes o problema não está na pessoa, mas, sim, entre as pessoas. Daí surge a seguinte questão: *O que faz a diferença para que a pessoa sinta-se melhor e aderida ao tratamento?* Partilhamos a idéia de que é a afetividade na relação, construindo um vínculo que ao mesmo tempo seja técnico e com cumplicidade do afeto – o que implica em desenvolver habilidades apropriadas, ter embasamento teórico e basear-se nas necessidades e experiências individuais.



Se “de um lado” existe a pessoa buscando ajuda, com todo seu contexto e necessidades, “do outro lado” existe o médico – sendo inevitável pensarmos em: Como vai sua disponibilidade e disposição? Quais são suas concepções? Seu desejo de empatia? De que tempo dispõe? Que pressão sofre da demanda que o espera para o atendimento? Como vai a sua vida pessoal? Como vai a sua formação contínua, seu estudo e o seu trabalho? Qual a recordação de experiência passada idêntica à que tem na sua frente? Ou seja, é fundamental cruzar os aspectos subjetivos do médico e da pessoa, para que ambos comecem a sentir a atuação mais humanizada, com o reconhecimento das emoções e uma prática autorreflexiva (McWhinney, 1997).

O médico também precisa levar em conta que, por cuidar de membros de uma família, torna-se parte do complexo de relacionamentos familiares. Além disso, muitos de nós compartilhamos com as pessoas que cuidamos a mesma comunidade.

Sofremos constante influência pelas emoções vivenciadas que nos fazem sentir, refletir e mudar ou não de opinião. As pessoas só vão encontrar respostas aos seus apelos se nos permitirmos nos aproximar... E, então, é através do afeto e de uma abordagem centrada na Pessoa que poderemos dar respostas.

Ensinar a fazer consultagem para o MFC implica em aproveitar todas as oportunidades para ajudar o residente a internalizar, incorporar, os instrumentos que fazem a diferença da prática do MFC com os demais especialistas.

Devemos ter em conta que o MFC, em sua prática, necessita de uma relação humanizada com as pessoas que buscam seus cuidados, e isto será alcançado tendo como pano de fundo: a relação entre o médico e quem busca ajuda, pressupõe pessoas – seres com pensamentos, desejos e expectativas -, lidando com sofrimento e dor, havendo intensa troca de emoções e tendo o afeto como base. Assim também é a relação entre o preceptor e o residente: uma relação entre pessoas.

A consultagem em APS não se restringe a uma relação entre um técnico e uma doença (*disease*), pois podemos dizer que os serviços de saúde operam num processo de produção do cuidado, baseado em intensa relação interpessoal – relação profissional-paciente – e, por isso, extremamente dependente, em sua eficácia, do vínculo que se estabelece entre os envolvidos. E, além disso, descentralizando-se da doença (*disease*), pode ser também um processo de ensino-aprendizagem.

Ao contrário de outros setores, nos quais se trabalha sobre coisas ou objetos, o processo de trabalho em saúde incide sobre pessoas, de forma compartilhada entre quem usufrui e quem proporciona e onde a pessoa atendida é parte contribuinte do processo de trabalho.

A pessoa fornece valores de uso necessários ao processo de trabalho, não apenas a informação acerca do que ocorreu consigo, qual a história de sua queixa ou doença; é solicitada dela uma participação ativa, para que sejam corretamente aplicadas as normas e prescrições médicas.





Enquanto fornecedor de valores de uso substantivo, a pessoa que usa o serviço de saúde torna-se um participante ativo do processo de trabalho e, em geral, um co-responsável pelo êxito ou o insucesso da ação terapêutica.

Trazendo para a área da saúde, conforme a definição clássica de processo de trabalho e seus componentes, podemos sistematizar o processo de trabalho em saúde assim:

- Matéria-prima ou objeto de trabalho > pessoa que busca os serviços de saúde;
- Instrumentos de trabalho > tecnologia (leve/dura/leve-dura);
- Homem > trabalhador em saúde = operador do cuidado.;
- Produto > trabalho em saúde > atos de saúde = produção do cuidado.

O atendimento em Atenção Primária à Saúde tem *qualidades específicas*, diferentes de outros tipos de consultas.

No *Cuidado Hospitalar e Especializado*, as pessoas e seus problemas de saúde são altamente selecionadas e apresentam seus sintomas de forma organizada. Na APS, pelo contrário: em geral, as pessoas vêm buscar ajuda quando estão com seus problemas de saúde em uma fase inicial, com a doença em evolução, muitas vezes impossibilitando a realização de um diagnóstico. Isto requer que o médico de família e comunidade tolere certa quantidade de incertezas e considere a utilização de ferramentas como a lista de problemas como um recurso de trabalhar e manejar frente a estas situações indiferenciadas. O médico de família e comunidade (mfc) deve desenvolver seu raciocínio clínico a partir de sinais e sintomas.

Além disso, “a crença, valores e linguagem que o médico leva para seu trabalho podem diminuir sua habilidade para ajudar as pessoas, cujos antecedentes e cultura podem ser muito diferentes”, o que pode influenciar fortemente a prática médica e seu desfecho.

Em Atenção Primária à Saúde (APS), a tentativa de formular um diagnóstico de modo tradicional pode levar à frustração do médico ou a fazer com que a Pessoa sinta que não esta sendo entendida. A consultagem em APS é qualitativa e quantitativamente diferente da “tomada de história” que se aprende, apresentando características específicas, tais como:

1. A decisão da pessoa em consultar com o médico:
  - outros médicos ou hospital: por encaminhamento;
  - consultagem centrada na pessoa: a Medicina de Família e Comunidade trabalha com a pessoa, mais do que com a enfermidade (*disease*) ou a queixa.
2. A Medicina da pessoa como um todo (integral):
  - o médico vê a pessoa por ampla variedade de razões, repetidamente e por longo período de tempo;





- o médico pode entender a pessoa e seu contexto de vida / comunidade.
- 3. O médico e a pessoa são acessíveis um ao outro:
  - coleta e processamento de informações;
  - processo diagnóstico que pode ser desenvolvido ou alterado através do tempo, com diversos níveis de informações;
  - cuidado abrangente/compreensivo;
  - cuidado continuado;
  - cuidado preventivo.
- 4. A consultagem em APS é o acesso ao sistema de saúde:
  - outros especialistas;
  - outros serviços;
  - deve haver preocupação com os gastos.

Estes aspectos descritos acima fazem com que, no início de sua formação, o médico residente, frente às situações que não consegue colocar dentro de um diagnóstico, desenvolva ansiedade que pode imobilizá-lo ou fazer com que busque estudar da forma tradicional, por patologias, sobrecarregando-se de conteúdos a serem aprendidos. Isto se torna mais importante a partir do conhecimento que temos de que cada pessoa que consulta um MFC traz, em média, três problemas a serem resolvidos e, diferentemente do que ocorre com outros especialistas, são de áreas diferentes.

Torna-se fundamental que o preceptor tenha uma postura oportunista em relação às ocasiões que dispõe para levantar os instrumentos necessários ao MFC, para fazer frente a essas dificuldades. Iniciar com os problemas mais frequentes é menos frustrante para o residente – e, ao mesmo tempo, torna-o preparado para lidar com as situações mais difíceis.

Os principais instrumentos do MFC para a prática da consultagem são:

1. O modelo de abordagem a ser empregado.
2. O hospital e serviços especializados: são recursos importantes para o mfc, e para isto:
  - devem ser usados corretamente: se encaminha demais, o que significa ineficiência, congestionando demais níveis, gerando espera – e ainda há falta de leitos; se encaminha “pouco” – pacientes não recebem benefícios de serviços disponíveis.
  - devem conhecer serviços disponíveis e os diferentes caminhos;
  - devem saber dos consultores se está usando corretamente;





- devem fazer cursos para saber de avanços nas especialidades;
  - devem melhorar comunicação com médicos do hospital;
  - devem saber usar o telefone como recurso.
3. A prática, na qual é fundamental o uso adequado do tempo, por ser influenciada por muitos fatores:
- diversidade dos problemas;
  - lei das séries;
  - diversas combinações de idade, sexo, fatores familiares e socioeconômicos;
  - envolve diversos serviços de apoio;
  - saber trabalhar com organizações da comunidade;
  - vários cenários: p. ex.: realização de assistência domiciliar;
  - atuação em equipe;
  - ter em mente que, primeiro, qualquer sistema deve ser flexível; permitindo imperfeição no paciente, na equipe e no médico e, por fim, que nenhum sistema é inteiramente satisfatório.
4. O Registro Médico.

Não deve ser considerado apenas como um “salva memória”, mas, sim, como uma ferramenta de trabalho.

O registro clínico tem por objetivos:

- permitir um rápido acesso aos dados do paciente;
- permitir a anotação continuada de todo(s) o(s) problema(s);
- permitir a contabilização e avaliação da frequência de consultas;
- permitir a obtenção de dados para planejar ações preventivas e de diagnóstico precoce;
- permitir a educação continuada do médico.

Em Atenção Primária à Saúde, o médico trabalha mais com problemas de saúde do que com diagnósticos.

Portanto, o **problema** é a unidade funcional do Registro Médico Orientado por Problemas (RMOP), que apresenta quatro componentes fundamentais:

- base de dados;
- lista de problemas;
- folha de evolução;
- folha de resumo e fluxogramas.





Quais os problemas que devem ser incluídos na lista de problemas? O *Royal College of General Practitioners* define os seguintes critérios de inclusão e problemas na lista de problemas:

- a) Doenças relevantes.
- b) Doenças que requerem tratamento médico contínuo.
- c) Doenças que condicionam a escolha terapêutica.
- d) Doenças que afetam as funções do doente.
- e) Problemas sociais.

E podemos acrescentar todos aqueles dados ou informações que nos auxiliam na formulação de um manejo adequado.

Os problemas podem ser enumerados em ordem cronológica ou em ordem de importância. Mas atenção: não devemos colocar diagnósticos interrogados na lista de problemas. Quando não dispomos de diagnóstico devemos relacionar sinais e sintomas de forma a elaborar raciocínio que nos leve a diagnóstico(s) ou nos permita manejar a situação mesmo sem ele.

A **Lista de problemas** é dinâmica: pode haver mudança de ativos para passivos e vice-versa; podem surgir problemas novos; podem resolver-se problemas ou podem agrupar-se problemas. E deve estar em local de destaque no prontuário e visível em todas as consultas.

A **Evolução** com as anotações das consultas de seguimento da pessoa serve para acompanhamento dos problemas, devendo, portanto, estar **ordenada** cronologicamente, colocando-se a data e o horário do atendimento.

No **RMOP** preconiza-se para os registros da Evolução uma anotação simplificada baseada em quatro itens:

- Subjetivo (**S**)
- Objetivo (**O**)
- Avaliação (**A**) ou Lista de Problemas.
- Plano (**P**)





É o que se designa de **SOAP**, sendo que cada item comporta os seguintes dados:

- S** Informações Subjetivas
  - Queixa(s) atual(is).
  - Sintoma(s).
  - História familiar e social.
  - História passada.
- O** Informações Objetivas
  - Achados físicos.
  - Dados de exame clínico.
  - Exames complementares
- A** Avaliação/ Lista de Problemas
  - Sinais e sintomas ou diagnóstico(s).
  - Situação atual do problema.
  - Impressão do médico
- P** Plano
  - Terapêutico.
  - Medicação.
  - Procedimentos.
  - Investigação.
  - Testes de laboratório.
  - Educação da pessoa

Assim como na consultagem é importantes o **conteúdo**, que é expresso pelas tarefas (identificar a razão do atendimento, desenvolver plano e manejo) e o **processo**, representado pelo comportamento dos envolvidos (é o modo como a consulta é conduzida, que determina a eficácia do encontro), a supervisão do residente também está diretamente ligada a estes dois aspectos e cujo sucesso depende de preceptor e residente trabalharem juntos, *compartilhando informações* para alcançarem resultados significativos no aprendizado.







# 15

ATIVIDADE

## Abordagem familiar

Dia 5: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

### PLANO DE AULA

Objetivos	Metodologia	Conteúdos	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Consolidar técnicas e habilidades específicas da prática da MFC.</li> <li>■ Gerar um modelo facilitador para a prática e aprendizado do MFC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Encenação da experiência de abordagem familiar.</li> <li>■ Exposição dialogada sobre a entrevista familiar, realização de genogramas e ciclo de vida familiar.</li> <li>■ Apresentação / construção de um genograma.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Conteúdos da entrevista familiar.</li> <li>■ Conceito de genograma.</li> <li>■ O que o instrumento proporciona.</li> <li>■ Como utilizá-lo.</li> <li>■ O que explorar com a técnica.</li> <li>■ Apresentação dialogada sobre ciclo de vida familiar.</li> <li>■ Conceito e fases do ciclo de vida familiar da classe média e da classe popular.</li> <li>■ Contextualização deste referencial como instrumento para a prática do MFC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Através de questões abertas e fechadas sobre o módulo: Instrumentos da abordagem - ao final deste módulo.</li> </ul>

### BIBLIOGRAFIA

Aula	Obrigatória	Complementar
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ FERNANDES, C.L.C., CURRA, L.C.D. Ferramentas de Abordagem da Família. In:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ McGOLDRICK, M.; GERSON R. Genetogramas e o Ciclo de Vida Familiar. In: <b>As Mu-</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ NICHOLS, Michael P. <b>Te-</b> <b>rapia familiar: conceitos</b></li> </ul>





Aula	Obrigatória	Complementar
<p><b>Programa de Atualização de Medicina de Família e Comunidade</b> / organizadas pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. – Porto Alegre: Artmed /Panamericana Editora, 2006.</p> <p>■ <b>PRADO LC. Famílias e Terapeutas: construindo caminhos.</b> – Porto Alegre: Artmed, 1996.</p>	<p><b>danças no Ciclo de Vida Familiar: uma estrutura para a terapia familiar.</b></p> <p>- 2.ed. – Porto Alegre: Artmed, 1995.</p>	<p>e métodos 3.ed. – Porto Alegre: Artmed, 1998.</p>

**Horário:** \_\_\_\_ : \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**Duração:** 120 minutos

**Coordenador principal:** \_\_\_\_\_

**Coordenador auxiliar:** \_\_\_\_\_

**Material necessário:** Data-show, quadro branco ou negro, papel cartaz e canetas.

## DESCRIÇÃO DA TÉCNICA

A técnica é composta de quatro etapas.

A atividade busca estabelecer que a partir do atendimento individual seja percebida a necessidade da abordagem familiar pelo MFC. Portanto, inicialmente, não será sugerida pelos coordenadores esta necessidade, mas, se no decorrer do atendimento individual o MFC quiser abordar a família, esta estará disponível. Caso ao final do atendimento individual isto não tiver ocorrido, o Coordenador deverá discutir como foi a abordagem individual e sugerir como instrumento a entrevista familiar, e propor este atendimento. No fechamento da atividade; o Coordenador deverá conferir a utilização dos instrumentos de abordagem familiar: genograma, ciclo vital etc.

### ETAPA 1

#### 1º passo

O coordenador selecionará entre os participantes seis atores voluntários (três homens e três mulheres) e os convida a organizarem a atividade, fora da sala de aula. Os demais participantes permanecem em sala de aula.





## 2º passo

Já com os seis componentes fora da sala de aula, o coordenador refere que necessita de alguém para representar o(a) médico(a) de família e comunidade, um(a) para médico(a) residente, um para o paciente e os três restantes serão observadores. Escolhidos o médico preceptor e o residente, estes recebem a instrução de voltar à sala de aula e organizar o cenário para o atendimento. Para os componentes restantes, são distribuídos os seguintes papéis: o paciente – com uma doença crônica –, a esposa e os dois filhos adolescentes. Cada participante receberá o perfil de seu personagem para facilitar o direcionamento da consulta.

Os familiares do paciente sentarão junto ao grupo, não se identificando até que seja solicitado.

## 3º passo

Durante a encenação a platéia tem a tarefa de anotar o que faria diferente e reforçar o que foi positivo.

## ETAPA 2

Discussão sobre a encenação da abordagem individual.

## ETAPA 3

Proposta de encenação da Abordagem Familiar (se não ocorrer).

## ETAPA 4

O coordenador faz o fechamento da atividade mostrando os pontos chaves sobre entrevista familiar, genograma e ciclo de vida familiar.

Perfil que deve ser distribuído aos atores, respectivamente:

## Médico de família e comunidade & preceptor

O preceptor da Residência de Medicina de Família e Comunidade está nesta semana com um residente em sua sala de atendimento, que o acompanha nas consultas.

Ele atenderá o Sr. Manoel, numa reconsulta para mostrar exames.





O preceptor deverá, no atendimento, utilizar instrumentos de abordagem que sejam facilitadores para garantir a aderência do Sr. Manoel ao tratamento, assim como facilitar o entendimento do médico residente dessas ferramentas de trabalho.

### **Médico residente**

O médico residente está na sua primeira semana de residência em Medicina de Família e Comunidade e está acompanhando o seu preceptor com o objetivo de se familiarizar com o serviço e adquirir um modelo de identificação.

Como médico residente de primeiro ano, é bastante interessado, mas, ainda não entendeu muito bem como se dá a atuação do Médico de Família e Comunidade.

### **O paciente: Manoel, 59 anos, casado, comerciante**

Manoel vem numa reconsulta mostrar o resultado da hemoglobina glicolisada que está alterada (10%) e a glicemia de jejum que se mantém em 210 mg/dl. Demais exames normais.

Come (muito bem) habitualmente em casa, pois a esposa é uma excelente cozinheira, ambos têm origem portuguesa.

Nega-se a fazer exercício físico e refere que segue o controle alimentar conforme a orientação anterior, fornecida pelo médico.

Mas não perdeu nenhum grama desde então.

Sempre realiza os exames solicitados, mas não parece fazer diferença na continuidade do atendimento, pois persiste obeso, hipertenso e com a diabetes descompensada.

Refere usar todas as medicações prescritas, não entende por que os exames continuam alterados.

Nome: Manoel. Idade: 59 anos.

Estado civil: casado com Maria Isabel há 29 anos, com quem tem 2 filhos, um menino (19 anos) e uma menina (17 anos).

Profissão: comerciante (tem um minimercado de bairro de periferia).

Natural: Rio de Janeiro.

Escolaridade: cursou até a 5ª série do ensino fundamental.

Motivo da consulta: mostrar resultado de exames.

Exame físico: peso 101 kg; altura 168 cm; PA 150/100.

Não fuma e bebe somente nos finais de semana a quantia de, no máximo, 4 latas de cerveja.





**Filiação:**

Pai: João, também comerciante – foi quem deixou o minimercado para o Sr. Manoel – falecido há 26 anos (aos 59 anos) por infarto agudo do miocárdio, teve também acidente vascular cerebral e Diabetes mellitus tipo 2.

Foi casado duas vezes. Do primeiro casamento teve quatro filhos, sendo o Manoel o primeiro, depois duas filhas mulheres e por último um homem. Da segunda união (com Antonieta – 29 anos mais jovem) teve dois filhos homens. João é o único filho homem e último de uma prole de quatro filhos, em que o pai morreu com 47 anos de morte súbita e a mãe com 65 por DM 2.

Mãe: Constantina, 84 anos, do lar. Teve quatro filhos e um aborto com João.

Depois da separação não se casou de novo e seguiu morando com a filha mais velha que é solteira até hoje.

É hipertensa e obesa. Vem de uma família em que era a primeira filha de seis filhos homens.

Mantém uma relação conflituosa com Manoel – por este manter boa relação com a segunda esposa do pai.

**A esposa**

Nome: Maria Isabel

Idade: 49 anos

Profissão: Dona-de-casa

Escolaridade: 4ª série do ensino fundamental.

Gosta de cozinhar e cuidar da casa, não tem noção sobre a doença do esposo.

Está muito preocupada com os filhos, que vivem na rua e não querem ajudar em casa.

Manoel a responsabiliza pela educação dos filhos já que ele traz o dinheiro para casa.

Tenta agradar Manoel fazendo uma comida bem boa e tem se esforçado para não mostrar ao esposo as constantes brigas em casa por causa do computador e da conta do telefone – que mais uma vez passou dos limites.

Também é obesa e hipertensa, mas acredita que os médicos exageram um pouco.

**Marco Antônio, filho de 19 anos**

Está repetindo pela segunda vez o primeiro ano do ensino médio. Também é obeso. Vive no computador e detesta a irmã que é uma “patricinha”.





## **Joana, filha de 17 anos**

Está no 2º ano do ensino médio. Está em constante conflito com a família, sente-se “diferente”, menospreza a todos por serem “gordos”. Passatempo predileto: ficar no telefone.

### **TEXTO DE APOIO**

#### **Entrevista Familiar**

*Lêda Chaves Dias Curra*

A presença de membros da família em uma consulta cria uma oportunidade exclusiva e desafiante para o médico e a Pessoa. São necessárias habilidades especiais para realizar uma abordagem respeitosa e eficiente que envolva a família na consulta ambulatorial. Essas habilidades incluem a construção de uma relação harmoniosa com cada participante, a fim de identificar suas questões individuais e perspectivas e encorajar a participação de todas as pessoas. Os médicos devem evitar a triangulação, manter a confidencialidade e verificar o acordo com o plano. Para isso, pode ser necessário usar abordagem de família para resolver problemas de comunicação, manejar conflitos e negociar acordos em comum.

Razões para trabalhar com as famílias:

- É o primeiro grupo que o indivíduo participa e que continua a influenciá-lo mais diretamente durante toda a sua vida.
- A reação da família à doença influencia diretamente na sua evolução.
- A etiologia das doenças é multicausal.
- É função da família promover o crescimento de seus membros.
- O envolvimento da família multiplica recursos.
- Informação colhida de vários familiares torna o diagnóstico da situação mais fiel.
- A construção de um plano terapêutico envolvendo a família torna a intervenção mais efetiva.

Objetivos no trabalho com as famílias:

- Obter informações.
- Estabelecer relação de confiança.
- Aproximar-se da família para ampliar recursos terapêuticos e diagnósticos.





Momentos da entrevista:

- Apresentação.
- Aproximação.
- Entendimento da situação.
- Discussão.
- Estabelecimento de um plano terapêutico.

A entrevista com a família pode se caracterizar como instrumento de abordagem do mfc, onde há a possibilidade de conhecer mais a vida da pessoa em questão. Facilita o entendimento do funcionamento de aspectos que podem se revelar essenciais na formulação de um diagnóstico.

O objetivo da entrevista com a família é a construção de um espaço que revele o complexo contexto em que a pessoa está inserida. Para isso, os momentos da entrevista servem para nortear o processo de abordagem.

No encontro com a família, todas as interações devem ser observadas pelo mfc – as verbais e as não-verbais. E, como em qualquer encontro que seguem regras culturais de relação social, é importante demonstrar preocupação com a acomodação de todos. O mfc deve apresentar-se e solicitar ajuda para que todos da família se apresentem. Esse momento é também importante para que haja a aproximação com a família, de forma que se sintam acolhidos para poderem falar.

O mfc pode utilizar os primeiros minutos para falar informalmente, depois de repetir, brevemente, o motivo do encontro, caso saiba, e, então, solicitar a opinião de cada membro da família. Neste ponto, o objetivo é ouvir cada pessoa, uma de cada vez.

Além de estar atento ao conteúdo da apresentação, observando as semelhanças e diferenças entre os membros que ali se encontram, o mfc observa o modo como se comporta e se relaciona a família.

Na etapa seguinte o mfc deve favorecer a interação entre os membros. É conveniente propiciar que conversem sobre o problema, pois, desta maneira, explicitarão a forma como conduzem tal situação.

Devemos nos concentrar nos problemas específicos e nas soluções tentadas. E considerar o possível envolvimento dos membros da família, dos amigos ou as pessoas que lhes prestam ajuda, localizando redes de apoio.

O novo sistema – a família e o mfc – elegem os objetivos e possíveis mudanças a serem alcançados no tratamento, e, conjuntamente, propõe um novo encontro que possa avaliar os objetivos desejados.

### Variáveis a serem investigadas

- Aparecimento e características do sintoma.





- Contexto do aparecimento de sintomas.
- Expressão e manejo dos sintomas.
- Eficiência em resolver problemas.
- Padrões de comunicação.
- Capacidade de autonomia e intimidade.
- Capacidade de lidar com as perdas e mudanças.
- Expressão e manejo dos sentimentos.
- Estrutura familiar.

### Situações em que a família deve ser envolvida

- Doenças crônicas.
- Doenças psicossomáticas.
- Transtornos psiquiátricos.
- Doenças agudas frequentes.
- Doenças comportamentais.
- Dificuldade de adesão ao tratamento.
- Doenças debilitantes ou incapacitantes.
- Pré-natal, puerpério.
- Puericultura.
- Doenças infecto-contagiosas.

Observações da prática dos médicos de família mostram que as entrevistas de família, quando são usadas rotineiramente e incorporadas desde o início da atividade profissional da especialidade, durante a residência médica, fornecem maior grau de qualidade na vida das famílias e do próprio profissional. Existe uma forte evidência unindo a qualidade da comunicação ao resultado da clínica. O sucesso de qualquer consulta depende de quão bem se comunicam a pessoa e o médico. As Pessoas não estão exclusivamente fisicamente doentes ou exclusivamente emocionalmente aflitos. Frequentemente ambos. Em adição, o médico principiante, ou não, também guarda uma série de questões presentes no encontro terapêutico. A abordagem com a presença de outros membros pode ser uma excelente ferramenta para melhorar o entendimento e a satisfação de ambos.

### Genograma

O genograma familiar é um desenho gráfico da história e do padrão familiar, mostrando a estrutura básica, a demografia, o funcionamento e os relacionamentos da família. A utilização do genograma familiar como método diagnóstico e intervenção terapêutica oferece a visualização gráfica de fatos



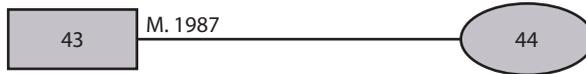


significativos da família, proporciona uma visão trigeracional de uma família e de seus movimentos através do ciclo de vida. O Genograma ajuda o médico de família a ver um quadro maior, do passado e do presente: a informação sobre a família que aparece neste instrumento pode ser interpretada na forma horizontal, focal, olhando a situação problema através do contexto familiar e /ou vertical, através das gerações, tentando desvendar padrões que propiciem, longitudinalmente, o aparecimento do problema.

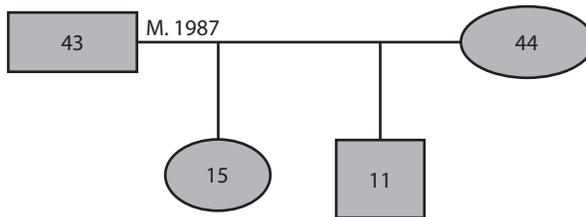
O fluxo “vertical” deriva das normas de funcionamento que se transmitem historicamente de uma geração a outra.

O fluxo “horizontal” surge das tensões atuais que pesam sobre as famílias, à medida que avança através do tempo, suportando as mudanças crises evitáveis e inevitáveis, ao longo do ciclo de vida familiar.

Estão incluídas as idades, as datas dos casamentos, das mortes e localizações geográficas. Os homens são representados por quadrados e as mulheres por círculos, com suas idades dentro das figuras. As linhas horizontais indicam os casamentos com as datas escritas na linha, e as verticais conectam os pais e os filhos. Digamos – ao construir um genograma típico – que eu tenha 44 anos, meu marido 43, e nós nos casamos em 1987:



O diagrama seguinte mostra que temos dois filhos:



Os homens são posicionados do lado esquerdo e as mulheres à direita. Os filhos devem aparecer conforme a ordem cronológica de nascimento da esquerda para direita.

Em seguida, o genograma é expandido para incluir a família extensa.

A informação não é estática, e sugerimos que seja usada uma consulta para realizá-lo, sabendo que algumas informações deverão ser colocadas e modificadas com o tempo por qualquer membro da equipe. O genograma é apenas um “esqueleto”, que deve ser revestido com importantes informações sobre a família.

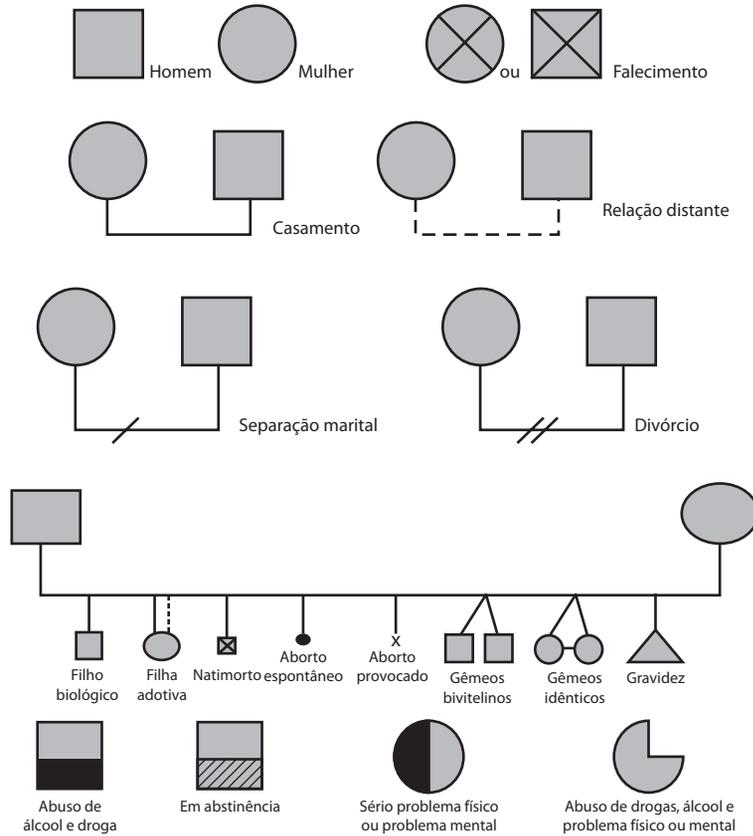




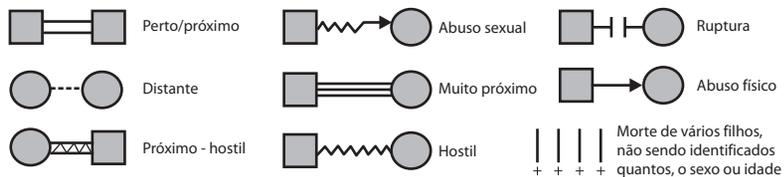
Para utilização posterior é importante que o instrumento seja datado e assinado.

Símbolos utilizados na interpretação do genograma:

### Símbolos utilizados nos genogramas



### Símbolos das interações





Os dados de acontecimentos importantes como mortes, casamentos e divórcios merecem estudo cuidadoso. Esses acontecimentos “movimentam” emocionalmente as famílias, podendo estimular o contato pessoal, ou terminando com os contatos e os membros da família se distanciando cada vez mais. Um divórcio pode unir ou separar uma família.

Outra peça importante de informação é a localização geográfica de vários grupos no sistema familiar. A reunião de grupos familiares em um local sugere laços familiares fortes. Em famílias mais explosivas, o corte emocional é graficamente ilustrado por distâncias extremas separando subunidades familiares. Dados, relacionamentos e localidades são a estrutura para a exploração dos limites emocionais, da fusão, dos rompimentos, dos conflitos críticos, da quantidade de abertura e do número de relacionamentos atuais e potenciais na família.

Coletar a informação necessária deve ser parte de uma entrevista clínica, e o genograma é um retrato dos dados coletados. Através dele, é possível traçar hipóteses sobre como um problema clínico pode estar relacionado com o contexto familiar e sua evolução através do tempo. É possível, também, realizar intervenções e prevenções.

## Ciclo de vida familiar

É o processo evolutivo que cumpre a família no curso dos anos através da passagem de uma fase a outra da vida.

Ao longo de sua trajetória, a família passa por vários estágios que se caracterizam por eventos naturais que necessariamente provocam mudanças na organização do sistema familiar. Estes acontecimentos delimitam estágios distintos do desenvolvimento da família. Cada um dos estágios do ciclo de vida familiar tem problemas específicos e tarefas a realizar. A realização dessas tarefas é importante para o bem-estar da família e para o crescimento biopsicossocial dos seus membros. A falha na realização dessas tarefas, desses ajustamentos necessários à boa evolução da família, levará à infelicidade de seus membros, trará dificuldades adicionais no cumprimento das tarefas dos estágios seguintes do ciclo e levará à disfunção da família.

## As etapas do ciclo de vida familiar de classe popular

### 1. Família composta por jovem-adulto

Os adolescentes das famílias de classe popular são frequentemente “empurrados” para fora de casa para prover a própria subsistência ou são utilizados desesperadamente como fonte de ajudas concretas, tornando-se



**Tabela 15.1 Estágios do Ciclo de Vida Familiar de Classe Média**

<b>Estágio de Ciclo de Vida Familiar</b>	<b>Processo Emocional de Transição</b>	<b>Mudanças necessárias para prosseguir o desenvolvimento</b>
1. Saindo de casa: jovens solteiros.	Aceitar a responsabilidade emocional e financeira (eu).	a) Diferenciação do eu em relação à família de origem. b) Desenvolvimento de relacionamentos íntimos com adultos iguais. c) Estabelecimento do eu com relação ao trabalho e independência financeira.
2. A união familiar através do casamento: o novo casal.	Comprometimento com o novo sistema.	a) Formação do sistema marital. b) Realinhamento dos relacionamentos com as famílias ampliadas e os amigos, de forma a incluir o cônjuge.
3. Famílias com filhos pequenos.	Aceitar novos membros no sistema.	a) Ajustar o sistema conjugal para criar espaço para o(s) filho(s). b) Unir-se nas tarefas de educação dos filhos e nas tarefas financeiras e domésticas. c) Realinhamento dos relacionamentos com a família ampliada para incluir os papéis de pais e avós.
4. Famílias com adolescentes.	Aumentar a flexibilidade das fronteiras familiares para incluir a independência dos filhos e a fragilidade dos avós.	a) Modificar os relacionamentos com o(s) filho(s), para permitir ao adolescente movimentar-se para dentro e para fora do sistema. b) Novo foco nas questões conjugais e profissionais nesta fase do meio da vida. c) Começar a mudança no sentido de cuidar da geração mais velha.
5. Lançando os filhos e seguindo em frente.	Aceitar várias saídas e entradas no sistema familiar.	a) Renegociar o sistema conjugal com diáde. b) Desenvolvimento de relacionamentos dos adultos e destes com os filhos c) Realinhamento dos relacionamentos para incluir parentes por afinidade e netos d) Lidar com incapacidades e morte dos pais (avós)

*(continua)*

**Tabela 15.1 Estágios do Ciclo de Vida Familiar de Classe Média (continuação)**

Estágio de Ciclo de Vida Familiar	Processo Emocional de Transição	Mudanças necessárias para prosseguir o desenvolvimento
6. Famílias no estágio tardio da vida.	Aceitar a mudança dos papéis em cada geração.	a) Manter o funcionamento e interesses próprios e/ou do casal em face ao destino fisiológico b) Apoiar um papel mais central da geração do meio c) Abrir espaço no sistema para a sabedoria e experiência dos idosos, apoiando a geração mais velha sem superfuncionar por ela d) Lidar com a perda do cônjuge, irmãos e outros iguais e preparar-se para a própria morte. Revisão e integração da vida

um adulto sozinho, crescendo por conta própria, sem que nenhum adulto se responsabilize por ele; frequentemente, essa fase começa precocemente, podendo ocorrer em torno dos 10 ou 11 anos.

## 2. Família com filhos pequenos

Essa etapa ocupa grande parte do período de vida familiar e comumente inclui estruturas domésticas com três ou quatro gerações. As tarefas dessa fase combinam a maioria das tarefas dos “recém-casados” com as da “família com filho pequeno”. São elas:

1. formar um sistema conjugal;
2. assumir papéis paternos e
3. reorganizar os papéis perante as famílias de origem.

Frequentemente, as relações são de curta duração, o que determina que, a cada nova relação, a família se reestruture, dando lugar à necessidade de mais um filho desta nova configuração.





### *3. Família no estágio tardio*

Não é provável que haja um “ninho vazio” de fato. Os idosos costumam ser membros ativos da família, mantendo-se com um papel central de sustentar e de educar as gerações mais novas. Esta é a fase que mais vem crescendo ao longo dos anos. As mulheres tornam-se avós precocemente mesmo que, muitas vezes, ainda estejam consolidando sua fase reprodutiva e reconstruindo a vida afetiva. Com a mudança da expectativa de vida, a inserção das mulheres no mercado de trabalho e dificuldades com a moradia, as avós ficam com a responsabilidade de manter sua prole e também os filhos e netos desta.

A utilidade do modelo de ciclo de vida consiste na possibilidade de, por parte do observador, identificar a fase na qual se encontra a família em dado momento, propondo ajuda neste período crítico e, através da continuidade, observar a mudança e a reorganização na passagem de uma fase à outra.





# 16

ATIVIDADE

## Abordagem comunitária

Dia 5: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

### PLANO DE AULA

Objetivos	Metodologia	Conteúdos	Avaliação	Bibliografia
<ul style="list-style-type: none"> <li>Discutir formas de introduzir a abordagem comunitária como tema na formação de preceptores em MFC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Discutir as possibilidades e competências do MFC para trabalhar com a comunidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Problematizar uma tarefa para desencadear a necessidade de trabalhar o tema com os preceptores de MFC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Instrumento especialmente preparado para avaliar as técnicas desta oficina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definição da especialidade em MFC pela SBMFC, WONCA e Comissão Nacional de Residência Médica para a especialidade.</li> </ul>

### BIBLIOGRAFIA

Aula	Obrigatória	Complementar
<ul style="list-style-type: none"> <li>Definição da especialidade em MFC pela SBMFC, WONCA e Comissão Nacional de Residência Médica para a especialidade.</li> </ul>		

**Horário:** \_\_\_ : \_\_\_ : \_\_\_

**Duração:** 90 minutos

**Coordenador principal:** \_\_\_\_\_

**Coordenador auxiliar:** \_\_\_\_\_

**Material necessário:** Data-show, quadro ou papel e canetas hidrocor





## DESCRIÇÃO DA TÉCNICA

O programa de residência de que você é preceptor acabou de fazer um convênio com a prefeitura de sua cidade. O objeto do convênio é o atendimento de uma população de aproximadamente 6000 pessoas em uma área de condição socioeconômica baixa, com área urbanizada de aproximadamente 70% do território. Sabe-se que grande parte dos trabalhadores está ligada ao mercado de trabalho informal, não possuem outro serviço de saúde em um raio de aproximadamente 15Km. A população da área de abrangência desconhece a proposta de atuação.

Existe na área uma escola de ensino fundamental e uma igreja católica, o Banco do Brasil, um supermercado e alguns outros estabelecimentos comerciais.

A Unidade de Saúde disponibilizada conta com os seguintes recursos: dois consultórios, uma sala de enfermagem, recepção, cozinha e uma sala multi-uso de aproximadamente 24m<sup>2</sup>. Os recursos humanos disponíveis são: um preceptor, três residentes, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e quatro agentes de saúde. Na infra-estrutura de referência você conta com o ambulatório de especialidades e setor de internação da universidade.

Por questões financeiras não serão permitidas contratações no período de dois anos, quando termina essa gestão.

## TAREFA

Monte agora um plano de ação para iniciar o trabalho em 30 dias, construindo a estratégia de abordagem a esta comunidade, estabelecendo os passos a serem seguidos.

## FECHAMENTO

- Reunião com a comunidade com o objetivo de aproximar as expectativas e apresentar a proposta de trabalho.
- Realizar diagnóstico de comunidade e demanda.
- Estabelecer prioridades de saúde para a equipe e para a comunidade.
- Utilizar o conhecimento epidemiológico, de vigilância e gerência, para estabelecer prioridades.
- Reconhecer lideranças com o objetivo de estabelecer parcerias no trabalho com a comunidade.
- Participar e fortalecer a presença da comunidade nos fóruns de decisão do SUS.





- Desenvolver trabalho em equipe multiprofissional.
- Construir rede de trabalho intersetorial.

## TEXTO APOIO

### Comunidade

Luiz Felipe Mattos

A palavra comunidade vem do latim *comunitare* e, entre as diversas definições encontradas no Dicionário do Aurélio, destacamos: “conjunto de pessoas morando em determinada área geográfica, que comunga das mesmas crenças.”\*

A partir deste conceito, fica muito claro que os serviços de saúde delimitaram áreas geográficas, as quais dificilmente levam em consideração as características dessas populações, ou seja, a sua origem, o seu desenvolvimento, a sua organização, as suas crenças, as suas expectativas, seus problemas, suas maneiras de encarar a vida, como lidam com o processo de saúde e de adoecer. Tais comunidades acabam ficando *a mercê* de políticas públicas que, na concepção, gostariam de ter a participação comunitária como elemento norteador da aplicação dos recursos, mas que pecam em função da artificialidade das divisões territoriais – em vez de levar em conta a organização comunitária.

A Residência Médica em MFC deve estimular a participação dos médicos-residentes em todas as atividades comunitárias desenvolvidas no território de sua Unidade Docente Assistencial, no sentido de capacitá-los em abordagem comunitária, como uma das ferramentas de intervenções coletivas. Para isto, precisa aprender a planejar, executar e avaliar as ações comunitárias, sob supervisão e orientação dos profissionais da equipe.

Exemplos de atividades na comunidade:

- Nos domicílios: visitas domiciliares terapêuticas e de vigilância.
- Em instituições: creches, lares vicinais, asilos, escolas, associações, etc.
- Não-institucionais: grupos de mães, de mulheres, de idosos, de hipertensos, de gestantes, de autoajuda;
- Fóruns participativos: Conselhos de Saúde (Local, Distrital e Municipal), Conselho Gestor Local, Conferências de Saúde etc.

\* Ferreira, Aurélio Novo Dicionário da Língua Portuguesa. Ed. Nova Fronteira, 1975.





Segundo a SBMFC, em seu texto intitulado “*A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária À Saúde e o Ensino de Graduação – Recomendações & potencialidades*” (Outubro, 2005), cabe ao Médico de Família e Comunidade:

Reconhecimento e elaboração do diagnóstico de saúde biopsicossocial da família e da comunidade.

Conhecimento do cadastro familiar e comunitário como instrumento facilitador do diagnóstico e abordagem familiar e comunitário; de desenvolvimento.



Tabela 16.1 Abordagem Comunitária

Área	Objetivo Geral	Atitudes	Habilidades	Conhecimentos	Treinamento em serviço	Atividades teórico/práticas
Abordagem Comunitária	Desenvolver ações comunitárias de saúde de caráter informativo e participativo visando o empoderamento social em questões relacionadas à saúde, contribuindo para o desenvolvimento pleno da sua função social, na perspectiva de constituição e formação de uma sociedade mais saudável, justa e equânime.  Desenvolver ações de promoção, proteção e assistência à saúde no nível comunitário.  Identificar situações de risco de adoecimento na comunidade, colaborando para sua resolução e buscando e incentivando ações intersectoriais, quando necessário.	Estabelecer relações médico-equipe-comunidade acolhedora e envolvente que considere os fatores biopsicossociais atinentes à saúde da comunidade de forma a permitir a abordagem e o aconselhamento de temáticas e questões específicas, relativas à saúde comunitária.	Desenvolver habilidades no campo da comunicação, da educação em saúde no âmbito da saúde comunitária.  Dominar e executar técnicas de saúde coletiva e de epidemiologia que permitam identificar, diagnosticar e planejar ações de saúde de cunho coletivo, considerando a cultura, os recursos, a infra-estrutura e o suporte social, disponível e/ou a ser explorado com o objetivo de promover e proteger a saúde da comunidade.  Desenvolver habilidades para o desenvolvimento de grupos terapêuticos, informativos e/ou de mobilização social.	Constituição, organização e lógica dos sistemas de saúde.  Demandas, necessidades em saúde e a organização de serviços de saúde.  O Sistema de Saúde Brasileiro.  Saúde como direito do cidadão e dever do Estado.  Educação em saúde no nível comunitário.  Antropologia médica.  Diagnóstico de saúde da comunidade e abordagem promócão da saúde e dos fatores de risco de adoecimento presentes no ambiente comunitário.  Utilização de sistema informatizado para registro e formação de banco de dados, com vista a sistematização de informações e	Mapeamento da comunidade, identificando fatores de risco e proteção à saúde no ambiente comunitário.  Identificação e utilização de indicadores de saúde, com vista ao planejamento e avaliação das ações de saúde.  Mapeamento dos serviços de saúde, moradores, escolas, igrejas e outros recursos sociais que possam colaborar no processo de interseccionalidade das ações de saúde.  Adscrição de domícilios.  Cadastramento de famílias.  Levantamento de fatores de risco e de proteção à saúde e diagnóstico de saúde da comunidade.;	Cursos, Discussão de casos e temas clínicos que englobem: Constituição, organização e lógica dos sistemas de saúde da APS.  Demandas, necessidades em saúde e a organização da oferta de serviços de saúde.  O Sistema de Saúde Brasileiro.  Educação em saúde no nível comunitário.  Antropologia médica.  Diagnóstico de saúde da comunidade e abordagem clínica dos fatores de promoção da saúde e dos fatores de risco de adoecimento presentes no ambiente comunitário.  Epidemiologia aplicada aos serviços locais de saúde.

(continua)



**Tabela 16.1** Abordagem Comunitária (continuação)

Área	Objetivo Geral	Atitudes	Habilidades	Conhecimentos	Treinamento em serviço	Atividades teórico/práticas
				<p>planejamentos das ações de saúde.</p> <p>Violência comunitária.</p> <p>Diagnóstico dos padrões de comportamento sociocultural e de hábitos da vida da comunidade.</p> <p>-Estratégias de mudança social no rumo da saúde como direito efetivo.</p>	<p>Estabelecimento de perfil sociodemográfico e nosológico da população adscrita.</p> <p>Planejamento e avaliação de ações de saúde de curto, médio e longo prazos, em nível individual, familiar e comunitário, considerando a relevância dos problemas e a governabilidade da equipe envolvida no cuidado.</p> <p>Elaboração e implementação de ações de saúde escolar.</p> <p>-Coordenação ou acompanhamento de reuniões comunitárias e Conselhos de Saúde em conjunto com a equipe envolvida para tratar de questões relevantes de saúde da comunidade referenciada.</p> <p>-Planejar e executar junto com a equipe ações de ordem</p>	<p>Utilização de sistema informatizado de dados.</p> <p>Violência comunitária:</p> <p>Padrões de comportamento e de hábitos de vida da comunidade e seus impactos na vida individual e familiar.</p>

(continua)



Tabela 16.1 Abordagem Comunitária (continuação)

Área	Objetivo Geral	Atitudes	Habilidades	Conhecimentos	Treinamento em serviço	Atividades teórico/práticas
					<p>interseccionais com vista ao incremento da eficácia das ações de saúde.</p> <p>-Estudo e estabelecimento junto à equipe de sistema de referência e contra-referência</p> <p>Estudo e estabelecimento junto à equipe envolvida de reuniões de planejamento e avaliação das ações de saúde.</p> <p>O número de famílias e/ou domicílios, para permitir o treinamento das habilidades acima será de no mínimo 80 e no máximo de 250; ou de 300 a 1000 pessoas.</p>	

Fonte: Retirado do Projeto de Expansão da Residência em MFC 2005





ATIVIDADE

17

## *Supervisão de situações especiais despertadas pelas atividades da oficina*

Na apresentação da oficina os coordenadores deverão informar sobre este espaço, o qual também pode ser denominado “resgate”. Sua finalidade é impedir que seja perdido o foco e sejam extrapolados os tempos em cada atividade.

Sugerimos que seja afixado cartaz com o título “resgate”, e a cada vez que ocorra perda de foco ou seja levantado tema diferente do que está sendo tratado, naquele momento, o coordenador anote o “novo” tema no cartaz e retoma o foco da atividade.







# 18

ATIVIDADE

## *Avaliação e proposta de aplicação dos conhecimentos adquiridos na oficina*

**Dia 5:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Horário:** \_\_\_\_ : \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**Duração:**

**Coordenador principal:** \_\_\_\_\_

**Coordenador auxiliar:** \_\_\_\_\_

**Material necessário:**

### **DESCRIÇÃO DA TÉCNICA**

Proporcionar espaço para diálogo sobre as dúvidas mais específicas surgidas na Oficina.

- Recapitulação das técnicas e seus objetivos.
- Discussão da Aplicabilidade e da adequação para a multiplicação.
- Discussão da Cartilha Orientadora.
- Avaliação Final da Oficina.







# 19

ATIVIDADE

## *Reunião de encerramento*

- Colocar a palavra à disposição dos participantes para comentários.
- Conferir se todos assinaram a presença com email.
- Agradecer a presença.
- Colocar-se à disposição para apoios ou assessorias.







**ANEXOS**

*Material a ser impresso para  
atividades em grupo*

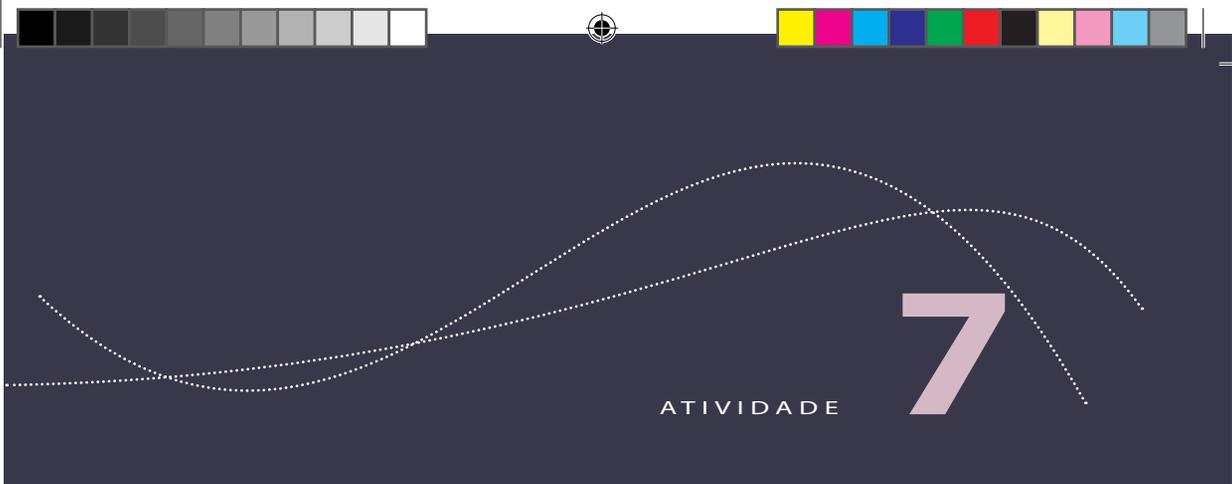
*Fichas de avaliação*



1. Será apresentado cartaz motivador.
2. Cada grupo trabalhará com um dos quatro princípios e terá como tarefa: criar uma forma de ensinar o princípio que lhe coube utilizando a imagem do cartaz.
3. Cada grupo deverá apresentar de forma criativa a alternativa proposta.
4. Ao final de cada apresentação o restante do grupo tece comentários sobre outras formas que utilizaria.







“Certo dia, numa comemoração, seus amigos tomam a decisão de que você vai ser o cozinheiro de um jantar especial. No dia do jantar todos ficam encantados com o seu desempenho e um de seus colegas o procura com o objetivo de aprender a fazer o prato principal do Jantar. Definir o prato (O coordenador pode colocar aqui a criatividade e adequar o cardápio ao local onde está sendo feita a oficina. Ex: moqueca, feijão tropeiro, vatapá, pato no tucupí, peixe na telha, carreteiro de charque,...). Um dos presentes ao jantar quer que você o ensine a fazer o prato do jantar. E virá amanhã para isto.”

Cada grupo terá 20 min elaborar um roteiro de apresentação do contrato de ensinagem e a forma como ocorreu o processo. A seguir terão 10 min para apresentar ao grande grupo.

O grupo deve escolher um cozinheiro e um aprendiz, estes vão conversar sobre o prato que o cozinheiro vai ensinar. Os demais funcionam como observadores. O cozinheiro deve expor ao aluno porque aprendeu a fazer esse prato, como e onde aprendeu a fazê-lo antes de ensiná-lo. Um dos observadores fará o relato das combinações para o processo de ensinagem estabelecido frente ao grupo.

Na apresentação para o grande grupo o coordenador da tarefa deve registrar na tabela, cujo modelo está abaixo, de forma a estabelecer um paralelo entre: as motivações, vontade de aprender, orientação para a aquisição do conhecimento e experiência prévia do material recebido de cada grupo.

Nome do prato	Por quê	Como	Onde aprendeu/ forma	Obs:



Obs: Deve sempre constar as seguintes perguntas: O que, Por quê e como aprendeu. Elas serão as norteadoras da devolução com a complementação teórica.

### Caso 1

Josué, R1 MFC, vem discutir o seguinte caso com seu preceptor: Foi chamado para uma visita domiciliar ao Sr. Carlos, que estava atendendo no ambulatório. A esposa do Sr. Carlos ao realizar o contato adiantou que o motivo era o Sr Carlos ter estado internado devido a infarto agudo do miocárdio, que teve uma semana após ter consultado pela última vez com Josué. Josué está preocupado e quer orientação do preceptor, pois deseja colocar seu foco de aprendizado no manejo farmacológico dos fatores de risco cardíacos, pois está determinado a prestar um ótimo Cuidado para o problema cardíaco do Sr. Carlos e considera ter falhado em reconhecê-los na última consulta. **Qual seria um manejo adequado para esta situação?**

**Com qual dos componentes da Ensinagem Centrada no Residente pode-se estabelecer uma relação?**

### Caso 2

Ronaldo, residente de primeiro ano, queria ser jogador de vôlei, e tinha um futuro promissor. Uma lesão no joelho em acidente de carro encerrou sua carreira prematuramente, e fez com que se interessasse pela medicina. Queria fazer cirurgia, mas descobriu ser alérgico ao látex, e direcionou-se para a MFC. Ronaldo era sempre firme, decidido e gostava de estar com a razão. Defendia seus diagnósticos e decisões terapêuticas de forma combativa, com dificuldades para manter-se aberto a sugestões dos colegas e preceptores, e nestas ocasiões aumentava sua defesa, repercutindo no Cuidado das pessoas que atendia.

**Qual seria um manejo adequado para esta situação?**

**Com qual dos componentes da Ensinagem Centrada no Residente pode-se estabelecer uma relação?**

### Caso 3

Esta é a terceira queixa de pessoas atendidas pelo novo residente André Been. Todas têm o mesmo tema: as pessoas queixavam-se de que André parecia distante e pouco cuidadoso. Isto causa surpresa ao preceptor, pois André tinha sido um dos melhores alunos do curso na graduação, e nas discussões





de caso demonstrava estar sempre atualizado nas últimas recomendações de tratamento baseadas em evidência. Além disso, parecia genuinamente preocupado com as pessoas. Ao conversar com o André Been, ele ficou confuso a respeito disto e expressou surpresa – ele gostava de medicina de família e várias pessoas antes tinham expressado apreciação pelo seu interesse e disponibilidade, não tendo uma explicação por alguns estarem felizes com o seu cuidado e outros estarem se queixando.

**Qual seria um manejo adequado para esta situação?**

**Com qual dos componentes da Ensinagem Centrada no Residente pode-se estabelecer uma relação?**

#### **Caso 4**

Roger Silva, um residente do primeiro ano de medicina de família, vem sendo presença infrequente nos seminários de saúde mental. Ele argumenta que “- a maior parte desta coisa é apenas bom senso e preciso de mais tempo para aprender insuficiência cardíaca e DPOC”. E não comparece, apesar das advertências.

**Qual seria um manejo adequado para esta situação?**

**Com qual dos componentes da Ensinagem Centrada no Residente pode-se estabelecer uma relação?**

#### **Caso 5**

Nelson Martin, um residente de segundo ano de medicina de família, veio ao seu supervisor com questões acerca da pessoa que atendeu: uma mulher atraente de 27 anos, com sintomas vagos. Após fazer algumas perguntas, o preceptor rapidamente compreendeu que Nelson não explorara possíveis fontes psicológicas para seus problemas.

**Qual seria um manejo adequado para esta situação?**

**Com qual dos componentes da Ensinagem Centrada no Residente pode-se estabelecer uma relação?**

#### **Caso 6**

Fiona, residente de primeiro ano, realizou seus meses iniciais sem problemas, mas a partir de determinado momento passou a ter dificuldades e aparentava instabilidade emocional, e demonstrava ansiedade e apreensão. Ao ser questionada pelo preceptor, relata estar com dificuldades com um caso de uma adolescente com quadro de bulimia.





**Qual seria um entendimento possível do preceptor sobre o comportamento de Fiona?**

**Qual seria um manejo adequado para esta situação?**

**Com qual dos componentes da Ensino Centrada no Residente pode-se estabelecer uma relação?**

### **Caso 7**

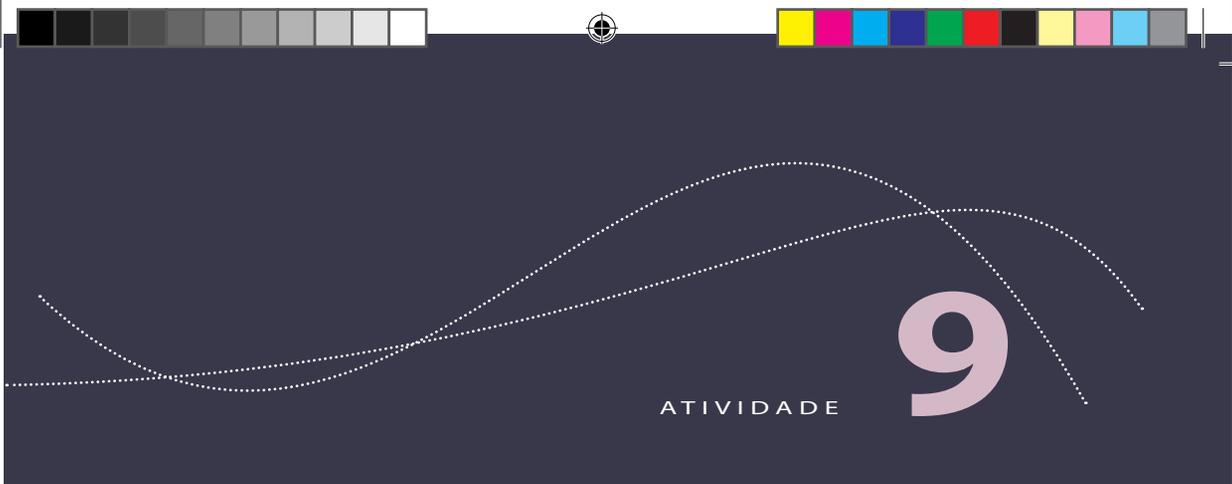
Júlia, R1, estava freqüentemente atrasada ao final de seu ambulatório. Pessoas e equipe foram queixar-se, e o preceptor agendou encontro para discutir com ela. Júlia atribuiu o problema ao “overbooking”.

**Qual seria um entendimento possível do preceptor sobre o comportamento de Júlia?**

**Qual seria um manejo adequado para esta situação?**

**Com qual dos componentes da Ensino Centrada no Residente pode-se estabelecer uma relação?**





## TAREFA 1 – O QUE É SER UM BOM PRECEPTOR?

A tarefa 1 consistirá das seguintes atividades, a serem desenvolvidas no intervalo até o próximo encontro, e deverá ser entregue:

- a) Realizar entrevista com três residentes fazendo as seguintes perguntas:
  - Como é o bom preceptor? O que ou quais suas características?
  - Quais as experiências metodológicas ou didáticas que você teve contato? (expositivas, seminários, trabalho em grupo, etc.) Faça uma avaliação delas.
  - Exemplos de bons preceptores/professores e por que?
- b) Realizar entrevista com um preceptor/professor fazendo as seguintes perguntas:
  - Você se considera um bom preceptor/professor? O que considera importante; quais as características de um bom preceptor/professor?
  - Quais são seus pontos fortes como preceptor/professor?
  - Quais são as dificuldades?
  - Como está o desenvolvimento da turma neste semestre?
  - Como planejou esta aula/supervisão?
- c) Ler o texto:

## TAREFA 2 – CARACTERIZANDO A ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA

A consistirá da seguinte atividade – a ser desenvolvida no intervalo até o próximo encontro – e deverá ser entregue:



Acompanhar consulta de médico ou médico-residente, descrevendo o caso, com a finalidade de:

1. Identificar quais os componentes da abordagem centrada na Pessoa estão presentes? Assinalar os momentos e/ou atitudes que caracterizam isto.
2. Identificar quais componentes não estão presentes? Descrever o que seria necessário para que acontecessem.





## AVALIAÇÃO 1º ENCONTRO

Estimados colegas:

*De acordo com os princípios originários desta oficina, estabelecidos no Plano de Ensino, preparamos este instrumento de avaliação individual sobre a proposta da oficina e sua implementação e de auto-avaliação do aproveitamento de cada um..*

*Assim sendo, destacamos a importância da contribuição que cada um(a) de vocês oferecerá a todos interessados nesta experiência de ensino-aprendizagem.*

*Desejamos um BOM TRABALHO DE REFLEXÃO!*

*E agradecemos a colaboração de cada um(a) para nossa oficina.*

*A parte de AUTO-AVALIAÇÃO que também esta anexa, exige identificação, e deve ser respondida por último.*

### 1ª parte: Avaliação da proposta da oficina

Considerando que esta oficina tem por objetivo geral instrumentalizar médicos de família e comunidade, designados pela SBMFC, em conhecimentos relacionados à prática da preceptoria, para torná-los multiplicadores de ações de formação de preceptores, responda:

*Questão 1: Sobre a IMPORTÂNCIA dos CONTEÚDOS previstos (Súmula, Programa e Programação)*

- Qual a **importância** relativa que atribuis a cada um dos elementos previstos no Plano de Ensino





Item	Interesse e importância do conteúdo e/ou da atividade				
	1	2	3	4	5
Abertura					
Apresentação					
Como conhecer seu residente?					
Como inserir o residente na equipe?					
História da Medicina de Família e Comunidade					
Princípios da Medicina de Família e Comunidade					
Abordagem centrada na Pessoa					
Andragogia e Ensino					
Ensino centrado no residente					

Escala: 5 = importância máxima; 1 = importância mínima.

*Questão 2: Sobre conteúdos a incluir ou valorizar:*

- Quais são as tuas **sugestões** de conteúdos e atividades para que esta oficina venha a responder mais diretamente aos **interesses e necessidades** dos multiplicadores?

**2ª parte: Avaliação da implementação da oficina**

*Questão 3: Sobre a forma como as técnicas foram conduzidas na oficina*

- Quais os aspectos **positivos** que percebeste?
- Quais os aspectos **negativos** que percebeste?

*Questão 4: Sobre as estratégias de trabalho utilizadas na oficina*

- Quais as estratégias **mais** interessantes ou eficazes?
- Quais as estratégias **menos** interessantes ou eficazes?
- Que **outras estratégias** de ensino-aprendizagem poderiam ser utilizadas?
- E sobre os **trabalhos em grupo realizados** na oficina?

*Questão 5: Sobre a coordenação da oficina*

- Como avalias o trabalho dos coordenadores responsáveis pela oficina?





*Se possível, responde cada **critério** usando apenas um ou dois **adjetivos qualificativos**. Procura os termos que melhor expressem tua opinião.*

<b>Crítérios</b>	<b>Qualificativos</b>	
Apresentação da oficina e seu objetivo		
A metodologia do trabalho e disponibilidade para ouvir e responder aos colegas.		
Capacidade de resolução das questões ou problemas apresentados pelos participantes e coordenadores.		
Providências de infra-estrutura: sala de aula, equipamentos.		
Proposta dos conteúdos e atividades realizadas na oficina		

### *Questão 6: Sobre a avaliação na oficina*

Sendo a avaliação uma das questões mais polêmicas e angustiantes em matéria de Educação, esta Oficina adotou a proposta de valorizar a discussão participativa e a auto-avaliação dos participantes.

- Que apreciação fazes sobre esta opção pedagógica?
- Qual é tua sugestão para o processo de avaliação da oficina?

### *Questão 7: Sobre a infraestrutura que notas atribuis:*

**Notas de 1 a 4.**

salas –  
quartos –  
restaurante –

-----  
(destaque a autoavaliação)

### **3ª parte: Auto-avaliação:**

#### *Questão 1: Sobre a tua participação ou o teu aproveitamento*

- Como te avalias com relação aos seguintes critérios?





Critério	NOTAS			
	1	2	3	4
Participação na Oficina				
Contribuições para os trabalhos em grupos.				
Contribuições para o grande grupo, nas discussões e experiências pessoais.				
Executei as tarefas propostas				

*Questão 2: Sobre a nota final: finalmente, a questão inevitável*

Finalmente, a questão inevitável:

- Qual a “nota” que atribuis ao teu rendimento nesta disciplina?

1       2       3       4

**Nome**

---





Tarefa: nos próximos 30 minutos vocês se reunirão em quatro grupos de sete pessoas. A tarefa é construir uma lista dos principais problemas enfrentados nos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade que vocês estão envolvidos. A seguir, eleger dois dos problemas mais prevalentes ou mais emergentes. A lista e os dois problemas deverão ser entregues.





# 14

## ATIVIDADE

### CASO 1

A residente Betânia relata o seguinte:

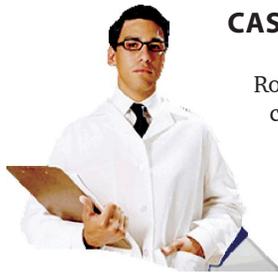
“– Para variar estou atrasada, mas tenho a seguinte situação: Estou atendendo a Joana, casada, com 34 anos, comerciante, que trabalha em casa de móveis, no centro da cidade; tem dois filhos. Consultou a primeira vez em 25 de março de 2005 porque estava com atraso menstrual de 15 dias e preocupada com a possibilidade de gravidez. Fez beta HCG. No dia 28 de março de 2005, três dias após, retornou com o resultado do exame, que era menor que 10. E como tinha menstruado, a conduta foi expectante. Em 29 de maio de 2005, teve outra consulta desta vez com quadro de gripe, recebendo medicação sintomática; e não apresentava outras queixas, o exame físico era normal. Relata uma preocupação com o filho adolescente.

A próxima consulta foi em 09 de julho de 2005, quando veio realizar coleta do citopatológico, e apresentava colo normal, sem secreções, Schiller negativo, toque sem alterações. Depois, em 04 de setembro de 2005, veio por fraqueza, dor de cabeça, dores pelo corpo, insônia. No exame físico nada foi constatado: TA 130/70 mmHg, ausculta cardíaca normal, mucosas coradas, e foram solicitados exames complementares. Que trouxe em 12 de setembro de 2005, estando todos dentro da normalidade. Na ocasião foi levantada a possibilidade de depressão, mas ela rechaçou completamente esta idéia e afirmou já se sentir melhor. Depois veio em 10 de novembro de 2005, com um quadro de diarreia. A consulta de hoje, 21 de outubro de 2006, é devido apresentar uma secreção vaginal esbranquiçada, com intenso prurido, há cinco dias, que vem piorando. O exame especular mostra hiperemia





vulvar e vaginal, um exsudato branco, em grande quantidade, sem odor característico. Não foi possível fazer o exame a fresco, pois o microscópio não está funcionando. Pressão Arterial = 120/80mmHg; Ausculta Cardíaca: normal; mucosas coradas, pulsos palpáveis e simétricos, exame neurológico sem alterações, abdômen normal, ausculta pulmonar normal, tireóide palpável sem alterações. “Acho que devemos encaminhar para o ginecologista, pois não temos microscópio”.



## CASO 2

Rodolfo, residente de 2º ano, interrompe a consulta do preceptor pedindo desculpas, mas diz que é rapidinho, que teve problemas e chegou novamente atrasado, e não quer atrasar mais seus atendimentos. Solicita ao preceptor para abonar o seu pedido de cintilografia miocárdica “- para um paciente com diagnóstico de angina pectoris estável, de 52 anos, que refere dor precordial, irradiando-se para o ombro esquerdo”. Refere que o paciente é hipertenso leve, faz uso de hidroclorotiazida 25 mg, e esta com PA: 140/85 mmHg; FC = Frequência do pulso: 88bpm; ausculta cardíaca: RR, 2T, sem sopro, hiperfonese de segunda bulha.

Como proceder para ensinar ao Residente fazer Consultagem em APS?

## CASO 3

Otto, ao final dos primeiros 15 dias do primeiro mês do 1º ano, em seu já tradicional estilo “descabelado, barba por fazer, e ausência de banho”, vem solicitar supervisão:



“- Profêe, estou atendendo um vòzinho ranzinza, irado mesmo – o Seu José -, que inclusive já criou o maior barraco na recepção para ser atendido hoje. E sente só Profêe: só para mostrar exames solicitados há 4 meses pelo R2 que saiu. E pelo jeito não foi com a minha cara, pois perguntou se eu já era formado. Mas então vamos ao caso: o vòzinho tem 62 anos, obeso, com hipertensão leve. De tudo que o R2 pediu na rotina, o único exame alterado é a glicemia de 135. A dúvida é a seguinte Profêe: dou glibenclamida 5 mg ou glimeprida de 4mg.

Como proceder para ensinar ao Residente fazer Consultagem em APS?





## CASO 4

Lilian, residente vem à supervisão:

“- Estou atendendo um rapaz que não parece muito certo, é muito atrapalhado, e que me deixou desconfortável, pois passou todo tempo me encarando, olhando de um jeito que me deixou



tão sem graça que não me senti à vontade para examiná-lo. Diz que é Bipolar..., e quer renovar a medicação que segundo ele foi receitada pelo psiquiatra do CAPS: lítio 5 comprimidos ao dia. Além disso queixa prurido no pênis. Então, a dúvida que tenho é quantos mg tem num comprimido e o número de comprimidos que posso fornecer? E dou um nistatina para passar no pênis? Aliás, acabei de atender a sobrinha dele, uma menina com 15 dias de vida, sendo que o umbigo ainda não caiu e ao exame apresentava coto umedecido com odor acre, mas estava sem febre e restante do exame físico normal. Daí orientei higiene do coto umbilical com álcool iodado, informei a mãe que poderia fazer o teste do pezinho e a vacina BCG, e agendei retorno para quando a criança completar 30 dias. Tenho que confessar que minhas dificuldades para atender bebês, pois nunca gostei muito de pediatria.” ”.

Como lidar com esta situação para ensinar ao Residente fazer Consulta-gem em APS?

## CASO 5

Afonso, residente traz caso...

“Grande Chefe, tenho uma situação meio enrolada aqui: Atendi a Sra. Ernestina de 76 anos, hipertensa, diabética, com varizes de MI, dermatite ocre, erisipela de repetição, há cerca de 40 dias quando ela veio para saber



se necessitava manter antibióticos para prevenir erisipela de repetição. Na hora me deu um branco, e então combinei com ela e a acompanhante que estudaria o caso e daria um retorno. Mas sabe como é... Tanta demanda que acabei esquecendo. Mas então há mais ou menos umas 10 dias, fui chamado pela enfermeira para realizar atendimento domiciliar (trinta dias depois da primeira consulta), e quem encontro? A Sra. Ernestina! Que estava com novo episódio de erisipela, aí prescrevi novo curso de antibióticos. Mas agora me deu outro branco e não lembro por quanto





tempo deve ser mantido o tratamento, mas ela esta bem melhor! Ao aproximar-se para ler o prontuário em conjunto, o preceptor percebe hálito alcoólico.

Como lidar com esta situação para ensinar ao Residente fazer consulta-gem em APS?



### CASO 6

Bento, residente de 1º ano vem à supervisão com dúvidas sobre o que fazer com D. Marlene, que apresenta quadro clínico compatível com artrite reumatóide e gastrite. Relata que a paciente tem dor à mobilização articular das mãos especialmente pela manhã, melhorando ao longo do dia quando usa anti-inflamatório não esteróide. Comenta que é o quarto caso semelhante que atende este mês. Lembra que ao final da consulta D. Marlene referiu fezes escuras nos últimos dois dias e ter utilizado omeprazol. Bento refere ao supervisor sua vontade de encaminhá-la ao reumatologista. Quando questionado sobre como poderia iniciar a investigação diagnóstica, relata que apesar de ter visto os outros três casos ainda não tivera tempo para estudar.

Como lidar com esta situação para ensinar ao Residente fazer consulta-gem em APS?

### CASO 7

Residente Carlos traz caso para discussão, registrado da seguinte forma:

Sexo masculino, setenta anos, branco, casado, pintor, natural de Petrópolis, residente em uma das escadarias da Comunidade Estrada da Saudade do Município de Petrópolis – RJ. Não possuía acompanhamento médico prévio, visto que a Unidade foi implantada há menos de sete meses, e não se recordava de ter feito consulta nos últimos 32 anos.

QP: “dor na perna direita”

HDA: Paciente refere dor na perna direita de forte intensidade que iniciou em região maleolar externa, irradiando-se para toda extensão do pé direito. Apresentou início súbito da dor há cinco dias, quando procurou auxílio médico no serviço de emergência do HMNSE, onde foi medicado com analgésico e anti-inflamatório, sem melhora clínica. Retornou duas vezes no mesmo serviço com manutenção da conduta. Inicialmente, relata que a dor era ao deambular, dificultando a marcha, com claudicação





intermitente. Apresentou piora progressiva e esta, no momento, com dor em decúbito e parestesias em toda a região afetada (perna e pé direito). Fato que merece consideração é o trajeto necessário para chegar a sua residência, visto que é obrigatório percorrer longa escadaria.

HPP: refere hipertensão arterial sistêmica há pelo menos 20 anos (sem tratamento). História de traumatismo aos oito anos, quando fraturou joelho e pelve devido à queda de uma laje. Nega história de diabetes mellitus, tuberculose ou hepatite.

HF: pais falecidos (não sabe informar causa).

HS: Mora com uma irmã da mesma idade, e sua esposa reside em Pernambuco com seus dois filhos. Casa de tijolo e sem rede de esgoto. Água proveniente de poço artesiano. Etilista social. Tabagista com carga tabágica de 500 maços/ano.

Exame Físico realizado: Lúcido, orientado no tempo e espaço, corado, hidratado, acianótico, anictérico, eupneico, afebril. Encontrava-se com pressão arterial de 160/100 mmHg MSD/DD; FC= 80 bpm, FP: 80bpm, FR= 14 irpm. Tireóide impalpável, carótidas com pulsos amplos, sem sopros, jugulares atúrgicas a 30°. Ictus invisível e impalpável, ritmo cardíaco regular em três tempos com B4, bulhas hipofônicas, sem sopro. Aparelho respiratório, tórax com diâmetro antero-posterior aumentado, com murmúrio vesicular diminuído difusamente, sem ruído adventício. Abdome flácido, indolor à palpação superficial e profunda, peristáltico, apresentando massa de cerca de 5 cm de diâmetro em região periumbelical, pulsátil. Manobra de De Bakey positiva; outra massa circular em região inguinal direita de 2,5 cm de diâmetro também pulsátil, dolorosa à palpação. Membro inferior esquerdo com 84 cm e membro inferior direito com 91 cm de comprimento. Detectada, pois, diferença no comprimento dos membros inferiores (7cm). Pulsos poplíteos e pediosos assimétricos em amplitude e intensidade (ambos diminuídos; pulso em perna direita menor que em esquerda). Perna direita com redução da temperatura em terço inferior, cianose de extremidade (1+/4+).

Crepitação em articulação dos joelhos à movimentação passiva. Escoliose tóraco-lombar para direita.

No mesmo dia foi contatada a médica supervisora de Clínica Médica que examinou prontamente o paciente, chegando à HIPÓTESE DIAGNÓSTICA de insuficiência arterial em membro inferior direito devido a possível aneurisma de aorta abdominal, agravado por embolia arterial. (fonte Revista SBMFC)







## MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE & PRECEPTOR

O preceptor da Residência de Medicina de Família e Comunidade está nesta semana com um residente, em sua sala de atendimento, que o acompanha nas consultas.

Ele atenderá o Sr. Manoel, numa reconsulta para mostrar exames.

O preceptor deverá no atendimento, utilizar instrumentos de abordagem que sejam facilitadores para garantir a aderência do Sr Manoel ao tratamento, assim como facilitar o entendimento do médico residente dessas ferramentas de trabalho.

## MÉDICO RESIDENTE

O médico residente está na sua primeira semana de residência em Medicina de Família e Comunidade e está acompanhando o seu preceptor com o objetivo de familiarizar-se com o serviço e adquirir um modelo de identificação.

Como médico residente de primeiro ano é bastante interessado, mas ainda não entendeu muito bem como se dá a atuação do Médico de Família e Comunidade.

## O Paciente: Manoel, 59 anos, casado, comerciante

Manoel vem numa reconsulta mostrar o resultado da hemoglobina glicolisada que está alterada (10%) e a glicemia de jejum que se mantém em 210 mg/dl. Demais exames normais.

Come (muito bem) habitualmente em casa, pois a esposa é uma excelente cozinheira, ambos tem origem portuguesa.

Nega-se a fazer exercício físico e refere que segue o controle alimentar conforme a orientação anterior, fornecida pelo médico.

Mas não perdeu nenhuma grama desde então.





Sempre realiza os exames solicitados, mas não parece fazer diferença na continuidade do atendimento, pois persiste obeso hipertenso e com a diabetes descompensada.

Refere usar todas as medicações prescritas, não entende por que os exames continuam alterados.

Nome: Manoel. Idade: 59 anos.

Estado civil: casado com Maria Isabel há 29 anos, com quem tem 2 filhos, um menino – 19 anos e uma menina 17 anos.

Profissão: comerciante (tem um mini-mercado de bairro de periferia).

Natural: Rio de Janeiro.

Escolaridade: cursou até a 5ª série do ensino fundamental.

Motivo da consulta: Mostrar resultado de exames.

Exame físico: Peso 101 kg; Altura 168 cm; PA 150/100.

Não fuma e bebe somente nos finais de semana a quantia de no máximo 4 latas de cerveja.

Filiação:

Pai: João, também comerciante – foi quem deixou o mini-mercado para o Sr. Manoel – falecido há 26 anos (aos 59 anos) por infarto agudo do miocárdio, teve também acidente vascular cerebral e diabetes mellitus tipo 2.

Foi casado 2 vezes. Do primeiro casamento teve 4 filhos, sendo o Manoel o primeiro, depois 2 filhas mulheres e por último 1 homem. Da segunda união (com Antonieta – 29 anos mais jovem) teve 2 filhos homens. João é o único filho homem e último de uma prole de 4 filhos, em que o pai morreu com 47 anos de morte súbita e a mãe com 65 por DM 2.

Mãe: Constantina, 84 anos, do lar. Teve 4 filhos e 1 aborto com João.

Depois da separação não se casou de novo e seguiu morando com a filha mais velha que é solteira até hoje.

É hipertensa e obesa. Vem de uma família em que era a primeira filha de seis filhos homens.

Mantém uma relação conflituosa com Manoel por ele manter boa relação com a segunda esposa do pai.

## **A esposa**

Nome: Maria Isabel

Idade: 49 anos

Profissão: do lar

Escolaridade: 4ª série do ensino fundamental.





Gosta de cozinhar e cuidar da casa, não tem noção sobre a doença do esposo.

Está muito preocupada com os filhos que vivem na rua e não querem ajudar em casa.

Manoel a responsabiliza pela educação dos filhos já que ele traz o \$ pra casa.

Tenta agradar Manoel fazendo uma comida bem boa e tem se esforçado para não mostrar ao esposo as constantes brigas em casa por causa do computador e da conta do telefone que mais uma vez passou dos limites.

Também é obesa e hipertensa, mas acredita que os médicos exagerem um pouco.

### **Marco Antônio, filho de 19 anos**

Está repetindo pela 2a vez a primeira série do ensino médio. Também é obeso. Vive no computador e detesta a irmã que é uma “patricinha”.

### **Joana, filha de 17 anos**

Está no 2o ano do ensino médio. Está em constante conflito com a família, sente-se “diferente”, menospreza a todos por serem “gordos”. Passatempo predileto: ficar no telefone.







O programa de residência de que você é preceptor acabou de fazer um convênio com a prefeitura de sua cidade. O objeto do convênio é o atendimento de uma população de aproximadamente 6000 pessoas em uma área de condição sócia – econômica baixa, com área urbanizada de aproximadamente 70% do território. Sabe-se que grande parte dos trabalhadores está ligada ao mercado de trabalho informal, não possuem outro serviço de saúde em um raio de aproximadamente 15Km. A população da área de abrangência desconhece a proposta de atuação.

Existe na área uma escola de 1º grau e uma igreja católica, o Banco do Brasil, um supermercado e alguns outros estabelecimentos comerciais.

A Unidade de Saúde disponibilizada conta com os seguintes recursos: dois consultórios, uma sala de enfermagem, recepção, cozinha e uma sala multiuso de aproximadamente 24m<sup>2</sup>. Os recursos humanos disponíveis são: um preceptor, três residentes, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e quatro agentes de saúde. Na infra-estrutura de referência você conta com o ambulatório de especialidades e setor de internação da universidade.

Por questões financeiras não serão permitidas contratações no período de dois anos, quando termina essa gestão.

## TAREFA

Monte agora um plano de ação para iniciar o trabalho em 30 dias, construindo a estratégia de abordagem a esta comunidade, estabelecendo os passos a serem seguidos.







# 18

ATIVIDADE

## AVALIAÇÃO FINAL 2º ENCONTRO

Estimados colegas:

*De acordo com os princípios originários desta oficina, estabelecidos no Plano de Ensino, preparamos este instrumento de avaliação individual sobre a **proposta da oficina e sua implementação** e de **auto-avaliação** do aproveitamento de cada um..*

*Assim sendo, destacamos a importância da contribuição que cada um(a) de vocês oferecerá a todos interessados nesta experiência de ensino-aprendizagem.*

*Desejamos um BOM TRABALHO DE REFLEXÃO!*

*E agradecemos a colaboração de cada um(a) para nossa oficina.*

*A parte de AUTO-AVALIAÇÃO que também esta anexa, **exige identificação**, e deve ser respondida por último.*

### 1ª parte: Avaliação da proposta da oficina:

Considerando que esta oficina tem por objetivo geral instrumentalizar médicos de família e comunidade, designados pela SBMFC, em conhecimentos relacionados à prática da preceptoría, para torná-los multiplicadores de ações de formação de preceptores, responda:

*Questão 1: Sobre a IMPORTÂNCIA dos CONTEÚDOS previstos (Súmula, Programa e Programação):*

- Qual a **importância** relativa que atribuis a cada um dos elementos previstos no Plano de Ensino





Item	Interesse e importância do conteúdo e/ou da atividade				
	1	2	3	4	5
Desenvolvendo a RM - MFC					
Apresentação tarefa 1 – bom preceptor?					
Abordagem Individual					
Abordagem Familiar					
Abordagem Comunitária					

Escala: 5 = importância máxima; 1= importância mínima.

*Questão 2: Sobre conteúdos a incluir ou valorizar*

- Quais são as tuas **sugestões** de conteúdos e atividades para que esta oficina venha a responder mais diretamente aos **interesses e necessidades** dos multiplicadores?

**2ª parte: Avaliação da implementação da oficina:**

*Questão 3: Sobre a forma como as técnicas foram conduzidas na oficina:*

- Quais os aspectos **positivos** que percebeste?
- Quais os aspectos **negativos** que percebeste?

*Questão 4: Sobre as estratégias de trabalho utilizadas na oficina:*

- Quais as estratégias **mais** interessantes ou eficazes?
- Quais as estratégias **menos** interessantes ou eficazes?
- Que **outras estratégias** de ensino-aprendizagem poderiam ser utilizadas?
- E sobre os **trabalhos em grupo realizados** na oficina?

*Questão 5: Sobre a coordenação da oficina:*

- Como avalias o trabalho dos coordenadores responsáveis pela oficina?

*Se possível, responde cada **critério** usando apenas um ou dois **adjetivos qualificativos**. Procura os termos que melhor expressem tua opinião.*





Critérios	Qualificativos	
Apresentação da oficina e seu objetivo		
A metodologia do trabalho e disponibilidade para ouvir e responder aos colegas.		
Capacidade de resolução das questões ou problemas apresentados pelos participantes e coordenadores.		
Providências de infra-estrutura: sala de aula, equipamentos.		
Proposta dos conteúdos e atividades realizadas na oficina		

### Questão 6: Sobre a avaliação na oficina:

Sendo a avaliação uma das questões mais polêmicas e angustiantes em matéria de Educação, esta Oficina adotou a proposta de valorizar a discussão participativa e a **auto-avaliação** dos participantes.

- Que apreciação fazes sobre esta opção pedagógica?
- Qual é tua sugestão para o processo de avaliação da oficina?

### Questão 7: Sobre a infraestrutura que notas atribuis:

#### Notas de 1 a 4.

salas –  
quartos –  
restaurante –

-----  
(destaque a autoavaliação)

### 3ª parte: Auto-avaliação:

#### Questão 1: Sobre a tua participação ou o teu aproveitamento

- Como te avalias com relação aos seguintes critérios?

Critério	NOTAS			
	1	2	3	4
Participação na Oficina				
Contribuições para os trabalhos em grupos.				
Contribuições para o grande grupo, nas discussões e experiências pessoais.				
Executei as tarefas propostas				





**Questão 2: Sobre a nota final:**

Finalmente, a questão inevitável:

- Qual a “nota” que atribuis ao teu rendimento nesta disciplina?

( )1            ( )2            ( )3            ( )4

**Nome**

**Modelo avaliação de cada atividade da oficina:**

**Avaliação de cada momento oficina de capacitação de preceptores em MFC**

Tema		Pertinente? ( ) SIM	( ) NÃO	
		Importante ( ) SIM	( ) NÃO	
Auto Avaliação	Particpei da atividade ativamente	( ) SIM	( ) NÃO	
	Fiquei com dúvidas	( ) SIM	( ) NÃO	Quais:
Avaliação Geral da atividade	( ) Ótimo	( ) Bom	( ) Regular	( ) Péssimo
Conteúdo	( ) Ótimo	( ) Bom	( ) Regular	( ) Péssimo
Dinâmica / Metodologia	( ) Ótimo	( ) Bom	( ) Regular	( ) Péssimo
Bibliografia acessível/facilitadora	( ) SIM	( ) NÃO	( ) Não se aplica	
Coordenador	( ) Ótimo	( ) Bom	( ) Regular	( ) Péssimo

Comentários Pessoais: (use o verso se necessário)

**Avaliação de cada momento Oficina de Capacitação de Preceptores em MFC**

Tema		Pertinente? ( ) SIM	( ) NÃO	
		Importante ( ) SIM	( ) NÃO	
Auto Avaliação	Particpei da atividade ativamente	( ) SIM	( ) NÃO	
	Fiquei com dúvidas	( ) SIM	( ) NÃO	Quais:
Avaliação Geral da atividade	( ) Ótimo	( ) Bom	( ) Regular	( ) Péssimo
Conteúdo	( ) Ótimo	( ) Bom	( ) Regular	( ) Péssimo
Dinâmica / Metodologia	( ) Ótimo	( ) Bom	( ) Regular	( ) Péssimo
Bibliografia acessível/facilitadora	( ) SIM	( ) NÃO	( ) Não se aplica	
Coordenador	( ) Ótimo	( ) Bom	( ) Regular	( ) Péssimo

Comentários Pessoais: (use o verso se necessário)

