

Manual de tutoria clínica: Programa Médicos pelo Brasil

(Lato sensu – Especialização – Medicina da Família e Comunidade)

SUMÁRIO

1.	Manual da tutoria clínica.....	2
2.	Fundamentos da tutoria clínica.....	4
3.	Sobre a tutoria clínica.....	4
3.1.	O que é a atividade de tutoria clínica e qual o seu papel dentro do PMPB?	5
3.2.	Importância do estabelecimento de regras previamente às atividades de tutoria clínica	6
3.3.	Atribuições do tutor clínico.....	6
3.4.	Atribuições do profissional estudante.....	7
3.5.	Atividades avaliativas somativas e formativas propostas para a tutoria clínica	8
3.6.	Semana-padrão de tutoria clínica – 40 horas.....	9
3.7.	Atividades da semana padrão.....	10
3.8.	Bases teóricas do ensino de adultos e da tutorial clínica	10
3.8.1.	Mudanças de paradigmas no ensino médico.....	10
3.8.2.	Princípios da educação de adultos.....	13
3.8.3.	Educação médica continuada.....	14
3.8.4.	Aprendizagem experiencial e construtivismo.....	15
3.8.5.	PUNs & DENs.....	17
3.8.6.	Perguntas esclarecedoras - ARQs (<i>Awareness Raising Questions</i>).....	18
3.8.7.	Preceptoria em um minuto (<i>One-minute preceptor</i>).....	22
3.8.8.	SNAPPS.....	24
3.8.9.	Dar e receber <i>feedback</i>	26
3.8.10.	Como tornar o momento de tutoria mais efetivo.....	28
4.	LEITURAS RECOMENDADAS	30
5.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31

1. Manual da tutoria clínica

O manual de tutoria clínica do Programa Médicos pelo Brasil (PMpB) foi desenvolvido para auxiliar o tutor clínico e o profissional estudante na tarefa de realizar as atividades de tutoria clínica que deverão ocorrer preferencialmente de forma presencial e para casos específicos, com a devida análise e autorização da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), a tutoria clínica poderá acontecer na modalidade remota.

Na modalidade presencial o profissional estudante deverá comparecer à clínica (Unidade de Saúde) do seu tutor clínico e participar das atividades clínicas ambulatoriais ordinárias previstas pelo programa. Essa modalidade é a regra geral para todos os tutores clínicos e profissionais estudantes vinculados ao PMpB. A modalidade remota é a exceção a essa regra, que será analisada, organizada e estabelecida pela ADAPS naquelas situações na qual a tutoria clínica na versão presencial não for factível por questões logísticas ou organizacionais. A tutoria clínica na versão remota acontecerá por meio de videoconferências, nas quais o profissional estudante encontrará seu tutor clínico para a realização das mesmas atividades de supervisão previstas na modalidade presencial. Finalmente, para que a versão remota de tutoria clínica possa ser realizada, dependerá de decisão estabelecida pela ADAPS, que fará a análise individual da situação de cada profissional estudante, ou seja, a modalidade de tutoria clínica remota não poderá ser realizada por livre vontade do tutor clínico e do profissional estudante.

A atividade de tutoria clínica é parte do programa de formação dos profissionais estudantes dentro do PMpB e prevê, além de atividades formativas, como o atendimento ambulatorial aos pacientes, visitas domiciliares e atividades em equipe, observação e orientação de consultas ambulatoriais, atividades acadêmicas para discussão de casos clínicos da prática e estudos dirigidos. As atividades avaliativas somativas do curso de formação, irão compor a avaliação de desempenho do profissional estudante dentro do curso.

Apesar de ser uma atividade corriqueira que todos os profissionais estudantes experimentaram durante a graduação em medicina, atender pacientes sob supervisão de um profissional mais experiente exige preparo e cuidado para a sua realização. Profissionais estudantes e



tutores clínicos precisam realizar essa tarefa seguindo algumas regras e utilizar ferramentas para que a tutoria clínica não seja realizada “do meu jeito” ou “da forma como eu acho que tem que ser feita”. Há espaço sim para estilos pessoais e inovações, mas uma estrutura, forma e instrumentos mínimos precisam ser utilizados por todos nessa atividade, de forma estruturada e aplicados rotineiramente.

Em resumo, este manual foi construído visando três grandes objetivos:

- 1) fazer com que tutores clínicos e profissionais estudantes tirem o melhor proveito possível dos encontros;
- 2) desenvolver competências necessárias para o trabalho médico na atenção primária à saúde;
- 3) utilizar rotineiramente os instrumentos e ferramentas padronizadas.

Este manual está dividido em duas partes distintas, a primeira apresenta as bases teóricas da educação de adultos e a segunda apresenta ferramentas que devem ser aplicadas durante a tutoria clínica para facilitar o aprendizado e o desenvolvimento de competências. Além desse manual, faz parte do conjunto de materiais para orientação da atividade de tutoria clínica o “Guia para Aplicação dos Instrumentos de Avaliação da Tutoria Clínica do PMpB”. Esse guia deverá ser usado por tutores clínicos e profissionais estudantes no momento da realização, discussão e devolutiva das avaliações realizadas dentro da tutoria clínica.

Como dito acima, supervisionar profissionais em formação durante o atendimento de pacientes não é uma tarefa fácil e exige preparo e cuidado para a sua realização. Cursos de formação, oficinas de treinamento e programas de pós-graduação específicos existem no Brasil para ajudar novos formadores e para expandir o conhecimento nessa área. Este manual não pretende substituir nenhum destes cursos ou programas e não deve ser considerado como um curso de formação na área. Apesar de conter informações e ferramentas extremamente úteis para o sucesso da tutoria clínica, tenha em mente que este manual não aborda com profundidade temas de educação de adultos, educação médica e de supervisão de novos formandos. Sugestões de leitura foram acrescentadas ao final de cada capítulo para aprofundamento do conhecimento sobre os temas abordados.

Por fim, esperamos que este manual consiga, além de atingir os três objetivos descritos citados, propiciar o desenvolvimento de competências para a docência e inspirar novos formadores em

medicina de família e comunidade, facilitando assim a entrada desses profissionais na carreira de docentes e os motivando para, futuramente, colaborarem positivamente na formação de novos tutores e na produção de conhecimento em educação médica.

2. Fundamentos da tutoria clínica

A tutorial clínica é baseada em dez fundamentos, que devem ser seguidos pelo tutor clínico e pelo profissional estudante durante a participação no Programa Médicos pelo Brasil (PMpB), os quais listamos a seguir:

- 1) Defina papéis e responsabilidades;
- 2) Mantenha-se sempre aprendendo;
- 3) Comunique com clareza;
- 4) Seja paciente e empático;
- 5) Seja generoso e celebre as conquistas;
- 6) Compartilhe responsabilidades de cuidado;
- 7) Seja breve;
- 8) Não atrapalhe;
- 9) Estude e se atualize;
- 10) Seja um profissional exemplar.

3. Sobre a tutoria clínica

A tutoria clínica será organizada a partir das ações de provimento de profissionais geridos pela ADAPS que fará a distribuição dos profissionais estudantes entre tutores clínicos e locais onde será realizada a semana padrão da tutoria. Para fins de registro das atividades e controle das participações nas atividades práticas planejadas para a tutoria clínica, a Fundação Oswaldo Cruz, por meio da Secretaria Executiva da Universidade Aberta do SUS (FIOCRUZ/SE- UNA-SUS), disponibilizará um sistema de gestão, a Plataforma SISPMB, que será a ferramenta oficial para registro das atividades previstas na tutoria clínica, a qual viabilizará aos tutores clínicos:

- a) registrar as atividades acadêmicas da tutoria clínica;
- b) registrar as avaliações de desempenho do profissional estudante nessas atividades; e,
- c) emitir a declaração de participação do profissional estudante nas atividades práticas



planejadas para o período.

No Projeto Pedagógico do Curso de Especialização a Distância, a tutoria clínica é tratada como "Atividade Complementar". Dessa forma, as atividades complementares do Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade e a tutoria clínica devem ser consideradas como sinônimos. A aproximação pedagógica entre a tutoria clínica e o curso de especialização a distância acontecerá por meio de registro de declaração de participação em atividades complementares presenciais ou remotas dos profissionais estudantes, contendo a seguinte distribuição de carga horária:

- a) 480 horas de atividades de tutoria clínica ao longo dos dois anos do curso de especialização, sendo distribuídas em 3 semanas de 40 horas cada, por semestre letivo;
- b) As atividades complementares deverão trabalhar com temáticas técnicas e comportamentais que tenham relação direta com as competências em desenvolvimento no curso de especialização on-line;
- c) As atividades complementares serão avaliadas prioritariamente de maneira formativa – provendo orientação para o desenvolvimento do profissional estudante – mas também de maneira somativa, atribuindo uma avaliação final do seu desempenho a cada semestre letivo.

3.1. O que é a atividade de tutoria clínica e qual o seu papel dentro do PMpB?

A atividade de tutoria clínica caracteriza-se como um conjunto de ações de orientação e supervisão prática dos profissionais vinculados ao programa de provimento Médicos pelo Brasil, participantes do curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade, estruturada para o acompanhamento de sua atuação em Unidades de Saúde da Família. Para tal atividade, serão utilizadas estratégias pedagógicas específicas que promovam a integração entre saberes aprendidos no curso de especialização e as práticas vivenciadas no cotidiano profissional, a fim de promover a articulação ensino/serviço e facilitar o aprendizado centrado nesse profissional estudante, visando proporcionar o desenvolvimento das competências previstas para o projeto.

A semana padrão estruturada descreve cada atividade a ser realizada nas Unidades de Atenção Primária dentro de estratégias pedagógicas específicas de modo a proporcionar uma estrutura



e um cenário de prática favoráveis ao desenvolvimento das competências previstas pelo PMpB, com vistas ao trabalho real na Atenção Primária brasileira.

3.2. Importância do estabelecimento de regras previamente às atividades de tutoria clínica

As atividades de tutoria clínica estão aqui descritas para que as instituições gestoras do PMpB (Ministério da Saúde e a ADAPS) possam monitorá-las, bem como acompanhar a participação e o desempenho dos tutores clínicos, em suas práticas presenciais ou remotas dos profissionais estudantes na atuação em Unidades de Atenção Primária.

3.3. Atribuições do tutor clínico

São atribuições do tutor clínico durante as atividades de tutoria clínica:

- a) atuar de acordo com os princípios estabelecidos pelo Código de Ética Médica;
- b) adotar postura cordial e respeitosa frente aos profissionais de saúde que trabalham na Unidade de Saúde;
- c) adotar postura cordial e respeitosa frente aos pacientes atendidos na Unidade de Saúde;
- d) atuar como profissional de referência – *role model* - para os profissionais estudantes durante o desempenho das atividades práticas na Unidade de Saúde;
- e) demonstrar profissionalismo ao nortear suas ações frente aos pacientes e demais profissionais de saúde;
- f) advogar para que a oferta de serviços de saúde e que o cuidado à saúde dos pacientes seja de qualidade;
- g) advogar para que os serviços de saúde cumpram com os atributos da Atenção Primária;
- h) supervisionar os profissionais estudantes com base na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), nas políticas e diretrizes municipais/distritais;
- i) organizar um cronograma de atividades dos profissionais estudantes de acordo com a agenda sugerida para as atividades assistenciais da tutoria clínica, conforme descrito nesse documento;
- j) organizar as atividades dos profissionais estudantes para que facilitem o desenvolvimento das competências previstas pelo curso de especialização do PMpB;

- k) aplicar, de maneira testemunhal, o instrumento avaliativo do curso de especialização on-line, a ser realizado via acesso ao sistema de provas do curso no último encontro de cada semestre letivo;
- l) eventualmente, assumir a tutoria de outros profissionais estudantes, a partir de determinação da ADAPS, quando o tutor clínico responsável se encontrar afastado de suas funções, sempre preservando a proporção de um tutor clínico para, no máximo, sete profissionais estudantes;
- m) registrar no sistema de gestão de tutoria clínica a frequência e o aproveitamento dos profissionais estudantes nas atividades práticas;
- n) comunicar imediatamente à ADAPS e à coordenação do curso no qual o profissional estudante está matriculado, quaisquer situações de afastamento próprio por doença, gestação ou qualquer outro motivo;
- o) incentivar e contribuir ativamente para que os profissionais estudantes desenvolvam as competências necessárias para o trabalho médico na Atenção Primária à Saúde (APS);
- p) apoiar os profissionais estudantes em atividades de pesquisa e desenvolvimento de Projetos de Intervenção (PI) voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS).

3.4. Atribuições do profissional estudante

São atribuições do profissional estudante durante as atividades profissionais na Unidade de Saúde e durante as atividades de tutoria clínica:

- a) atuar de acordo com os princípios estabelecidos pelo Código de Ética Médica;
- b) adotar postura cordial e respeitosa frente aos profissionais de saúde que trabalham na Unidade de Saúde que visitará durante a semana da tutoria clínica;
- c) adotar postura cordial e respeitosa frente aos pacientes atendidos na Unidade de Saúde que visitará durante a semana da tutoria clínica;
- d) zelar para que a relação professor-estudante com o seu tutor clínico seja prolífica e duradoura;
- e) advogar para que a oferta de serviços de saúde e que o cuidado à saúde dos pacientes seja de qualidade;
- f) advogar para que os serviços de saúde cumpram com os atributos da Atenção Primária;
- g) comunicar imediatamente à ADAPS e ao tutor clínico quaisquer situações de afastamento próprio por doença, gestação ou qualquer outro motivo;
- h) seguir o cronograma de atividades e a agenda organizada por seu tutor clínico nas

atividades assistenciais na Unidade de Saúde;

- i) realizar, sob testemunha de seu tutor clínico, o preenchimento do instrumento avaliativo do curso de especialização on-line, a ser realizado via acesso ao sistema de provas do curso, no último encontro de cada semestre letivo;
- j) apresentar a seu tutor clínico suas demandas educacionais e solicitar ajuda nos momentos em que se sinta inseguro para realizar alguma tarefa específica;
- k) comunicar ao seu tutor clínico qualquer situação de conflito presenciada ou vivenciado na Unidade de Saúde, tendo sido este com colegas de trabalho, funcionários do estabelecimento ou com pacientes.

3.5. Atividades avaliativas somativas e formativas propostas para a tutoria clínica

Além das atividades de atendimento que contam com a presença do tutor clínico atuando na Unidade de Saúde durante 40 horas semanais, atendendo os pacientes da sua equipe de Saúde da Família e supervisionando os profissionais estudantes sob sua tutela, as atividades de avaliação propostas para a tutoria clínica são:

- Estudo Dirigido à Prática;
- Avaliação de Desempenho;
- Observação Direta de Consultas (MINI-CEX).

Além dessas três avaliações, é também esperado que o tutor clínico e o profissional estudante realizem a atividade de Modelagem (observação reversa de consultas) e que o profissional estudante realize, com o auxílio de seu tutor clínico, um Plano de Desenvolvimento Pessoal e Profissional ao final de cada semestre letivo. Na atividade de Modelagem (observação reversa de consultas) os papéis da observação direta de consultas se invertem, fazendo com que o profissional estudante observe seu tutor clínico na condução de consultas médicas na Unidade de Saúde da Família. Por meio dessa atividade o profissional estudante poderá observar como o seu tutor clínico conduz consultas médicas e visitas domiciliares, como aborda problemas comuns de comunicação clínica e de raciocínio clínico, como realiza o exame físico, como organiza a consulta e seu consultório e como



aborda questões importantes dentro da relação médico-paciente, como comunicação de notícias difíceis e tomada de decisão compartilhada.

Apesar de não se tratar de uma atividade avaliativa somativa, mas sim formativa, a Modelagem deve ser precedida de uma leitura prévia do prontuário do paciente e preparação do consultório, bem como deve ser seguida de uma discussão posterior, focadas nos aspectos mais relevantes da consulta para a formação do estudante. Por não ser uma atividade de avaliação somativa, ela não possui um instrumento específico para sua condução.

Como dito na apresentação desse Manual, esses quatro instrumentos são apresentados no Guia para Aplicação dos Instrumentos de Avaliação da Tutoria Clínica do PMpB. Nele são apresentadas detalhadamente as atividades avaliativas obrigatórias da tutoria clínica, seus instrumentos, forma de aplicação e sistema de valoração de cada instrumento.

A seguir, serão apresentadas as bases teóricas que orientam esse processo de avaliação, a estrutura de cada instrumento de avaliação, a forma de realizá-los e o sistema de pontuação aplicado.

3.6. Semana-padrão de tutoria clínica – 40 horas

Com o objetivo de preparar a visita presencial do profissional estudante, o tutor clínico deverá organizar sua agenda e a do profissional, de forma a garantir que todas as tarefas listadas anteriormente sejam realizadas durante a semana, assegurando que a agenda de atendimento dos pacientes seja cumprida. A organização e disposição das atividades nos dias da semana dependerá de cada cenário. A seguir, há um exemplo de semana padrão para orientação aos tutores sobre a preparação dessa atividade.

Para promover um processo de aprendizagem adequado, a agenda de trabalho de tutoria clínica deve ser organizada para o atendimento a demandas espontâneas e programadas dos usuários nas UBSs, sem foco em grupos populacionais específicos, além de incluir visitas domiciliares e, sempre que possível, atividades de educação em saúde e de gestão dos serviços.

3.7. Atividades da semana padrão

Na tabela a seguir estão descritas as atividades da semana padrão da tutoria clínica contendo 40 horas.

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	Atendimento ambulatorial podendo incluir Observação Direta de Consultas: MINI-CEX e/ou Modelagem	Atendimento ambulatorial podendo incluir Observação Direta de Consultas: MINI-CEX e/ou Modelagem	Atendimento ambulatorial podendo incluir Observação Direta de Consultas: MINI-CEX e/ou Modelagem	Atendimento ambulatorial podendo incluir Observação Direta de Consultas: MINI-CEX e/ou Modelagem	Atendimento ambulatorial podendo incluir Observação Direta de Consultas: MINI-CEX e/ou Modelagem Estudo Dirigido à Prática (fechamento)
Tarde	Atendimento ambulatorial com Observação Direta de Consultas: MINI-CEX e/ou Modelagem Estudo Dirigido à Prática (abertura)	Atendimento ambulatorial e/ou Visita domiciliar	Reunião de equipe Atendimento ambulatorial	Atendimento ambulatorial podendo incluir Observação Direta de Consultas: MINI-CEX e/ou Modelagem	Avaliação de Desempenho Plano de Desenvolvimento Pessoal e Profissional Aprovação final das atividades do semestre (a cada 6 meses) Preenchimento do instrumento avaliativo do curso de formação (a cada 6 meses)

3.8. Bases teóricas do ensino de adultos e da tutorial clínica

3.8.1. Mudanças de paradigmas no ensino médico

Para justificar o uso deste instrumento no processo de formação dos profissionais estudantes do PMpB, algumas palavras sobre educação médica são necessárias.

Treinar profissionais de saúde para o futuro demanda muito mais do que transmissão de conteúdo e o cumprimento de tarefas e avaliações durante o período de formação. Para além disso,

tornar profissionais de saúde aptos para atuar no cenário da Atenção Primária à Saúde demanda o desenvolvimento de uma gama de competências muito abrangente, desde habilidades clínicas até competências para o trabalho em equipe, objetivando gerar mudanças no ambiente de trabalho e produzir melhorias em um cenário em constante transformação.

O documento *Health Professionals for a New Century* publicado no The Lancet em 2010,⁽¹⁾ descreve as deficiências na força de trabalho da saúde como resultado das falhas no sistema de treinamento destes profissionais. Os autores descrevem uma série de oito deficiências, todas elas muito pertinentes ao cenário da Atenção Primária à Saúde e aos princípios da Medicina de Família e Comunidade, a saber:

- a) incompatibilidade de competências profissionais com as necessidades dos pacientes e da população;
- b) trabalho em equipe deficiente e pouco integrado;
- c) estratificação do status profissional por gênero, que ainda hoje persiste;
- d) foco estreito em habilidades técnicas e sem levar em consideração uma compreensão mais ampla do contexto social, sanitário e do serviço de saúde onde se está atuando;
- e) encontros episódicos e isolados, em vez de cuidados contínuos e de longo prazo;
- f) orientação hospitalar predominante, em detrimento da atenção primária abrangente e continuada;
- g) desequilíbrios quantitativos e qualitativos no mercado de trabalho profissional, com grandes concentrações de profissionais em centros urbanos e zonas ricas;
- h) falta de liderança para melhorar o desempenho do sistema de saúde.

Os autores justificam a perpetuação dessa situação em todo o mundo como decorrente do “tribalismo das profissões” ou, em outras palavras, à “tendência de várias profissões agirem isoladamente ou mesmo em competição umas com as outras”, perdendo a oportunidade de cooperar e crescer colaborativamente.

A solução para essa situação seria, segundo os autores, uma nova revolução na educação dos profissionais de saúde – a *terceira revolução*. A primeira revolução foi a chamada revolução do ensino baseado em ciências, que começou após o relatório Flexner durante a reforma das escolas de



medicina na América do Norte no início do século XX. Esse relatório foi o golpe final de um processo que começou no final de século XIX e fechou quase metade das faculdades de medicina dos Estados Unidos e Canadá. Durante o processo de implementação dos padrões para a educação médica, o número total de escolas médicas diminuiu de 160 em 1905 para 85 em 1920.

A segunda revolução aconteceu com a chegada do “ensino baseado em problemas” e com a introdução de currículos baseados em competências nos cursos de medicina.⁴⁸ Esse foi o momento em que surgiram a Pirâmide de Miller⁽²⁾ e o conceito de *Entrustable Professional Activities* (EPA - atividades profissionais confiáveis).^(3,4) Enquanto as competências caracterizam o profissional (seja um médico ou qualquer profissional de saúde), descrevendo que tipo de atividades eles realizam, quais são seus princípios e o que eles têm em comum (competências essenciais), as EPAs descrevem e detalham as ações envolvidas na execução de um trabalho específico. As competências podem nos dar um panorama teórico do profissional e de seu papel na sociedade, enquanto as EPAs ajudam professores e alunos a treinar e avaliar procedimentos específicos que os tornam profissionais competentes. De acordo com essa definição, o Can-MEDS⁽⁵⁾ e a agenda educacional EURACT⁽⁶⁾ seriam caracterizados como currículos baseados em competências, enquanto o Currículo Brasileiro baseado em Competências para Medicina Familiar e Comunitária⁽⁷⁾ seria melhor descrito como uma lista de tarefas a serem realizadas pelos médicos de família e comunidade. Nenhuma delas, contudo, dá conta de descrever detalhadamente quais seriam as EPAs que garantiriam, baseado na avaliação do estudante, seu desempenho profissional futuro.

Finalmente, a terceira revolução necessária para resolver essas oito questões no sistema de formação profissional de saúde seria uma transformação ainda mais radical, buscando o desenvolvimento de atributos de liderança para transformar alunos em agentes transformadores da sociedade. Em suma, a educação médica deve ser orientada para o desenvolvimento de habilidades de gerenciamento, de liderança, de tomada de decisão e de trabalho em equipe para produzir melhorias contínuas nos sistemas de saúde. Isto é uma mudança radical de um paradigma no qual alunos devem tão somente reter conhecimento ou, quando muito, tornarem-se qualificados para realizar tarefas específicas. Por fim, com estas transformações espera-se que os profissionais de saúde formados dentro deste novo paradigma do ensino médico sejam mais capazes de criar ambientes de trabalho onde as

relações pessoais sejam horizontais e respeitadas, baseadas no trabalho em equipe multiprofissional e capazes de resolver de forma dinâmica problemas da vida real. Dessa forma, espera-se que estes novos profissionais consigam advogar por mudanças estruturais nos serviços e sistemas de saúde onde atuam e possam melhor atender às exigências da sociedade do que as gerações precedentes de profissionais de saúde conseguiram.

3.8.2. Princípios da educação de adultos

Como dito no início, um dos objetivos deste guia é auxiliar cada profissional envolvido no Programa Médicos pelo Brasil a desenvolver as competências necessárias para o trabalho na Atenção Primária e, com isso, torná-la mais efetiva, abrangente e centrada na pessoa.⁽⁸⁾ Por tratarmos aqui de educação de adultos, em que o aprendiz deve ter a autonomia necessária para aprender aquilo que lhe é mais relevante a cada momento, buscamos fazer com que o guia ajude a individualizar a trajetória de cada profissional durante sua jornada no Programa, seguindo os princípios da *andragogia* e da educação de adultos descritos por Knowles.^(9,10)

- a) adultos estudantes precisam estar envolvidos no planejamento e na avaliação do processo de aprendizado;
- b) experiências práticas e principalmente dúvidas, insucessos e equívocos devem ser o principal combustível dos adultos para o aprendizado;
- c) adultos precisam que o objeto de estudo e aprendizado tenha relevância direta para aspectos imediatos da vida pessoal e do trabalho;
- d) aprendizado de adultos deve ser centrado em solucionar problemas práticos e não na assimilação de conteúdo.

Por esses motivos, estrutura, conteúdo e metodologia deste guia foram desenhados para ajudar todos os profissionais desse programa a desenvolver as competências necessárias para o trabalho médico na Atenção Primária de forma autônoma, baseada na experiência prática e orientada à resolução de problemas imediatos.

Esses princípios da andragogia estão inseridos dentro do Guia para o Estudo Dirigido à Prática em todas as suas etapas, colocando o profissional estudante no papel de agente da sua própria



formação. Apesar de a responsabilidade da condução do aprendizado – e do uso deste guia – estar a cargo do profissional estudante, seu tutor deve ter domínio sobre a sua metodologia de aplicação e sobre como o especializando está fazendo uso dele. Dessa forma, tutores devem ter um papel participativo no acompanhamento daqueles profissionais que estejam sob sua supervisão, seja orientando e dando sugestões, mas também cobrando entregas e comemorando os desafios que foram suplantados.

3.8.3. Educação médica continuada

Somos todos aprendizes em um mundo de constantes mudanças e atualizações. Essa ideia deveria fazer parte do cotidiano de todos os profissionais de saúde e em todos os cenários onde o cuidado em saúde acontece. Contudo, quando se fala em educação médica continuada a primeira ideia que vem à mente é a de cursos de atualização clínica, geralmente com a presença de algum especialista notório em alguma área específica da medicina que ministra alguma palestra para profissionais menos experientes e menos qualificados. Educação médica continuada não é somente isso e, da mesma forma que uma nova revolução no ensino médico se faz necessária para os dias atuais, *Mahan e Clinchot* propõem que uma revisão sobre o papel da educação médica continuada nos dias atuais também precisa acontecer. Segundo estes autores, o foco atualmente deve ser preparar estudantes para a renovação contínua e exponencial de novos conhecimentos e evidências, às novidades tecnológicas que proliferam diariamente e às demandas individuais e sociais por um cuidado em saúde de melhor qualidade, acessível e inclusivo.⁽¹¹⁾

A busca da tripla meta de qualidade de serviços de saúde, o aumento exponencial da produção de novo conhecimento e novas tecnologias fazem com que a educação médica se aproxime cada vez mais das ciências translacionais, que buscam garantir que as descobertas feitas em pesquisas básicas possam realmente ser traduzidas em melhoria do cuidado e em ganhos à saúde e à qualidade de vida das pessoas.⁽¹²⁾

3.8.4. Aprendizagem experiencial e construtivismo

Conforme visto anteriormente, o processo de aprendizado de adultos tem características que o distinguem do aprendizado de crianças, seguindo princípios chamados de andragogia e premissas identificadas por Knowles.^(9,10) David Kolb em 1984 propõe um modelo teórico que explica como acontece o processo de aprendizagem em indivíduos adultos.^(13,14) Partindo de uma visão construtivista, ou seja, de que o aprendizado acontece por meio da interação do indivíduo com o ambiente que o cerca. Várias metodologias de ensino foram derivadas desta forma de abordar o processo de aprendizado como um processo necessariamente ativo, envolvendo o aprendiz em todo o processo. Esta nova forma de encarar o processo de aprendizado se opõe à ideia de que o aprendiz deva passivamente receber doses de informação ministradas pelo docente. Na área da saúde, várias metodologias ativas de aprendizado foram desenvolvidas e/ou adotadas para provocar uma experiência construtivista de aprendizado junto aos alunos. Aprendizado baseado em problemas e aprendizado baseado em desafios – *Problem-based learning* e *Challenge Based Learning*– são algumas destas metodologias.^(15,19)

A aprendizagem baseada em desafios (CLB, do inglês *Challenge Based Learning*) ainda pouco difundida no Brasil, surgiu em 2008 para atender uma demanda constante por novas metodologias de ensino para o Século 21, como parte do programa *Apple Classrooms of Tomorrow—Today* (ACOT2).⁽²⁰⁾ Pensada para atender uma necessidade crescente de preparar pessoas para uma sociedade extremamente mutável, a CBL é adaptável a todas as realidades profissionais e níveis educacionais. Foi organizada metodologicamente por Mark Nichols, Karen Cator, Marco Torres da Digital Promise e do Challenge Institute. Segundo os autores, a metodologia CBL viabiliza a possibilidade de o profissional estudante adquirir conhecimento e de maneira conjunta com a realização de trabalhos com a comunidade, professores ou gestores.⁽¹⁹⁾

O modelo de aprendizado por Kolb é denominado Ciclo de aprendizado de Kolb e é composto por quatro etapas que acontecem de forma cíclica e perpétua, ou seja, a cada ciclo de aprendizado adquirimos mais conhecimento e habilidades, mas também adquirimos uma visão mais ampla sobre o mundo, o que nos traz mais dúvidas e questionamentos sobre a nossa realidade. As quatro etapas do ciclo de aprendizado de Kolb são as seguintes:

Experiência Concreta (Agir) – a prática leva o aprendiz a vivenciar experiências concretas. Isso leva o aprendiz a confrontar seu próprio conhecimento frente à realidade que está experimentando. No nosso contexto, a prática no ambulatório da atenção primária e a discussão de casos com o tutor leva o profissional estudante a questionar seu próprio conhecimento sobre condutas a serem tomadas com pacientes, sobre a forma de trabalhar em equipe, suas verdades sobre como prover cuidado aos pacientes.

Observação Reflexiva (Refletir) – as experiências concretas vivenciadas pelos aprendizes invariavelmente levam a um momento de questionamento e reflexão. Este momento pode ser muito efêmero (um aprendiz que não tem dúvidas sobre o que está fazendo pode sustentar por poucos segundos um questionamento sobre sua prática) ou perdurar por um longo tempo (um aprendiz que nunca chega a alguma conclusão sobre a melhor decisão a se tomar). No nosso contexto, o tutor tem um papel fundamental de sustentar este momento de reflexão, propondo questionamentos ao profissional estudante sobre as condutas que está tomando.

Conceituação (conceituar) – esta etapa é resultado do momento reflexivo anterior. Todo questionamento deve chegar a algumas conclusões. Mesmo que estas conclusões sejam mais dúvidas do que certezas, pelo menos teremos uma dúvida mais elaborada e definida. No nosso contexto, por exemplo, neste momento se toma a decisão sobre que conduta tomar, qual plano terapêutico devemos seguir, quais passos devemos tomar junto ao paciente etc.

Aplicação (aplicar) – esta etapa conclui o círculo de aprendizado de Kolb. Aqui o aprendiz volta à realidade para uma nova experiência, desta vez munido de um conhecimento e habilidades que não possuía ao início do ciclo. Esta etapa é crucial para sedimentar o que foi aprendido, retornar ao verdadeiro sentido do processo de aprendizado e, finalmente, modificar a realidade onde o aprendiz atua. Isso é fundamental para gerar empoderamento no aprendiz, que perceberá o quanto é capaz de organizar suas dúvidas, buscar informações, aprendê-las e, por fim, colocá-las em prática.

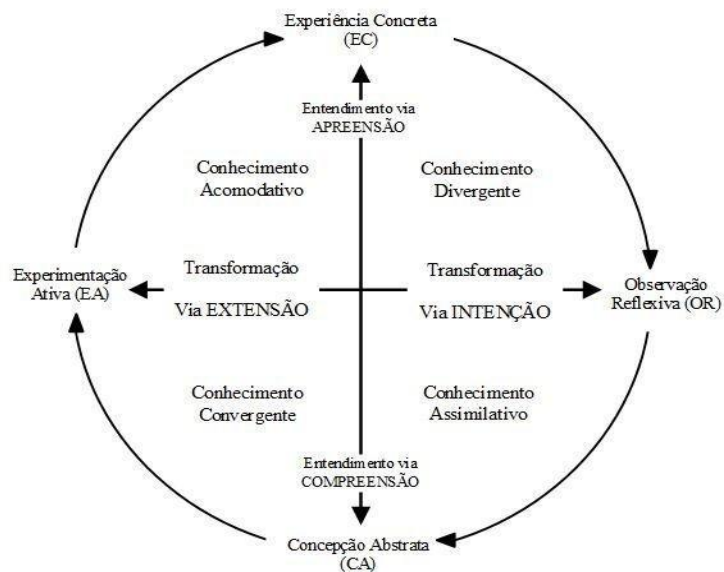


Figura 1 - Ciclo de aprendizado de Kolb⁽¹⁸⁾

3.8.5. PUNs & DENs

PUNs & DENs são dois acrônimos na língua inglesa - “Patient Unmet Needs” e “Doctor Educational Needs”, ou seja, “Necessidades não atendidas dos pacientes” e “Necessidades de formação do médico” em livre tradução para o português.

PUNs são as necessidades que não consegui atender dos meus pacientes. É possível descobri-las simplesmente se perguntando ao final da consulta, 'Como eu poderia ter feito melhor?', ou ainda “o que mais eu gostaria de ter feito para ajudar meu paciente?”, ou ainda “o que eu gostaria de saber resolver melhor (eu deveria ter mais facilidade) para poder ajudar meu paciente”. Quando estamos frente aos nossos pacientes, geralmente percebemos onde está nosso ponto fraco, nossas dificuldades, nossas capacidades e as nossas limitações. O ponto chave aqui é concentrar-se em identificar as “necessidades do paciente”. Vocês (tutor e estudante) devem identificar o que ficou ainda por ser atendido na consulta, o que ainda está por ser feito. Ao reconhecer estas necessidades não atendidas podemos nos perguntar “por que não conseguimos atendê-las”. Pode ser por falta de destreza de realizar uma tarefa, pode ser por uma fragilidade de conhecimento clínico, ou ainda por uma insegurança em lidar com determinado tipo de problema ou de paciente.

Idealmente deveríamos nos fazer estas perguntas sempre ao final de cada consulta, mantendo registro de um diário de “Necessidades não atendidas de meus pacientes”. Esta coleção de PUNs me ajudará a identificar quais são as minhas “Necessidades de formação do médico” - **DENS**. Essas necessidades de formação são simplesmente a identificação e o registro por escrito das lacunas formativas do profissional e dos passos necessários para saná-las.

Esses dois conceitos serão muito utilizados no Plano de Desenvolvimento Pessoal e Profissional (PDPP) que deverá ser realizado ao final de cada semestre letivo. Apesar de ser uma atividade semestral, é importante que tanto tutor quanto estudante mantenham em dia este diário de PUNs e DENS, facilitando assim a realização do PDPP ao final do semestre.

3.8.6. Perguntas esclarecedoras - ARQs (*Awareness Raising Questions*)

O termo *Awareness Raising Questions* - aqui traduzido livremente por **Perguntas esclarecedoras** - é um conceito apresentado por Roger Neighbour no seu livro *The Inner Apprentice* de 2004.⁽²¹⁾ Nesse livro o autor apresenta um paralelo entre a consulta clínica e discussão de caso clínico.

O momento da consulta clínica é onde o médico de família deve usar suas habilidades de comunicação para conseguir extrair uma história do paciente e seu problema de saúde da forma mais abrangente e não enviesada possível. Sem estas ferramentas e habilidades de comunicação, facilmente podemos induzir pacientes a respostas enviesadas, podemos seguir por caminhos de raciocínio clínicos equivocados e impor medidas terapêuticas unilateralmente e sem o verdadeiro consentimento do paciente.⁽²²⁾

Na tutoria clínica e durante a discussão de casos clínicos é justamente o momento em que o tutor deve usar estas mesmas habilidades de comunicação para extrair quais são as dificuldades que o estudante em formação está enfrentando para lidar com o paciente em questão. Uma comunicação falha pode levar a soluções imediatas (prescreva determinada medicação ou solicite tal exame laboratorial) sem explorar as lacunas de formação do estudante e, mais importante, sem colocar o estudante frente às suas lacunas de formação.

Há mais um problema que se apresenta durante a discussão de caso e que aumenta a complexidade da tarefa a ser executada pelo tutor, que é justamente tentar desvendar o que está acontecendo com o paciente em questão e tentar manejar o caso da melhor forma.

De maneira simples, estas **perguntas esclarecedoras** apresentadas aqui podem ajudar o tutor a conduzir uma discussão de caso clínico. Elas podem fazer com que a comunicação seja um facilitador e não uma barreira para encontrarmos e colocarmos o estudante frente às suas lacunas de formação e, ao mesmo tempo, ajudarmos a manejar o caso do paciente em questão.

O que são “Perguntas esclarecedoras”? Perguntas esclarecedoras são simplesmente perguntas feitas com o intuito de explorar e aumentar a consciência sobre um assunto. Durante o momento da discussão de caso, as perguntas esclarecedoras buscam dois objetivos em comum:

- 1) aumentar o quanto sabemos sobre o caso; e,
- 2) aumentar o quanto sabemos sobre o que o estudante que está manejando o caso sabe sobre o caso. Elas criam uma sequência de perguntas que acabam por aprofundar o que sabemos sobre o estudante e sobre o caso que está sendo discutido, ao mesmo tempo que coloca o estudante frente ao seu próprio conhecimento, às suas crenças e dúvidas.

Se aplicá-las corretamente, conseguiremos fazer com que o estudante perceba onde estão suas lacunas de aprendizado e identifica o que precisa estudar e aprofundar para poder lidar melhor no futuro.

Perguntas esclarecedoras utilizam “o que”, “onde”, “como”, “quando” e “por que”, ou ainda podem partir não de uma pergunta, mas de um estímulo a falar, da mesma forma que usamos com pacientes quando dizemos “me fale mais sobre isso” ou ainda.

Alguns exemplos podem ajudar a ilustrar a ideia destas perguntas esclarecedoras:

- Perguntas começando com “O QUE”:
 - O QUE pode estar acontecendo com este paciente?
 - O QUE você espera que eu te ajude?
 - Me explique O QUE você quer dizer com cansaço
 - Me explique com as suas palavras O QUE você diria para este paciente sobre o caso dele.

- Perguntas começando com “ONDE”:
 - Na sua opinião, ONDE está a causa do problema deste paciente?
 - ONDE você buscaria encontrar a resposta para esta pergunta?
- Perguntas começando com “QUANDO”:
 - QUANDO (em que momento da consulta) você passou a cogitar esta hipótese diagnóstica?
 - QUANDO você espera que a dor do paciente esteja melhor? (no caso de um paciente com dor crônica)
- Perguntas começando com “COMO”:
 - Como você relaciona a dor crônica deste paciente com a perda cognitiva?
 - Como você pretende investigar este quadro?
 - Como você pretende conversar com a família sobre este paciente acamado?
 - Como você pretende abordar com esta gestante este resultado positivo do teste de HIV?

Muito cuidado ao usar perguntas que começam com “POR QUE?”. Perguntas que começam com “POR QUE?” demandam sempre uma justificativa. Já à partida o estudante precisa se explicar, principalmente se a pergunta começando com “POR QUE?” vier depois de uma fala do estudante.

Por exemplo: Se um estudante falar “Estou renovando a receita de sinvastatina do paciente, mas vou acrescentar AAS 100mg no almoço para este paciente” e seu tutor perguntar na sequência “POR QUE você vai fazer isso?”, invariavelmente o estudante se sentirá pressionado a justificar sua decisão como se fosse uma conduta errada e que não deveria ser tomada. Com isso, ele se sentirá colocado “contra a parede” e buscará encontrar uma boa justificativa para sua decisão. Dessa forma, teremos um inquisidor perguntando, colocando o estudante à prova, e um estudante que tentará não demonstrar suas fragilidades e buscará apenas justificar suas decisões, ao invés de realmente questioná-las. O resultado será justamente aquilo que não queremos como processo formativo. O estudante terá muitos incentivos para não buscar ajuda, para não expor suas dúvidas e, finalmente, para encontrar desculpas para suas decisões, ao invés de levantar boas perguntas mobilizadoras e de encontrar respostas baseadas em evidências.

A forma como fazemos uma pergunta pode influenciar a forma como ela será escutada pelo estudante e, por conseguinte, a resposta dada. Busque lançar estas perguntas sempre usando um tom

de curiosidade amigável e não de inquisição professoral. Por mais que sua pergunta seja bem formulada e bem-intencionada, se ela for feita de maneira inquisitiva e provocar no estudante a sensação de que ele não sabe a resposta, não teremos bons resultados e conseguiremos somente que o estudante se afaste do tutor, evite novas discussões e busque proteção para não se expor novamente. Lembre-se, todos nós temos medo de sermos expostos e demonstrarmos que não sabemos algo.

Criar um ambiente agradável e favorável de aprendizado é fundamental para o desenvolvimento do estudante e o uso destas perguntas esclarecedoras deve ser feito justamente para que a discussão de caso seja um momento amigável e não ameaçador. Ao perguntar de forma inquisitiva ou usando perguntas contundentes com “POR QUE?” estamos criando um ambiente no qual o estudante irá se sentir sempre avaliado, medido, aprovado ou reprovado. Isso não ajuda e deve ser desencorajado.

Alguns exemplos demonstrando falas e perguntas que podem inibir o estudante e versões reformuladas que teriam muito mais sucesso em incentivar o estudante a compartilhar suas dúvidas e abrir-se ao aprendizado.

Pergunta inquisidora e intimidadora	Pergunta esclarecedora reformulada
Por que você tirou a amitriptilina desta puérpera na última consulta?	Percebi que você tirou a prescrição de amitriptilina desta puérpera na última consulta. Em princípio, o plano seria manter a medicação. QUAL foi a preocupação que te fez tomar essa decisão? O QUE estava te preocupando neste caso para mudar a conduta terapêutica?
POR QUE você não prescreveu penicilina benzatina pro esposo desta gestante?	Revido o tratamento de sífilis congênita precisamos nos preocupar em tratar não somente a gestante. O QUE você está pensando em fazer quanto ao parceiro desta gestante?
Na visita àquela paciente acamada na semana passada, POR QUE não avaliou como estavam as úlceras de pressão?	Na visita àquela paciente acamada na semana passada, o motivo da visita era renovar os medicamentos de uso contínuo. Apesar disso, trata-se de uma paciente em fim de vida e bastante frágil. O QUE mais você poderia ter feito para avaliar o estado de saúde desta paciente?
PARA QUE fazer antibiótico para essa criança?	Você avaliou o quadro daquela criança como uma infecção respiratória, correto? Vamos pensar aqui juntos quais seriam os possíveis causadores dessa infecção. Caso não prescrevêssemos o antibiótico, o que será que poderia acontecer com essa criança?

3.8.7. Preceptoria em um minuto (*One-minute preceptor*)

Preceptoria em um minuto é uma ferramenta largamente utilizada em cenários de formação médica, tanto em ambiente hospitalar quanto ambulatorial.^(23,25) É uma técnica focada no tutor, que deve usá-la para direcionar a discussão de casos toda vez que um estudante esteja buscando ajuda e peça para discutir um caso. Ela conta com cinco passos que devem ser realizados de forma rápida e simples, evitando que a discussão se delongue por mais tempo que a consulta médica. Dessa forma, vários casos podem ser discutidos em um turno de atendimento, levando a discussões ágeis e focadas em problemas específicos de cada consulta ou paciente. Assim, tutor e estudante assumem que não é necessário - e não se deve - buscar sanar todas as dúvidas em uma única discussão de caso. Isto não é proveitoso e pode gerar o mesmo efeito de uma aula expositiva, ou seja, após explorarmos a fundo um tema, passamos erroneamente a acreditar que o estudante agora domina o assunto e ficaremos frustrados ao descobrir o contrário. Não espere que um aprendiz aprenda tudo de uma única vez. Gradativamente, e de forma consistente, o aprendizado vai acontecendo e o estudante vai se tornando competente.

Os cinco passos da técnica Preceptoria em um minuto são os seguintes:

- i. **Comprometimento com o caso e com o paciente** - Uma situação comum no momento da discussão de casos acontece quando o estudante apresenta a história do paciente e o problema em questão esperando que o tutor resolva a situação. Esperar que o tutor dê uma resposta e que diga qual a melhor conduta a ser tomada naquela situação sem se envolver com o caso e sem explorar quais foram as suas carências formativas que fizeram com que ele precisasse pedir ajuda, resulta em uma oportunidade perdida de aprendizado. Após o caso ter sido apresentado, utilize perguntas esclarecedoras para explorar, junto com o profissional estudante, suas lacunas de formação (DENS). Comece utilizando perguntas abertas como “O que você acha que está acontecendo neste caso?”; “qual a sua maior preocupação nesta situação?”; ou ainda “vamos tentar resumir as informações deste paciente em uma única frase”. Dessa forma o estudante poderá falar sobre como ele se encontra ao lidar com o paciente em questão, indo além do caso clínico somente. Com isso, o tutor terá contato com duas fotografias: o paciente e suas necessidades de saúde não atendidas (PUNs) e o estudante e suas lacunas formativas (DENS).
- ii. **Busca por evidências concretas** - neste momento o tutor deve explorar o conhecimento do seu estudante e buscar por “evidências concretas” sobre o que está acontecendo com o paciente e sobre o que o estudante sabe e pensa sobre o que está acontecendo com o paciente. Em outras palavras, aqui é o momento de identificarmos evidências concretas das PUNs e DENS. Aqui é muito importante que o tutor faça uso de perguntas

esclarecedoras para evitar perguntas contundentes e intimidadoras, como “por que você está pensando isso?” ou “de onde você tirou essa ideia?” dominem a discussão. Buscar por evidências concretas não significa “aplicar uma prova oral sobre o estudante para determinar se ele sabe ou não sabe o tema clínico em questão”.

- iii. **Ensine regras gerais** - Este é um bom momento para abordar conhecimentos gerais sobre o assunto em questão. Não significa que o tutor deverá ensinar conteúdo genérico para o estudante, mas sim, rever conceitos fundamentais que precisam ser conhecidos pelo estudante para lidar com o problema que está sendo discutido. Por exemplo, em um caso no qual se está avaliando se um paciente tem diabetes ou não, revisar os critérios diagnósticos da diabetes pode ser feito rapidamente durante a discussão do caso. Ao fazer esta revisão breve, outros assuntos podem ser abordados junto ao estudante. Se o tutor não tomar esta postura e insistir somente em fazer perguntas ao estudante, corre-se o risco de que o momento da tutoria se torne em uma inquisição ou uma grande charada para o estudante.
- iv. **Reforce o que está correto** - Identifique o que está correto e comunique ao estudante as suas impressões. Mesmo que sejam ações simples, é importante que o tutor comunique ao estudante o que foi feito corretamente. Isto reforça o fato de que o tutor está preocupado e atento com a formação do estudante, reforça o valor das ações realizadas pelo estudante e facilita o último passo desta técnica;
- v. **Corrija os potenciais erros** - É importante que o tutor aborde junto ao estudante o que pode dar errado no manejo do caso. Por um lado, pode haver algum equívoco do estudante, alguma avaliação errada ou viés de raciocínio. Se isto for identificado, deve ser transmitido imediatamente e de forma gentil durante a tutoria. Mesmo que o tutor não tenha identificado nenhum erro por parte do estudante e que tenha avaliado bem o caso apresentado e a discussão, sempre precisamos nos fazer a pergunta “o que pode acontecer de errado com este paciente, caso eu tome esta conduta?”. Esta é a primeira pergunta a ser feita para garantir a segurança dos pacientes: (1) o que pode dar errado?; (2) como saberei se deu errado?; e (3) o que faremos, caso dê errado? Colocar estas perguntas ao estudante é um exercício muito enriquecedor.

Ao seguir esses cinco passos descritos, o tutor tornará o momento da discussão de caso mais dinâmico e rápido. Temos muitos pacientes para atender no ambulatório e não dispomos de tempo hábil para fazermos discussões de caso profunda e extensa. Além disso, usar a metodologia da Preceptoria em um minuto pode garantir que cada momento de discussão de caso gere um novo aprendizado e uma nova busca por informações. Por fim, como a aplicação desta técnica deve ser feita de forma rápida - um pouco mais do que um minuto talvez seja realmente necessário em alguns casos - evita-se assim que tutor assuma uma postura palestrante frente ao seu estudante, discursando seu conhecimento por um tempo excessivo e desnecessário.

3.8.8. SNAPPS

SNAPPS é outro acrônimo em inglês que sumariza uma forma de conduzir passo a passo uma discussão de caso que seja centrada nas necessidades do estudante em formação.⁽²⁶⁾ Nessa técnica é o estudante quem toma o papel de protagonista da discussão de caso. Estes seis passos devem ser seguidos pelo estudante no momento em que for apresentar e discutir o caso junto ao seu tutor, fazendo com que ele verbalize seu raciocínio clínico e engajando-se tanto com o cuidado do paciente, quanto com seu aprendizado. O estudante é o responsável aqui por identificar PUNs e DENs. O tutor deve assumir um papel de facilitador do processo, promovendo o pensamento crítico e encorajando o estudante a ter um papel ativo na sua educação. Dessa forma, o tutor automaticamente deixa de adotar a postura de "fonte" de conhecimento para atuar como um questionador e promotor do aprendizado.

Embora seja uma técnica mais identificada com o ensino da medicina em ambientes hospitalares e emergências médicas, seu uso no cenário ambulatorial e na atenção primária pode ajudar estudantes a se tornarem mais autônomos e independentes na busca por conhecimento.

As seis letras deste acrônimo significam:

(S) Summarize briefly the history and findings - Sumarize brevemente a história do paciente e seus achados. Apresente de forma simples quem é o paciente e quais são os problemas que estamos lidando no momento.

(N) Narrow the differential to two or three relevant possibilities - Reduza o diferencial a duas ou três possibilidades relevantes. Em casos em que se esteja buscando um diagnóstico para o problema do paciente o estudante deverá levantar uma lista de causas prováveis, ao invés de tentar acertar qual o diagnóstico. Em casos de pacientes em acompanhamento por condições crônicas de saúde, o estudante deve focar em construir uma lista de problemas e definir prioridades do tratamento.

(A) Analyze the differential comparing and contrasting the possibilities - Analise o diferencial comparando e contrastando as possibilidades. Este momento envolve um aprofundamento de raciocínio clínico, seja na identificação de hipóteses diagnósticas, escolhendo a melhor

abordagem de investigação a se tomar; seja na escolha dos problemas a serem priorizados no curto e no longo prazo no manejo de condições crônicas.

(P) Probe the preceptor by asking questions about uncertainties, difficulties, or alternative approaches - Sonde o tutor fazendo perguntas sobre incertezas, dificuldades ou abordagens alternativas. Este é o momento em que o estudante deve refinar suas perguntas de aprendizado, identificando suas dúvidas e lacunas de formação. Neste momento é que os DENs do estudante e os PUNs do paciente serão definidos;

(P) Plan management for the patient's medical issues - Planeje o gerenciamento dos problemas médicos do paciente. Aqui, o estudante, com apoio do tutor, deve definir a melhor forma para abordar as necessidades de cuidado do paciente. Nos casos agudos em que se esteja buscando definir um diagnóstico, um plano de investigação precisa ser desenhado pelo estudante. Nos casos de manejo de doenças crônicas, um plano de cuidado de curto e longo prazo deve ser definido;

(S) Select a case-related issue for self-directed learning - Selecione um problema relacionado ao caso para aprendizado autodirigido. De toda a lista de DENs identificada nesta discussão, o estudante deve escolher um tema para dirigir seus estudos futuros. Importante que o tutor ajude o estudante a estreitar este tema de estudo para um problema específico e que tenha sido crucial para a resolução do caso. Em um caso no qual se investiga o estado mental de um paciente e que esquizofrenia seja um diagnóstico possível, esperar que o estudante “estude mais sobre esquizofrenia” ou “leia o capítulo inteiro sobre esquizofrenia em um tratado de psiquiatria” é inespecífico e não realista. Por outro lado, se o estudo dirigido for focado em identificar o que são e quais são sintomas positivos e negativos em quadros de esquizofrenia, uma vez aprendida esta informação, o estudante poderá utilizá-la como ferramenta clínica nas próximas consultas, avançando assim no seu aprendizado e se tornando mais capaz de manejar quadros semelhantes no futuro.

3.8.9. Dar e receber *feedback*

Trabalhar em equipe e conseguir comunicar nossas ideias com clareza, de forma coerente e sucinta é uma tarefa difícil para todos os trabalhadores da área da saúde. Equívocos, incompreensão e mal-entendidos são esperados, pois são inerentes à própria comunicação e à transmissão de ideias abstratas. Manter um nível de comunicação dentro do cenário de tutoria clínica e que permita com que tutor e profissional estudante possam transmitir abertamente e sem impedimentos o que estão sentindo e pensando deve ser uma meta a ser perseguida por todos os envolvidos neste processo de aprendizagem.

Contudo, saber como dar e receber *feedback* sobre nossas ações e sobre a forma como estamos atuando na clínica não é uma tarefa simples.⁽²⁷⁾ Não é algo que se espera que os envolvidos simplesmente “façam”, como lavar as mãos antes de cada consulta ou fechar a porta do consultório para garantir a privacidade do paciente.

Para começar, quando uma situação crítica acontece e precisamos conversar com alguma pessoa sobre o que aconteceu, precisamos identificar o tripé fundamental para um *feedback* efetivo:^{(28,}
29)

1. Situação - qual o contexto e qual foi a situação que ocorreu. Em outras palavras, qual foi a história e o evento. Aqui é comum que a história toda seja contada por terceiros, o que pode ser um problema. O acontecimento deve ser esclarecido e as pessoas envolvidas devem ser escutadas.
2. Comportamento - O comportamento (ou ação) deve ser destacado da situação e da pessoa que o realizou. A ação é o problema, não a pessoa que a realizou.
3. Impacto - geralmente esquecido quando focamos na pessoa e não na ação. O impacto da ação problema que foi identificada estará, no nosso caso, sempre atrelado ao cenário de prática, à equipe e, em última instância, aos pacientes. Este impacto precisa ser destacado para, novamente, deslocar a ação da pessoa que a realizou, e destacar a competência necessária para o trabalho que precisa ser desenvolvida.

Utilizar a técnica para transmitir a um colega uma informação sensível sobre algo que aconteceu não garante que o problema em questão será resolvido. Esta técnica apenas ajuda a afastar problemas de comunicação do momento do encontro e evitar que frases mal colocadas ponham a perder um momento que poderia ser produtivo para todos. Além de identificar o tripé para um *feedback* efetivo, algumas dicas são importantes para conduzirmos o *feedback* da melhor maneira.

1. Prepare o ambiente e estabeleça o horário e o local onde acontecerá a conversa. Evite que a conversa aconteça na frente de outras pessoas, em um lugar público e que possa expor a pessoa.
2. Aproxime-se da pessoa, não do problema.
3. Busque concentrar o que vai ser dito na pessoa que vai receber o *feedback*.
4. Evite com que ansiedades e sentimento de frustração sejam levados para a conversa. Se isto for acontecer, peça ajuda de outra pessoa para que a conversa seja justa com a pessoa e se concentre nas ações, não sobre o sujeito.
5. Se seu ímpeto para dar o *feedback* for movido por um desejo de livrar-se de algo ou de “dizer verdades” para outra pessoa, dê um passo atrás e procure a ajuda de outra pessoa.
6. Lembre-se de que *feedback* não se trata de uma sessão de “descarrego” ou de “passar em pratos limpos” um assunto.

Abaixo listamos erros comuns que acontecem e que podem botar a perder todo o esforço que está sendo feito em dar um *feedback* construtivo para o estudante. Todos eles devem ser evitados.

1. Julgar o indivíduo que irá receber o *feedback* e não a ação que foi um problema - “O sujeito é preguiçoso”, ao invés de dizer que “seus atrasos comprometem o trabalho”.
2. Ser vago demais no julgamento - Não se identifica com a equipe; Não se vincula aos pacientes que atende.
3. Reproduzir a opinião de terceiros ou as histórias contadas por terceiros.
4. Julgar através de generalizações - Este profissional nunca estuda; Ele não tem perfil de médico de família.
5. Tentar analisar e psicologizar as atitudes do colega.
6. Ser ameaçador na fala - “se isso acontecer mais uma vez!”
7. Usar humor inapropriado
8. Tentar amenizar o clima da conversa falando sobre pontos irrelevantes.
9. Ser interrogativo (por que você fez isso?), ao invés de usar perguntas para esclarecer o acontecimento, ou ao invés de ser afirmativo e dizer que “esta ação não pode acontecer por tal consequência”
10. Deixar para realizá-lo quando é tarde demais - isto geralmente levará com que a maioria dos erros acima aconteçam.

Por fim, sugerimos que tutor e profissional estudante mantenham uma rotina diária e bidirecional de *feedback*. Isto irá ajudá-los a manter um canal de comunicação aberto para momentos

em que, caso uma situação crítica aconteça, o *feedback* sobre este evento seja eficiente e seja tão corriqueiro quanto qualquer outra conversa mantida entre tutor e estudante.

3.8.10. Como tornar o momento de tutoria mais efetivo

Os capítulos anteriores apresentaram uma série de ferramentas necessárias para que a tutoria clínica aconteça da melhor forma, fazendo com que tutores e profissionais estudantes ⁽¹⁾ tirem o melhor proveito possível destes encontros, ⁽²⁾ desenvolvam as competências necessárias para o trabalho médico na atenção primária à saúde; e ⁽³⁾ façam uso rotineiro de instrumentos e ferramentas padronizadas. Reforçamos a informação de que o manual não substitui cursos de formação, oficinas de treinamento e programas de pós-graduação específicos na área de educação médica e preceptoria.

Resumindo o conteúdo aqui apresentado, organizamos uma lista com 10 fundamentos que não devem ser esquecidos ao se realizar esta tarefa. Esta lista é baseada na literatura utilizada como referência para este manual e nas leituras sugeridas para aprofundamento no assunto. ^(9,21,30,32) Ao colocá-los em prática esperamos tornar a tutoria dentro do PMpB uma atividade prazerosa, rica em aprendizado e experiências para tutores e profissionais estudantes.

1. **Defina papéis e responsabilidades** - Tenha sempre claro quais são as responsabilidades de tutores e estudantes no cenário de prática. Nos primeiros encontros com cada profissional estudante faça a leitura das atribuições dos tutores e dos estudantes. Além disso, faça também a leitura deste mesmo documento aos colegas de trabalho na sua unidade de saúde. Estas informações precisam ser explicitadas para todos os envolvidos na tutoria clínica. Caso alguma falta à estas atribuições acontecer durante a tutoria clínica, recorra ao documento para comunicar ao estudante o que foi percebido;
2. **Mantenha-se sempre aprendendo** - Todos os encontros na clínica – não somente entre tutor e estudante, mas também encontros com outros profissionais, com familiares e principalmente com pacientes – podem ser momentos de aprendizado. Os encontros não deixarão de acontecer, mas precisam de algum esforço para que se tornem realmente momentos de aprendizado. Colegas de trabalho, pacientes, familiares de pacientes e estudantes sempre tem algo de novo a nos ensinar. Aproveite os momentos de encontro para aprender algo novo e, se possível, declare o que aprendeu. Fazer com que seus estudantes escutem de você esta constatação pode também torná-los cada vez mais abertos a novas experiências de aprendizado;

3. **Comunique com clareza** - Mantenha a comunicação dentro do ambiente de prática sempre aberto, direto e claro. Não deixe que informações sejam transmitidas de forma indireta e que boatos tomem conta do ambiente.
4. **Seja paciente e empático** - Seja paciente com seus estudantes, seja paciente consigo. O processo de aprendizado é lento e depende mais de transformações que acontecem em nossas vidas do que da aquisição de conhecimento. Não se cobre por atingir expectativas todo o tempo, com todos os pacientes e com todos os estudantes.
5. **Seja generoso e celebre as conquistas** - Seja generoso com seus estudantes, seja generoso consigo. Não espere que o esforço dedicado junto aos estudantes se traduza automaticamente em alguma retribuição. Celebre as suas conquistas e as conquistas de seus estudantes.
6. **Compartilhe responsabilidades de cuidado** – todos os profissionais de saúde, pacientes e familiares envolvidos nos cuidados primários dos pacientes tem algo a nos ensinar. Seja aprendiz destas pessoas e seus estudantes também o serão. Além disso, traga seus estudantes sempre para o centro do processo de aprendizado e compartilhe com eles as responsabilidades clínicas frente aos pacientes progressivamente. Eles são os principais responsáveis por desenvolver as competências necessárias para lidar com os pacientes na atenção primária.
7. **Seja breve** - mantenha os encontros de discussão de caso e tutoria breves, diretos e efetivos. Evite palestrar, discorrer seu conhecimento e tentar corrigir os problemas através do convencimento.
8. **Não atrapalhe** - Não atrapalhe o desenvolvimento do estudante com suas expectativas. Não o obrigue a se enquadrar em um molde ou a seguir a forma como você aprendeu. Cada aprendiz tem sua própria história de vida, estilo de aprendizado, ritmo de aprendizado e objetivos a alcançar. Estudantes devem desenvolver as competências estipuladas pelo PMPB dentro dos prazos previstos. Contudo, não o obrigue a fazê-lo à sua maneira.
9. **Estude e se atualize** - Ser um bom tutor não significa saber todas as respostas às perguntas de seus tutorados, mas sim, tratá-las com respeito e dedicação suficientes para buscar saná-las. Mantenha-se sempre estudando, questionando a sua própria prática, buscando se atualizar. Cuide para que o ambiente no qual você trabalha esteja sempre aberto ao aprendizado, com atividades de discussão de caso em equipe, com atualizações clínicas, leitura de protocolos de tratamento, discussões de caso etc. Faça isso genuinamente no seu cotidiano e seus estudantes irão observá-lo. Dessa forma, irão fazê-lo também.
10. **Seja um profissional exemplar** - Cuide de seus pacientes com carinho e dedicação; compartilhe o cuidado com colegas, familiares e pacientes; ajude a solucionar conflitos e dissolver tensões no trabalho; seja cordial, seja pontual; cuide da sua saúde e, quando não souber algo, busque aprender.

4. LEITURAS RECOMENDADAS

ABC of Learning and Teaching in Medicine⁽⁹⁾ – livro que aborda de forma ampla temas relacionados ao ensino médico e demais áreas da saúde. Apresenta de forma simples temas como desenho de currículo, ensino de habilidades, ensino ombro a ombro, ensino de pequenos e grandes grupos, formas de avaliação, ensino à distância, ensino online, tipos de avaliação e como produzir materiais educacionais.

The Inner Apprentice: An Awareness-Centred Approach to Vocational Training for General Practice⁽²¹⁾ – livro fundamental para quem pretende se dedicar à atividade de tutoria e preceptoria clínica. Apresenta com profundidade a teoria do aprendizado de adultos e ilustra com exemplos práticos da clínica de forma brilhante.

Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world⁽¹⁾ – artigo que resume com muita riqueza os paradigmas atuais – e os desafios a serem suplantados – da formação de profissionais de saúde no mundo. Artigo de abordagem mais teórica, mas que pode ajudar tutores e estudantes a melhor compreender o contexto de formação profissional no qual se encontram inseridos.

Patient-centered Medicine: Transforming the clinical method⁽⁸⁾ – livro fundamental para a formação de médicos de família e comunidade. Está presente como referência bibliográfica de vários capítulos do curso de formação e apresenta o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) como forma de direcionar o cuidado do paciente para suas demandas e não para parâmetros clínico-laboratoriais ou protocolos terapêuticos exclusivamente. No livro os autores apresentam o Método de Educação Médica Centrado no Residente (MEMCR), uma versão adaptada do MCCP para o cenário de Ensino médico. Ele apresenta os quatro componentes do MEMCR e como tornar o ensino mais focado nas necessidades do estudante e menos nas expectativas do tutor – (1) avaliando as necessidades e expectativas de aprendizagem; (2) Entendendo o residente como um todo; (3) Elaborando um plano conjunto de ensino-aprendizagem; e (4) Intensificando o relacionamento entre residente e preceptor.

How to be an Efficient and Effective Preceptor: It is possible to do the important work of precepting students and still get home in time for dinner⁽³⁰⁾ – artigo curto e que busca trazer dicas e sugestões para tornar o trabalho do tutor mais eficiente. Está bastante alinhado com o conteúdo deste manual e com as sugestões de leitura anteriores.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* [Internet]. 2010;376:1923–58. Available from: [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(10\)61854-5/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(10)61854-5/fulltext)
2. Miller GE. The Assessment of Clinical skills/competence/performance. *Acad Med*. 1990;65(9).
3. Cate O ten. An Updated Primer on Entrustable Professional Activities (EPAs). *Rev Bras Educ Med*. 2019;43(1):712–20.
4. Cate O ten. Nuts and Bolts of Entrustable Professional Activities. *J Grad Med Educ*. 2013;(March):157–8.
5. Shaws E, Oandasan I, Fowler N. CanMEDS-FM 2017: A competency framework for family physicians across the continuum. [Internet]. The College of Family Physicians of Canada - Le Collège des Médecins de Famille du Canada. Mississauga, ON; 2017 [cited 2020 Feb 27]. p. 21. Available from: https://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/Health_Professionals/CanMEDS-Family-Medicine-2017-ENG.pdf
6. EURACT Council. THE EUROPEAN DEFINITION OF GENERAL PRACTICE/FAMILY MEDICINE [Internet]. 2011 [cited 2020 Jan 1]. p. 11. Available from: <https://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition EURACTshort version revised 2011.pdf>
7. SBMFC. Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade [Internet]. Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade. 2015 [cited 2020 Feb 27]. Available from: [http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo Baseado em Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo Baseado em Competencias(1).pdf)
8. Stewart M, Brown JB, Weston W, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman T. Patient-centered Medicine: Transforming the clinical method. 3rd Ed. Boca Raton: Radcliffe Medical Press; 2014. 376 p.
9. Cantillon P, Wood DF, Yardley S. ABC of Learning and Teaching in Medicine. 3rd ed. Cantillon P, Wood DF, Yardley S, editors. London: BMJ Books; 2017. 136 p.



10. Kaufman DM. Applying educational theory in practice Self directed learning Self efficacy Constructivism Reflective practice. *BMJ*. 2003;326(7382):213–6.
11. Mahan JD, Clinchot D. Why Medical Education is Being (Inexorably) Re-Imagined and Re-Designed. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* [Internet]. 2014;44(6):137–40. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cppeds.2014.01.002>
12. Filho JEC, Junior JR da S, Agra KF. Pesquisa Translacional e a importância da sua difusão. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2013;13(4):293–4.
13. Schultz K, McEwen L, Griffiths J. Applying Kolb’s Learning Cycle to Competency-Based Residency Education. *Acad Med*. 2016;91(2):284.
14. Kolb DA. *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. 2nd Revise. New Jersey: Pearson FT Press; 2014.
15. Hung W, Jonassen DH, Liu R. Problem-Based Learning. *Handb Res Educ Commun Technol* [Internet]. 2008;485–506. Available from: [http://faculty.ksu.edu.sa/Alhassan/Hand book on research in educational communication/ER5849x_C038.fm.pdf](http://faculty.ksu.edu.sa/Alhassan/Hand%20book%20on%20research%20in%20educational%20communication/ER5849x_C038.fm.pdf)
16. Harden RM, Crosby J, Davis MH, Howie PW, Struthers AD. Task-based learning: the answer to integration and problem-based learning in the clinical years. *Med Educ*. 2000;34:391–7.
17. Wood DF. ABC of learning and teaching in medicine: Problem based learning. *Bmj*. 2003;326(October 2007):328–30.
18. Takahashi Y. Problem-based learning and task-based learning: a practical synthesis. *Kaohsiung J Med Sci*. 2008;24(3).
19. Nichols M, Cator K, Torres M. *Challenge Based Learning*. Redwood City: Digital Promise and The Challenge Institute; 2016.
20. Apple Inc. *Apple Classrooms of Tomorrow — Today Learning in the 21st Century*. 2008.
21. Neighbour R. *The Inner Apprentice: An Awareness-Centred Approach to Vocational Training for General Practice*, Second Edition. 2nd editio. CRC Press; 2004. 208 p.
22. Scott I. Errors in clinical reasoning: causes and remedial strategies. *BMJ*. 2009;339(july).
23. Timme K, Hannon P. One-Minute Preceptor [Internet]. Accelerated learning community - University of Utah. 2019 [cited 2022 Jul 1]. Available from: <https://accelerate.uofuhealth.utah.edu/leadership/kathleen-timme-and-pete-hannon-one->

minute-preceptor#:~:text=One-Minute Preceptor is a,in five minutes or less

24. Gatewood E, Clinical MSA, Gagne JC De. The one-minute preceptor model: A systematic review. J of the Am Assoc Nurse Pract. 2019;31(1).
25. Chemello D, Manfrói WC, Machado CLB. O papel do preceptor no ensino médico e o modelo Preceptorial em um Minuto. Rev Bras Educ Med. 2009;33(4):664–9.
26. Wolpaw TM, Wolpaw DR, Papp KK. SNAPPS: A Learner-centered Model for Outpatient Education. Acad Med. 2003;78(9):893–8.
27. Jug R, Jiang X “Sara”, Bean SM. Giving and Receiving Effective Feedback: A Review Article and How-To Guide. Arch Pathol Lab Med. 2019;143(February).
28. Shute VJ. Focus on Formative Feedback. Source Rev Educ Res. 2008;78228173(1):153–89.
29. Brookhart SM. How to give effective feedback to your students. ASCD Books; 2008.
30. Biagioli FE, Chappelle KG. How to be an Efficient and Effective Preceptor: It is possible to do the important work of precepting students and still get home in time for dinner. Fam Pract Manag. 2010;17(3):1–6.
31. Emory University School of Medicine. Being an Effective Preceptor [Internet]. A review of selected literature has revealed that the following are characteristics of effective clinical teachers. [cited 2022 Jul 21]. Available from:
<https://med.emory.edu/opex/preceptors/tips/effective-preceptors.html>
32. Simpson M. Clinical Teaching - A Resource Handbook for Family Medicine Preceptors [Internet]. Queen’s Department of Family Medicine; 2019. Available from:
<https://familymedicine.queensu.ca/sites/familymedicine/files/inline-files/Clinical Teaching Toolkit for New Preceptors F.pdf>