

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
Mestrado Profissional em Saúde da Família

ERIKA DENISE DE VASCONCELOS FLORENTINO

**PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM DO MÉTODO CLÍNICO CENTRADO
NA PESSOA: O OLHAR DOS PRECEPTORES DE UM PROGRAMA DE
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

RECIFE

2019

ERIKA DENISE DE VASCONCELOS FLORENTINO

PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM DO MÉTODO CLÍNICO CENTRADO
NA PESSOA: O OLHAR DOS PRECEPTORES DE UM PROGRAMA DE
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Linha de pesquisa: Educação em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque

Recife

2019

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

F633p Florentino, Erika Denise de Vasconcelos.
Processo de ensino-aprendizagem do método clínico centrado na pessoa: o olhar dos preceptores de um programa de residência de medicina de família e comunidade / Erika Denise de Vasconcelos Florentino. — Recife: [s.n.], 2019.
93 p.: il.

Dissertação (Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

Orientador: Paulette Cavalcanti de Albuquerque.

1. Assistência Centrada no Paciente. 2. Educação Médica. 3. Ensino. 4. Preceptoria. 5. Internato e Residência. 6. Residência Médica. I. Albuquerque, Paulette Cavalcanti de. II. Título.

CDU 614.39

ERIKA DENISE DE VASCONCELOS FLORENTINO

PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM DO MÉTODO CLÍNICO CENTRADO
NA PESSOA: O OLHAR DOS PRECEPTORES DE UM PROGRAMA DE
RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Linha de pesquisa: Educação em Saúde

Aprovado em: 29/05/2019

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Prof^a. Dr^a. Katia Rejane de Medeiros
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dr. Felipe Proença de Oliveira
Universidade Federal da Paraíba

Eu, sertaneja que sou, dedico essas mal traçadas linhas ao meu povo do sertão, que me rodopia na luta em busca da dignidade e do cuidado afetuoso ao meu povo.

Dedico a Maria de Lourdes, mãe, professora, militante, sertaneja e exemplo de mulher brasileira.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus por guiar meus caminhos e manter a persistência para seguir e enveredar em novos desafios. Agradeço a minha família, minha irmã Amanda e minha mãe, por sempre estarem ao meu lado, me guiando e me fortalecendo na jornada. Em especial a minha mãe, Lourdes Vasconcelos, mulher de fibra, raça e exemplo de educadora, grande professora, conselheira e orientadora na vida e na academia.

Gratidão ao meu companheiro e esposo Felipe, por todos os momentos compartilhados e por seguir ao meu lado me fortalecendo, mantendo meu ânimo e me auxiliando a continuar e crescer como pessoa e como profissional.

Agradeço aos meus amigos, irmãos da vida, Amanda, Gabi, Padilha, Pedro e Flávia, por sempre serem bons ouvidos atentos e ombros afetuosos para amparo em todos os momentos.

Aos meus colegas de turma do Mestrado Prof-Saúde, pois foi preciso muita garra e apoio mútuo. Quero destacar um agradecimento especial à todas as alunas mulheres que passaram no programa pelo grande exemplo diário. Quero ainda agradecer à Allana e Ari pelos dias compartilhados, pela força e ajuda ao longo desses dois anos.

Agradeço a Fundação Osvaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães e toda a coordenação do Prof-Saúde pela ousadia e pioneirismo de construir esse programa em rede, do tamanho do Brasil. Destaque especial a todo o corpo docente de Pernambuco, com professoras mulheres inspiradoras que nos mantiveram alerta e esperançosos para seguir no desafio. Obrigada professora Cátia, Idê, Islândia e todas as outras. Um agradecimento especial à minha orientadora Paulette por compartilhar tão generosamente o seu conhecimento, de forma afetuosa e paciente.

*Lá vem a força, lá vem a magia
Que me incendeia o corpo de alegria
Lá vem a santa maldita euforia
Que me alucina, me joga e me rodopia
Lá vem o canto, o berro de fera
Lá vem a voz de qualquer primavera
Lá vem a unha rasgando a garganta
A fome, a fúria, o sangue que já se levanta
De onde vem essa coisa tão minha
Que me aquece e me faz carinho?
De onde vem essa coisa tão crua
Que me acorda e me põe no meio da rua?
É um lamento, um canto mais puro
Que me ilumina a casa escura
É minha força, é nossa energia
Que vem de longe prá nos fazer companhia
É Clementina cantando bonito
As aventuras do seu povo aflito
É Seu Francisco, bonão é e cachimbo
Me ensinando que a luta é mesmo comigo
Todas Marias, Maria Dominga
Atraca Vilma e Tia Hercília
É Monsueto e é Grande Otelo
Atraca, atraca que o Naná vem chegando*

(Milton Nascimento, 1976)

FLORENTINO, Erika Denise de Vasconcelos. **Processo de ensino-aprendizagem do método clínico centrado na pessoa: o olhar dos preceptores de um Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade.** 2019. 93 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Instituto Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2019.

RESUMO

Nesta pesquisa investigamos a forma como os preceptores se posicionam em relação ao processo ensino-aprendizagem do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP). Fundamentamo-nos no marco teórico que sustenta a reorientação da formação médica, novas metodologias de ensino e o MCCP sistematizados por Stewart et al. A pesquisa buscou responder à seguinte questão: qual o posicionamento dos preceptores sobre o processo ensino-aprendizagem do Método Clínico Centrado na Pessoa? Para responder a essa questão de pesquisa definimos como objetivo geral analisar a posição dos preceptores do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Vale do São Francisco sobre o processo de ensino-aprendizagem do Método Clínico Centrado na Pessoa. O estudo contou com a participação de nove preceptores do Programa de Residência. Utilizamos a metodologia qualitativa de pesquisa do tipo pesquisa intervenção. O instrumental metodológico adotado foi a entrevista em profundidade e o grupo focal. Para análise dos dados utilizamos a análise de conteúdo proposta por Bardin. Os resultados obtidos indicam que as práticas pedagógicas adotadas no programa de residência apresentam entraves na execução de metodologias de ensino do MCCP, apesar do conhecimento e da reflexão dos atores envolvidos sobre a importância de novas práticas. Foi identificado também as influências das relações interpessoais no ambiente de aprendizagem, com a troca de saber centralizado na aprendizagem pelo exemplo e nas atividades teóricas tradicionais em sala de aula. A presente pesquisa contribuiu para o desenvolvimento das ciências da Educação em Saúde ao guiar reflexões acerca da preceptoria médica em Medicina de Família e Comunidade e o processo de ensino-aprendizagem do MCCP nos Programas de Residência Médica.

Palavras-chave: Assistência centrada no paciente. Educação médica. Ensino. Preceptoria. Residência médica.

FLORENTINO, Erika Denise de Vasconcelos. **Teaching-learning process of Person-Centered Approach to Clinical Practice**: point of view of preceptors of a Family Medicine Residency Program. 2019. 93f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família). Instituto Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2019.

ABSTRACT

This research investigates how preceptors position themselves according to the Patient-Centered Clinical Method (PCCM) learning-teaching process. The research is based on the theoretical framework proposed by Stewart et al, that suggests a reorientation of the doctor's formation, new teaching methodologies, and the Patient-Centered Clinical Method itself. This research aimed to answer the following question: are the preceptors acting accordingly to the PCCM learning-teaching process? To answer this question, we analyzed nine Family and Community Medicine Residency preceptors, all attending the Federal University of Vale do São Francisco, in contrast to the PCCM teaching-learning process. The intervention research was selected as a qualitative approach. The survey instruments adopted to gather data were in-depth interviews and focal groups. The data treatment followed the content analysis proposed by Bardin. The results demonstrate that even though the preceptors are very aware of the importance of new pedagogical practices, the Residency Program presents hindrances when executing PCCM teaching methodologies. Moreover, it was possible to identify interpersonal relations influencing the learning process, especially in situations like learning by example and traditional theoretical classroom activities. This research contributed to the development of Health Education, enabling reflections around the Family and Community Medicine preceptors and on the PCCM learning-teaching method in Medical Residencies.

Keywords: Patient-centered care. Medical education. Teaching. Mentoring. Medical residency.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - O método clínico centrado na pessoa: quatro componentes interativos	23
Figura 2 - Explorando a saúde, a doença e a experiência da doença	24
Figura 3 - Entendendo a pessoa como um todo	26
Figura 4 - Elaborando um Plano Conjunto de Manejo dos Problemas	27
Figura 5 - Estabelecendo uma ligação com a pessoa	28
Figura 6 - Alguns desafios para a formação docente.....	31
Quadro 1 - O método de formação centrado no educando: os quatro componentes interativos do processo de ensino-aprendizagem	34
Figura 7 O método de formação médica centrado no educando: quatro componentes interativos.....	36
Figura 8 - Modelo para o ensino clínico	37
Quadro 2 - Resumo das estratégias de ensino.....	38
Figura 9 - Método do Arco de Charles Maguerez	40
Quadro 3 - Categorias temáticas da entrevista em profundidade.....	48
Quadro 4 - Categorias temáticas do grupo focal.....	49
Figura 10 - Relação dialética e dialógica das categorias temáticas e unidades de sentido averiguadas nas entrevistas	52
Figura 11 - Relação dialética e dialógica das categorias temáticas e unidades de sentido averiguadas no grupo focal	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
APD	Atividade Profissional Delegável
ALOPA	Agenda-Led, Outcome-Base dAnalysis
APS	Atenção Primária de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEP/CPqAM	Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Ageu Magalhães
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IAM	Instituto Ageu Magalhães
MCCP	Método Clínico Centrado na Pessoa
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial e Saúde
PE	Pernambuco
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PRMFC	Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SNAPPS	Acrônimo para sintetizar, limitar, analisar, perguntar, planejar e selecionar.
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UNIVASF	Universidade Federal do Vale do São Francisco

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVO GERAL.....	16
2.1 Objetivos Específicos	16
3 MARCO TEÓRICO	17
3.1 A Racionalidade Biomédica e o Paradigma Flexneriano para a Educação Médica	17
3.2 A Reorientação da Formação Médica	19
3.3 A Medicina Centrada na Pessoa e o Método de Consulta Clínica	21
3.4 O Processo Ensino-Aprendizagem	27
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	41
4.1 Desenho do Estudo	41
4.2 Período do Estudo	42
4.3 Área do Estudo	42
4.4 População do Estudo	43
4.5 Fontes e Instrumentos de Coleta de Dados	43
4.6 Processamento e Análise dos Dados	45
4.7 Analisando os Dados.....	47
5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	50
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	51
6.1 Conhecendo a Visão dos Preceptores sobre o Método Clínico Centrado na Pessoa.....	52
6.2 Analisando a Prática de Ensino do Método Clínico Centrado na Pessoa.....	55
6.3 Identificando os Desafios do Processo de Ensino-Aprendizagem.....	58
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
REFERÊNCIAS	70
APÊNDICE A- PROJETO DE INTERVENÇÃO	74

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE)	85
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GRUPO FOCAL)	88
ANEXO C - PARECER COMITÊ DE ÉTICA	91
ANEXO D - CARTA DE ANUENCIA DO PROGRAMA DE RESIDENCIA EM MEDICINA DEFAMILIA E COMUNIDADE	92

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa desenvolvida no Mestrado em Saúde da Família surge da inquietação, reflexões e estudos realizados em torno das experiências vivenciadas durante o exercício da preceptoría médica no Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). Encarar as dificuldades do processo ensino-aprendizagem despertou as contradições existentes na tentativa de executar propostas metodológicas de ensino em Medicina Centrada na Pessoa.

Recentemente o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) da UNIVASF vem passando por mudanças e adaptações com o objetivo de reorganizar a proposta pedagógica na articulação ensino-serviço e se adequar ao Currículo Baseado em Competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Um dos eixos de mudança do ensino na assistência em saúde é a Abordagem Centrada na Pessoa. O cuidado em saúde centrado na pessoa se propõe a deslocar a ótica biomédica voltada para a doença e colocar o paciente no centro do cuidado. Com esse objetivo foi desenvolvido o Método Clínico Centrado na Pessoa.

De acordo com a vivência e a experiência observacional da pesquisadora supõe-se a existência de entraves para execução da proposta pedagógica de ensino, sensibilizada principalmente pela limitação do ensino do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), pois para efetivar o plano pedagógico é preciso uma articulação entre ensino-serviço e teoria-prática. Algumas estratégias de ensino-aprendizagem têm sido desenvolvidas para esse fim, no entanto foi observado algumas limitações para a execução e a articulação do ensino com a realidade dos serviços de saúde.

Algumas dificuldades foram encontradas na vivência da pesquisadora no desenvolvimento de habilidades e competências dos jovens médicos durante o processo de ensino-aprendizagem, como também limitações relacionadas à execução de metodologias ativas de ensino. Nas atividades teóricas também foram identificadas restrições para aliar as experiências vividas em sala de aula com a vivência prática exercida pelos residentes no serviço de assistência à saúde. As inúmeras contradições e dificuldades de execução do plano pedagógico proposto e

da utilização das referências literárias para o ensino do Método Clínico Centrado na Pessoa foram fatores mobilizadores para justificar o presente estudo.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em medicina (BRASIL, 2014) trazem um delineamento para a reorientação do ensino nas escolas médicas, indicando a prática médica centrada na pessoa como um dos pilares promotores para as mudanças de paradigmas do ensino e da assistência prestada nos serviços de saúde. A implementação de novas práticas curriculares é um desafio para as Instituições de Ensino Médico e um enfrentamento ao modelo biomédico. Muitos egressos dos cursos de medicina saem da graduação com pouco conhecimento sobre os componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa.

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) corrobora as orientações das Diretrizes Curriculares ao indicar um novo olhar do cuidado na Atenção Primária a Saúde. De acordo com a PNAB um dos fundamentos e diretrizes da Atenção Básica é a integralidade do cuidado em vários aspectos, destacando-se aqui a gestão do cuidado integral e a ampliação da autonomia do usuário. Com esse propósito a PNAB orienta a atuação interdisciplinar dos profissionais da saúde; deslocando o processo de trabalho para a centralidade no usuário, onde o cuidado “é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico- científica” (BRASIL, 2012).

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (2015) orienta a formação dos programas de Residência Médica a partir do Currículo Baseado em Competências. Esse currículo indica competências essenciais, desejáveis e avançadas para a formação de um Médico de Família e Comunidade. É considerada uma competência essencial para o residente em Medicina de Família a realização da abordagem centrada na pessoa utilizando habilidades de comunicação e a aplicação dos componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa. Dessa forma, os programas de residência médica têm o desafio de implementar metodologias de ensino-aprendizagem que promovam o desenvolvimento dessa competência para a realização da prática médica. O que se configura como um desafio para a preceptoria aliar as orientações de ensino com a prática diária de ensino-serviço.

Com base nesses apontamentos, levantou-se a seguinte questão para esse estudo: *qual o posicionamento dos preceptores sobre o processo ensino-aprendizagem do método clínico centrado na pessoa?* Ao se buscar construir uma resposta para essa questão, pretende-se contribuir com a construção de reflexões e caminhos para a prática de preceptoria, no fortalecimento do ensino e na

qualificação na formação de médicos de família e comunidade, que, conseqüentemente, prestarão uma assistência médica empática e emancipatória dos sujeitos.

Neste contexto alguns pressupostos direcionaram essa pesquisa, como as concepções que os preceptores atribuem ao Método Clínico Centrado na Pessoa, podendo até divergirem sobre a sua importância na formação médica. Outro pressuposto para essa pesquisa foi a existência de dificuldades e limitações para a utilização de estratégias de ensino-aprendizado que se expressam nas lacunas no plano pedagógico do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade.

Com o intuito de responder ao problema de pesquisa e desenvolver uma reflexão em torno da preceptoria em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Vale do São Francisco foi proposto o seguinte objetivo geral para esta pesquisa: analisar a posição dos preceptores do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da UNIVASF sobre o processo de ensino-aprendizagem do Método Clínico Centrado na Pessoa.

Com essa finalidade o desenho metodológico adotou-se na pesquisa uma abordagem qualitativa, do tipo pesquisa-intervenção. Usando como instrumental metodológico entrevista em profundidade e grupo focal, e o procedimento de apreciação dos dados coletados a análise temática do conteúdo.

A presente pesquisa pretendeu contribuir para o desenvolvimento das ciências da Educação em Saúde ao guiar reflexões acerca da preceptoria médica em Medicina de Família e Comunidade e o processo de ensino-aprendizagem do Método Clínico Centrada na Pessoa no Programa de Residência. Possibilita ainda fortalecer e tornar eficaz as ações dos preceptores, oferecendo oportunidades para a construção de saberes necessários à prática da preceptoria médica. Entendendo que essa ação é uma maneira de impactar na formação de médicos comprometido com as pessoas e com a realidade das demandas do Sistema Único de Saúde.

2 OBJETIVO GERAL

Analisar a posição dos preceptores do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da UNIVASF sobre o processo de ensino-aprendizagem do Método Clínico Centrado na Pessoa.

2.1 Objetivos Específicos

- a) Conhecer a visão dos preceptores sobre o Método Clínico Centrado na Pessoa;
- b) Analisar a prática de ensino do Método Clínico Centrado na Pessoa no Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade;
- c) Identificar os desafios para o processo de ensino aprendizagem no Programa de Residência Médica que possam impactar na prática dos preceptores;
- d) Construir um projeto de Educação Permanente acerca do processo ensino-aprendizagem do Método Clínico Centrado na Pessoa para o Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade.

3 MARCO TEÓRICO

Para delimitação desse estudo, toma-se como conceito a prática da Medicina Centrada na Pessoa (MCCP) sistematizados por Stewart *et al.* (2010). Fundamentamo-nos na reorientação da formação médica, novas metodologias de ensino e o MCCP como estratégias para a reorientação da prática médica. O cuidado em saúde centrado na pessoa se dispõe a deslocar a ótica biomédica voltada para a doença e colocar o paciente no centro do cuidado. O MCCP representa uma reorientação da prática médica e traz o desafio de configurar essa mudança de postura na prática do ensino. Para incidir na efetividade das ações de abordagem a saúde é fundamental pensar estratégias de ensino, mudanças nas posturas e nos objetivos de aprendizagem atualmente colocados na Educação Médica.

3.1 A Racionalidade Biomédica e o Paradigma Flexneriano para a Educação Médica

A formação médica no Brasil tem sido considerada fruto do pensamento médico hegemônico, desenhado com o cientificismo advindo no final do século XVIII até a primeira metade do século XIX. Período fundamental para o surgimento da medicina contemporânea com critérios para uma objetividade científica e o surgimento da anatomoclínica, mudando a perspectiva no saber e na prática médica (CAMARGO, 2003).

De acordo com Foucault (1980), esse momento histórico representa o deslocamento de uma medicina clássica, cujo objetivo é a doença como essência abstrata, para uma medicina anatomoclínica, uma medicina do corpo e das lesões; apresentando-se como a medicina científica. Ainda segundo Foucault, o aparecimento da clínica como fato histórico se revela na substituição da pergunta fundamental do médico para o doente: “o que é que você tem?”, por outra pergunta: “Onde lhe dói?”. A partir de então, a medicina dos sintomas regride e desponta a medicina dos órgãos, do foco e das causas, diante de uma clínica inteiramente ordenada pela anatomia patológica (FOUCAULT, 1980). Na mesma linha de Foucault pode-se buscar elementos para pensar esse processo na contribuição de Camargo (2003, p. 109):

Nesse processo consolida-se uma das vertentes da caracterização das doenças, que ao final e ao cabo serão vistas não mais como um fenômeno vital, mas como a expressão de lesões celulares. O mais fundamental aqui, contudo, é a mudança de perspectiva que se opera; a nova concepção de doença passa a ser a categoria central do saber e da prática médica.

A consolidação da medicina científica foi um processo gradual de transformações e para tal foi fundamental a introdução desse novo paradigma nas escolas médicas. Temos como marco histórico da transformação mundial do pensamento e ensino médico o estudo *Medical Education in the United States and Canada- A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, de 1910, conhecido como Relatório Flexner que provocou profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial, propondo uma nova ordem para a reconstrução do modelo de ensino médico (PAGLIOSA, 2008).

As recomendações de Flexner foram acatadas com amplitude em muitas escolas Americanas e influenciou o ensino médico de toda à América Latina. Destaca-se algumas de suas recomendações como o rigoroso controle de admissão, currículo de quatro anos dividido em ciclo básico e ciclo profissional, prática de ensino essencialmente hospitalar e em ambientes de laboratórios (PAGLIOSA, 2008).

De acordo com Flexner: “o estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta”. O social, o coletivo, o público e a comunidade não contam para o ensino médico e não são considerados implicados no processo saúde-doença. Reafirmando o pensamento positivista que aponta o único conhecimento seguro o científico, vigente no início do século XX (PAGLIOSA, 2008).

O complexo médico industrial é crescente nesse período e a indústria farmacêutica, em expansão, passa a exercer pressão para a implementação e extensão da medicina científica e a corroborar a divulgação do “modelo flexneriano” de ensino apoiado e financiado pela Fundação Rockefeller.

É importante ressaltar as contribuições positivas para o ensino médico do relatório Flexner, como a preparação de futuros médicos com bases científicas, a reorganização e regulamentação do funcionamento das escolas médicas, pelo menos nos EUA. No entanto, a ênfase no modelo biomédico, centrado na doença e no hospital, conduziu os programas educacionais médicos à uma visão reducionista (PAGLIOSA, 2008).

No Brasil, as escolas médicas são influenciadas pela medicina francesa até o ano de 1968, quando com a Reforma Universitária realizada no regime militar, através da Lei 5.540/68, passa-se a adotar oficialmente o modelo americano e as orientações do Relatório Flexner são adaptadas nas escolas médicas brasileiras. As cátedras são substituídas por departamentos contendo disciplinas, o ensino fica dividido em dois ciclos, o básico e o “profissionalizante” (LAMPERT, 2002). Essa reorganização contribuiu para a formação médica brasileira ser pautada na fragmentação do ensino, com pouca articulação das disciplinas, e a introdução precoce de especializações sob o interesse do complexo médico-industrial da saúde.

O ensino médico passa por uma dita modernização, garantindo uma formação técnico-científica com bases na racionalidade médica então vigente, hospitalocêntrica e centrada na doença. Como reforça Lampert (2002, p. 34):

[...] chega-se ao ponto em que as escolas médicas se encontram oferecendo um curso de graduação em Medicina altamente questionado na sua terminalidade, quanto a sua capacidade de formar o profissional para o mercado de trabalho, e apresentando dificuldade de mostrar unidade na composição do que preconizam. Portanto, não basta que Flexner tenha exportado ao humanismo, pois a estrutura paradigmática com a qual trabalha é essencialmente individualista, biologicista, hospitalocêntrica e com ênfase nas especializações.

Dessa forma, o tecnicismo avança na formação médica, focando na especialização precoce e na valorização biológica do processo de adoecimento, ignorando os determinantes e as condições sociais as quais os indivíduos estão inseridos. Portanto, jovens médicos são formados para uma realidade descolada do contexto histórico e econômico das sociedades. No Brasil, surge então as discrepâncias e iniquidades de atuação desses profissionais em comunidades com diversas desigualdades sociais e com pouca compreensão para atuação na realidade do Sistema de Saúde.

3.2 A Reorientação da Formação Médica

A partir da década de 1960 inicia-se com maior intensidade críticas ao setor da saúde, denominada de “crise da medicina” destacando-se uma prática médica descompromissada com a realidade e as necessidades de saúde da população (PAGLIOSA, 2008).

Em 1978 a Declaração de Alma-Ata foi um marco histórico para o debate do conceito de saúde, com o lema *Saúde Para Todos no ano 2000*, propõe alcançar a ampliação do acesso à saúde para os povos até o fim do século XX (LAMPERT, 2002). Apenas em 1986, com a Conferência de Otawa, o entendimento do conceito de saúde e determinantes sociais do processo saúde doença torna-se mais claro com a definição conceitual de Promoção à Saúde. De acordo com o Lampert (2002) “isso se faz com a identificação dos determinantes de saúde situados no biológico e além dele, no estilo de vida do indivíduo e no meio ambiente em que se insere, os quais são elementos fundamentais para compor a existência saudável.”

No mesmo ano da Conferência de Otawa, no Brasil, realiza-se a VIII Conferência Nacional de Saúde que, junto com o movimento da Reforma Sanitária, representaram marcos históricos para a medicina preventiva e o conceito ampliado de saúde, além da universalização do acesso ao cuidado à saúde (LAMPERT, 2002).

De acordo com Feuerwerker (2002) pode-se considerar o Movimento Sanitário Brasileiro como um acontecimento discursivo que, aliado a um conjunto de discursos mundialmente produzidos sobre a necessidade de uma reorientação da formação médica, estabeleceram as condições de possibilidades de mudanças. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da Lei orgânica nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990), a assistência à saúde é fomentada com pauta nos princípios de universalidade, integralidade, equidade, hierarquia da assistência e participação.

O Sistema Único de Saúde representou um passo importante na mudança do paradigma da saúde no que se refere a reorientação no modelo da assistência, no cuidado, na gestão e na autonomia dos indivíduos e comunidades. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) fomentada a partir das políticas advindas do SUS tem sido um grande indutor que objetiva avançar no modelo do cuidado em contradição ao modelo biomédico. No entanto, é preciso mudar o olhar para a formação dos profissionais de saúde, atores sociais fundamentais para os avanços propostos. De acordo com Nogueira:

[...] consideramos SUS com superfície de emergência de novas demandas que podem alavancar as transformações requeridas na educação médica brasileira [...] A lógica da produção do cuidado em saúde proposta pelo SUS não é uma ideia hegemônica em nossa sociedade e requer mudanças profundas no processo de trabalho e na formação dos profissionais de

saúde. [...] o SUS pode ser considerado como superfície de emergência das mudanças na formação médica, especialmente em relação aos novos cenários de prática – estratégia amplamente difundida na maioria das escolas médicas brasileiras (NOGUEIRA, 2014, p. 927).

Com o objetivo de consolidar o SUS e promover à assistência à saúde coerente com as necessidades da população uma série de políticas e mudanças foram propostas para a formação dos profissionais da saúde. A reorientação do ensino médico foi catalisada por iniciativas da Organização Mundial de Saúde (*Changig Medical Education: an Agenda for Action*), da Fundação Kellogg (Programa UNI), da Associação Brasileira de Educação Médica (com a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas- CINAEM) culminando em ações estratégicas como a homologação das Diretrizes Curriculares para os cursos de Graduação em Medicina pelo Ministério da Educação, em 2001 (FEUERWERKER, 1998).

As Diretrizes Curriculares do Ensino Médico (BRASIL, 2001) trazem como um dos objetivos fundamentais a reorientação do olhar médico para além do modelo biologicista e hospitalocêntrico; aumentando à resolutividade dos problemas de saúde. Essa proposta é ampliada com a nova avaliação e homologação das Diretrizes em 2014 que traz como o cuidado centrado na pessoa uma das competências necessárias para o profissional médico. Destacado no artigo 5, inciso IX:

[...] cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade, no qual prevaleça o trabalho interprofissional, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada, respeitando-se as necessidades e desejos da pessoa sob cuidado, família e comunidade, a compreensão destes sobre o adoecer, a identificação de objetivos e responsabilidades comuns entre profissionais de saúde e usuários no cuidado (BRASIL, 2014, p.2, grifo nosso).

Portanto, a educação médica tem um novo desafio para a mudança do perfil médico, com capacidade de atuação no Sistema Único de Saúde, garantindo a autonomia dos usuários e essencialmente alocando os indivíduos para o centro do cuidado compartilhando com a equipe de saúde, valorizando as individualidades, os anseios e as demandas de saúde de indivíduos e comunidades.

3.3 A Medicina Centrada na Pessoa e o Método de Consulta Clínica

A abordagem centrada na pessoa no cuidado em saúde se propõe a deslocar a ótica biomédica voltada para a doença e colocar o paciente no centro do cuidado, promovendo autonomia e participação nas decisões em saúde, respeitando suas expectativas e visões sobre seu processo de adoecimento.

A utilização do termo medicina centrada na pessoa foi introduzida na década de 50, por Balint, para contrapor o termo medicina centrada na doença (STEWART, 2010). Em seus trabalhos Balint inicia a escuta para perceber o paciente e suas demandas, avaliando o papel terapêutico do encontro médico-paciente (RIBEIRO, 2008). Na década de 1970 Engel (*apud* STEWART, 2010) propôs o modelo biopsicossocial, no qual o ponto de partida é sempre a pessoa, tendo como foco a natureza não científica da abordagem médica considerando os aspectos sociais e interpessoais das vidas das pessoas.

É possível afirmar que Balint e Engel (Stewart, 2010) foram precursores de uma nova abordagem médica, que valoriza as condições objetivas e subjetivas do sujeito, no entanto, o modelo é uma orientação teórica e abstrata da relação desenvolvida no encontro médico-paciente. O formato de como o médico deve fazê-lo, o método e os critérios que devem ser valorizados para garantir a mudança de posturas e paradigmas não ficaram claros nesse momento. De acordo com Stewart (2010) um modelo é uma abstração; o método é uma abstração prática.

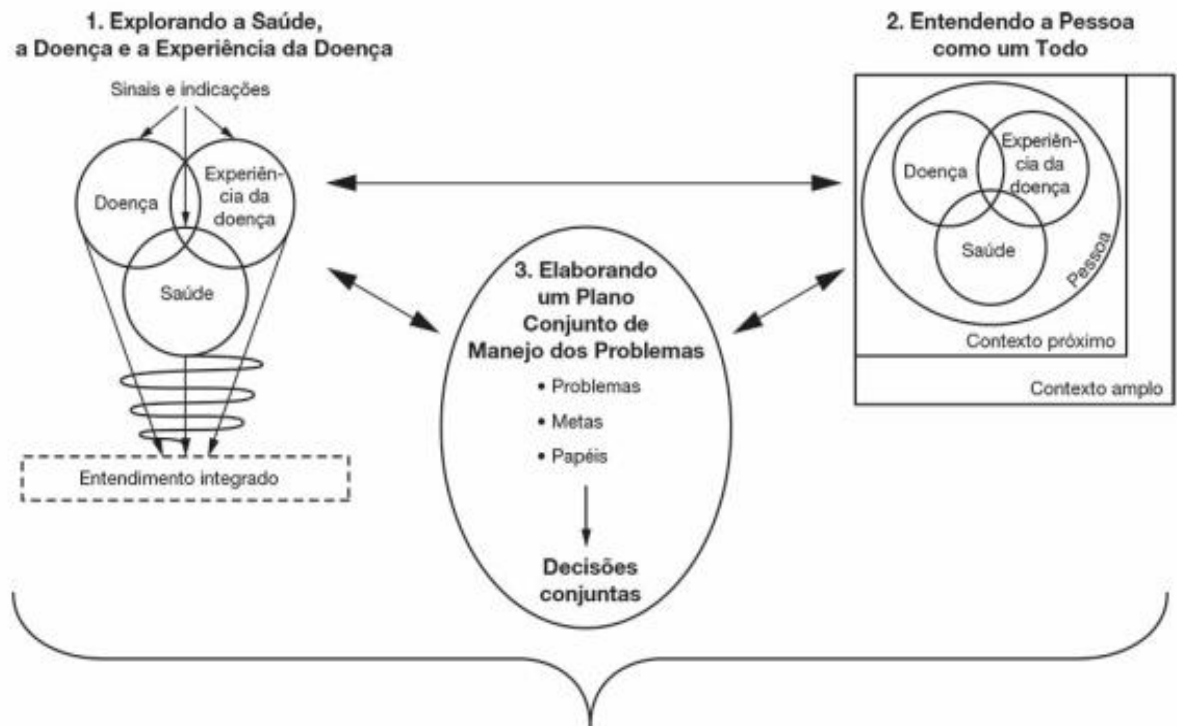
O Departamento de Medicina de Família e Comunidade de Wester Ontário-Canadá provocado pelos trabalhos iniciais sobre a relação médico-paciente do médico Ian MacWhinney e posteriormente de Moira Stewart, com colaborações de Joseph Levenstein, organizou uma proposta de um novo método clínico centrado na pessoa (LOPES, 2005).

O método clínico centrado na pessoa é desafiador pois traz a importância de avançar na promoção da autonomia do cuidado do sujeito. O médico tem a função de compartilhar o poder no relacionamento com seu paciente e conseqüentemente renunciar o controle que fica em suas mãos. Essa mudança de valores propõe retirar o médico de uma posição sempre objetiva que produz uma insensibilidade diante do sofrimento humano. De acordo com Stewart (2010, p. 23): Ser centrado na pessoa requer o equilíbrio entre o subjetivo e o objetivo, em um encontro de mente e corpo.

O método está organizado em quatro componentes (Figura 1) que tem a finalidade de facilitar o ensino e a pesquisa, porém a prática clínica centrada na pessoa é holística e seus componentes se interagem de forma única em cada

encontro para promover a amplitude e a potencialidade terapêutica de cada momento (STEWART, 2010).

Figura 1 - O método clínico centrado na pessoa: quatro componentes interativos.



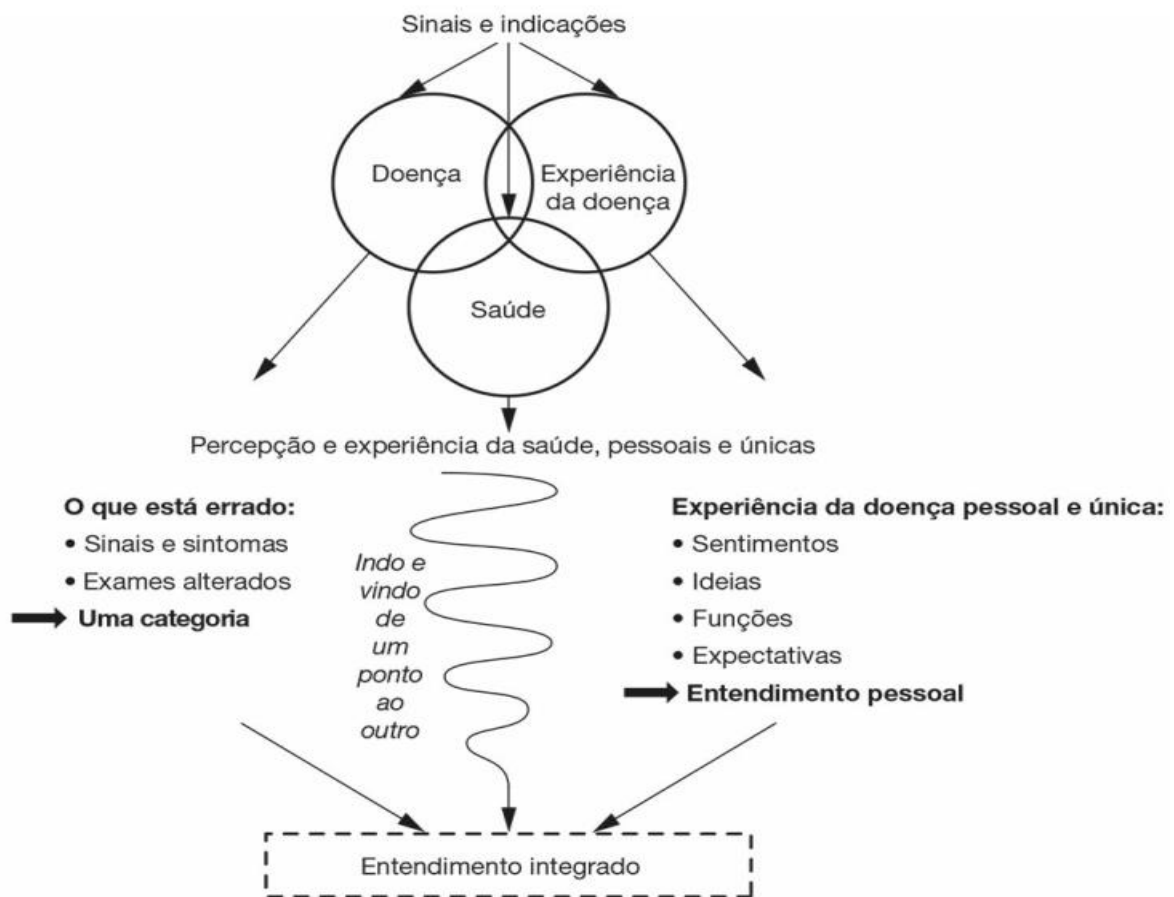
Fonte: Stewart et al. (2017).

O primeiro componente é explorar a saúde, a doença e a experiência da doença. Tem como meta identificar o processo de adoecimento pelo indivíduo através da anamnese e exame físico. O médico deve tentar compreender o mundo da pessoa, suas percepções sobre saúde e sua experiência com a doença. Nesse momento é abordado os sentimentos do paciente em relação ao estar doente, suas ideias sobre a experiência da doença, como essa experiência está afetando seu funcionamento e, por último, o que espera de seu médico (STEWART, 2017).

Dessa forma, devem ser exploradas pelo médico quatro dimensões da experiência da doença: (1) sentimentos da pessoa e medos sobre seus problemas; (2) as ideias da pessoa sobre o que está errado; (3) o efeito da doença nas funções da pessoa; e (4) suas expectativas em relação ao médico representada pelo acrônimo SIFE (sentimentos, ideais, funcionamento e expectativas) (STEWART, 2017). A abordagem dessas dimensões permite um entendimento integral sobre as

percepções do indivíduo acerca da sua saúde, da sua doença e uma compreensão sobre a experiência do estar doente, tanto para o indivíduo como para o médico (STEWART, 2017). Esse processo estabelecido no primeiro componente do MCCP é contínuo e ininterrupto, por vezes sendo necessário revisitar essas dimensões para o entendimento integral da pessoa, tanto do usuário no seu processo de autoconhecimento como para o médico no reconhecimento daquela pessoa com quem estabelece essa relação (Figura 2).

Figura 2 - Explorando a saúde, a doença e a experiência da doença



Fonte: Stewart *et al.* (2017).

O segundo componente é entendendo a pessoa como um todo. É a integração dos conceitos abordados no primeiro componente (saúde, doença e experiência da doença), abordando os múltiplos aspectos da vida, a história de vida, sua personalidade, seu ciclo familiar e contexto em que vive (Figura 3). Ressalta-se aqui que o entendimento do estágio atual da pessoa no ciclo de vida, as tarefas que assumem e os papéis que lhe são atribuídos influenciam o tipo de cuidado que elas

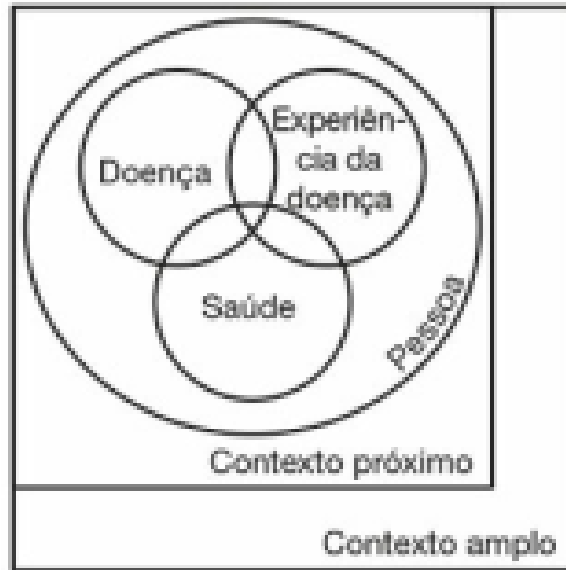
buscarão (STEWART, 2017). Esse ponto é especialmente importante para o médico reconhecer, por exemplo, as crises do ciclo de vida já presente e compreender como tem sido a resiliência dessa pessoa nesse momento do cuidado.

Para a compreensão e entendimento da pessoa como um todo, esse componente requer a abordagem do contexto próximo e do contexto amplo da pessoa. É importante ressaltar o entendimento do desenvolvimento individual como, por exemplo, a personalidade da pessoa que pode refletir seus mecanismos de defesa e os momentos de negação para o cuidado na saúde. Outro elemento de desenvolvimento individual proposto abordar são suas crenças e sua espiritualidade que podem influenciar na adesão ou não de planos de cuidados propostos (STEWART, 2017). Outros fatores de contexto próximo que influenciam na saúde, na doença e na experiência da doença incluem família, segurança financeira, educação, emprego, lazer e apoio social.

No contexto amplo, os determinantes sociais de adoecimento são fundamentais estarem expostos, para compreender o contexto do seu processo saúde doenças e as iniquidades em saúde que esse indivíduo está exposto. Outros fatores incluem a comunidade, a cultura, a economia, o sistema de assistência à saúde, fatores sócio-históricos, aspectos geográficos, a mídia e a saúde ecossistêmica. Esses fatores se correlacionam com o contexto geral e com o metacontexto, como afirma Stewart (2017, p. 134):

O entendimento do contexto amplo exige que se considere não apenas os determinantes sociais da saúde e a prevalência global, a incidência e a propagação da doença, mas também os desafios e oportunidades para os cuidados de saúde contidos nas agendas, regulações legais e políticas de organizações internacionais, nacionais, provinciais, estaduais, municipais e profissionais. De forma crescente, esses fatores contextuais ditam ou dão base à promoção da saúde, à prevenção de doenças e às prioridades e direcionamentos dos tratamentos da doença, bem como definem o direcionamento dos cuidados de saúde primários tanto na comunidade quanto de cada indivíduo.

Portanto, as políticas de saúde e a organização social influenciam diretamente no cuidado das pessoas, no contexto de produção das doenças e no cuidado, tanto ofertado pelo sistema de saúde como no autocuidado.

Figura 3 - Entendendo a pessoa como um todo

Fonte: Stewart *et al.* (2017).

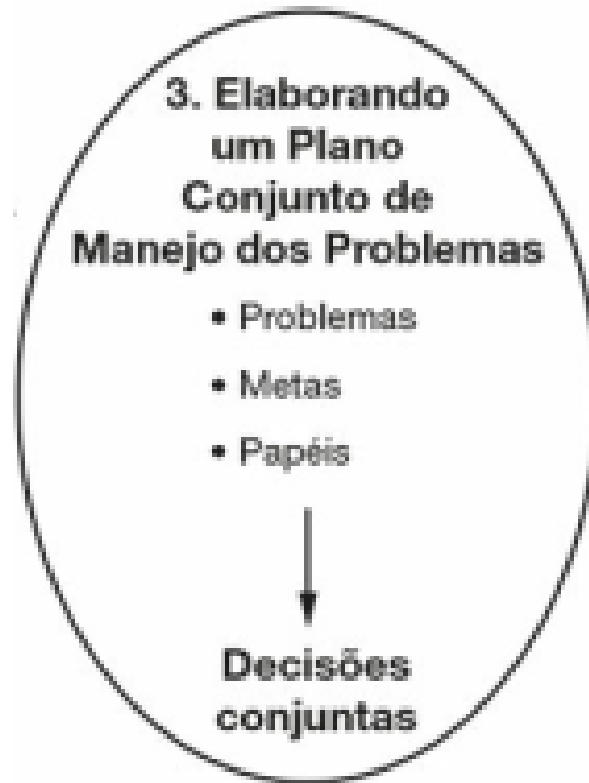
O terceiro componente trata da elaboração de um plano de manejo conjunto entre médico e paciente diante dos problemas levantados. Tem por foco três áreas-chave: a definição do problema, o estabelecimento de metas de tratamento e a identificação dos papéis a serem assumidos pela pessoa e pelo médico:

[...] encontrar um consenso com a pessoa para elaborar um plano para tratar seus problemas médicos e suas metas de saúde, que reflita suas necessidades, valores e preferências e que seja fundamentado em evidências e diretrizes. Esse consenso é atingível se primeiro explorarmos a experiência de saúde e de doença da pessoa e, ao mesmo tempo, os sinais e sintomas da doença. A construção desse entendimento se dá no contexto que abrange a individualidade da pessoa, sua família, outros relacionamentos importantes e o ambiente em que vive. Esse processo complexo é desenvolvido pela colaboração entre o médico e a pessoa, com base em confiança, empatia e respeito mútuo (STEWART, 2017, p. 146).

A elaboração de um plano conjunto de manejo dos problemas converge para a construção de autonomia do indivíduo e conseqüentemente, a retirada do poder centralizado na figura médica de forma hierárquica. A pessoa é incluída como protagonista do seu processo de cuidado. O primeiro passo é o entendimento e a definição dos problemas, após ser abordada a experiência com a doença e sua compreensão sobre o processo saúde- doença; médico e pessoa devem chegar a um entendimento e concordância mútuos em relação aos principais problemas de saúde dessa pessoa. Posteriormente elabora-se as metas e prioridades para o tratamento, que devem levar em conta as expectativas do paciente e do médico em relação ao plano e tratamento (Figura 4). Ainda no terceiro componente o método

clínico centrado na pessoa incorpora na elaboração do plano de manejo a prevenção e a promoção da saúde ao cuidado (STEWART, 2017).

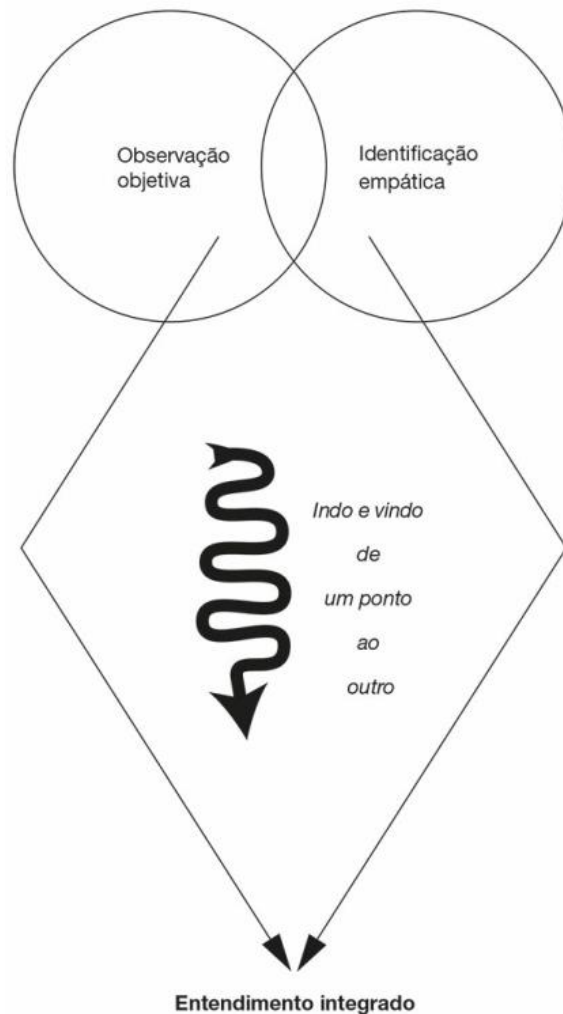
Figura 4 - Elaborando um Plano Conjunto de Manejo dos Problemas



Fonte: Stewart *et al.* (2017).

O quarto componente enfatiza a relação médico-pessoa, trazendo que cada momento de contato deve ser potencializado para o desenvolvimento dessa relação (Figura 5). Assim, é um exercício continuado a compaixão, a empatia, a cura, a esperança, a autonomia com o compartilhamento do poder nessa relação. São habilidades que devem ser desenvolvidas pelo médico aumentando seu autoconhecimento e sabedoria prática, entendendo as nuances dessa relação, como a transferência e a contratransferência. Para a construção de uma parceria sustentada com uma pessoa, é preciso o exercício contínuo dos sentimentos positivos na dicotomia da transferência e da contratransferência sustentada pelos sentimentos de compaixão, cuidado, empatia, confiança, compartilhamento de poder, continuidade, constância, cura e esperança (STEWART, 2017).

Figura 5 - Estabelecendo uma ligação com a pessoa.



Fonte: Stewart *et al.* (2017).

3.4 O Processo Ensino-Aprendizagem

O Método Clínico Centrada na Pessoa representa uma reorientação da prática médica e traz o desafio de configurar essa mudança de postura na prática do ensino. Para incidir na efetividade das ações de abordagem a saúde é fundamental pensar estratégias de ensino e mudança nas posturas e nos objetivos de aprendizagem atualmente colocados na Educação Médica. As escolas médicas têm um duplo desafio para a reorientação da formação, além da mudança do perfil do profissional egresso dos cursos de medicina, um novo olhar ao processo de ensino emerge como urgente e fundamental.

Com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) o objetivo de ensino é redirecionado para a busca de abandonar a visão educacional baseada apenas no diagnóstico e no tratamento, além da promoção de atuação profissional dos egressos no contexto do Sistema Único de Saúde e na abordagem sistêmica dos usuários (ROCHA, 2012). As DCN traz ainda como área de desdobramento do ensino médico a Educação em Saúde, desenhada com a participação ativa do educando no seu processo de aprendizagem:

Na Educação em Saúde, o graduando deverá corresponsabilizar-se pela própria formação inicial, continuada e em serviço, autonomia intelectual, responsabilidade social, ao tempo em que se compromete com a formação das futuras gerações de profissionais de saúde, e o estímulo à mobilidade acadêmica e profissional, objetivando: [...] aprender a aprender, como parte do processo de ensino-aprendizagem, identificando conhecimentos prévios, desenvolvendo a curiosidade e formulando questões para a busca de respostas cientificamente consolidadas, construindo sentidos para a identidade profissional e avaliando, criticamente, as informações obtidas, preservando a privacidade das fontes; [...] aprender com autonomia; [...] aprender interprofissionalmente, com base na reflexão sobre a própria prática [...] (BRASIL, 2014, p. 3 art.7º).

A partir desse processo de redirecionamento do objetivo de ensino dos cursos médicos, o processo de ensino-aprendizagem também passou a requerer uma mudança no formato e nas metodologias tradicionalmente utilizadas na graduação e, pós-graduações da saúde. Porém a mudança para um novo modelo educacional é um caminho complexo e difícil, e vai além do estabelecimento e orientação das diretrizes, requer também repensar as práticas dos docentes atuantes no processo de ensino. Ressaltando que os docentes médicos, em grande maioria não detém conhecimentos pedagógicos de ensino (ROCHA 2012).

Como opção para superação dessa equação, o paradigma da integralidade tem sido apresentado como proposta para substituição ao paradigma flexneriano, tradicional e dominante (LAMPERT, 2004). Definido com as seguintes características:

Tem como características foco na saúde e não na doença; atenção ao processo ensino aprendizagem centrado no aluno, que tem participação ativa na sua própria formação; inclusão na prática no sistema de saúde em graus diferentes de complexidade; ênfase na capacitação docente com destaque tanto na competência técnico científica quanto na didático pedagógica; e acompanhamento da dinâmica do mercado de trabalho médico orientado, por uma abordagem crítica, refletindo aspectos econômicos e humanísticos da prestação de serviços de saúde assim como de suas implicações éticas (COSTA, 2005, *apud* ROCHA, 2012).

Partindo dessas reflexões percebemos que processo de ensino, de acordo com Freire (2014) requer do educador uma postura dialética, assumindo-se como sujeito da produção do saber, reflexivo da sua prática de ensino com o objetivo de despertar no educando a sua criticidade. Freire (2014, p. 25) expõe: “não há docência sem discência” o que no remete ao exercício contínuo das reflexões e das ações do processo de aprendizado, que é dialético. Freire (2014) ainda nos traz os desafios para a formação docente com a reflexão sobre a prática educativa em favor da autonomia dos educandos (Figura 6).

Figura 6 - Alguns desafios para a formação docente



Fonte: Adaptado de Freire (2017).

A figura 6 ilustra os principais desafios para a formação docente no processo de construção da autonomia do educando e da criticidade do processo de aprendizagem. O educador democrático, crítico, em sua prática docente deve forçar a capacidade de crítica do educando, sua curiosidade. Trabalhar com os educandos a rigorosidade metódica com que devem se “aproximar” dos objetos cognoscíveis, é uma de suas tarefas primordiais. Para isso, ele precisa ser um educador criador, instigador, inquieto, rigorosamente curioso, humilde e persistente (FREIRE, 2014).

Deve ser claro para os educandos que o educador já teve e continua tendo experiência de produção de certos saberes e que estes não podem ser simplesmente transferidos a eles, compreendendo que “o ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para sua própria produção ou a sua construção” (FREIRE, 2014, p. 47). Adotamos aqui uma prática de ensino-aprendizagem sustentada na corrente teórica do construtivismo, que tem por maior representante Jean Piaget, no qual considera o conhecimento como uma construção contínua, portanto, uma teoria acerca de como o conhecimento é construído e qual o caminho que o educando percorre em direção ao conhecimento (LEÃO, 1999).

Nessa perspectiva a construção do conhecimento se dá à medida que o sujeito se relaciona com seu objeto de estudo. Elaborando hipóteses, testando-as, confirmando ou refutando suas ideias iniciais e aproximando-se da efetivação desse processo contínuo de ensino-aprendizagem. Em razão da dialética dessa construção, enquanto um conhecimento é efetivado, outros se abrem e o processo continua. Portanto a construção do conhecimento passa a ser um ato ininterrupto (LEÃO, 1999).

Dessa forma o ensinar, aprender e pesquisar lidam com dois momentos do ciclo gnosiológico: o momento em que se ensina e se apreende o conhecimento já existente, e o momento em que se trabalha a produção do conhecimento ainda não existente. É a prática da “do-discência”: docência-discência e pesquisa. Não há ensino sem pesquisa, nem pesquisa sem ensino. Enquanto se ensina continua a busca, repercurando novos conhecimentos. “Ensino porque busco, porque indaguei, porque indago e me indago. Educo e me educo. Pesquiso para conhecer o que ainda não conheço e para comunicar o novo” (FREIRE, 2014).

O docente deve respeitar os saberes socialmente construídos pelo educando na prática comunitária e na sua historicidade, estabelecendo uma intimidade entre os saberes curriculares fundamentais aos alunos e a experiência social que eles têm como indivíduos. Entendendo o educando nas suas especificidades e relações estabelecidas, enquanto seres históricos – sociais, na sua capacidade de interações (comparar, valorizar, intervir, escolher, decidir, romper) educando e educador se fazem enquanto seres éticos. De acordo com Freire (2014, p. 34): “transformar a experiência educativa em puro treinamento técnico é amesquinhar o que há de fundamentalmente humano no exercício educativo: o seu caráter formador.”

A construção do ensinar exige criticidade, rompendo com o saber feito a partir de uma experiência individual e acrítica e avançando no saber resultante dos procedimentos metodicamente rigorosos, promovendo uma superação na medida em que a curiosidade ingênua, associada ao saber do senso comum, vai sendo substituída pela curiosidade crítica ou epistemológica que se rigorosa metodicamente. Portanto o ensinar também exige reflexão crítica sobre a prática envolvendo o movimento dinâmico e dialético entre o fazer e o pensar sobre o fazer (FREIRE, 2014).

Quando no referimos ao processo de ensino na educação médica dentre os desafios de ensino-aprendizagem colocados para os educandos, podemos destacar desenvolvimento de habilidades em três áreas: adquirir conhecimento médico e competência técnica para lidar com a doença; “torna-se” um profissional e aprender a curar. Em relação ao desenvolvimento do conhecimento médico e a competência técnica para lidar com a doença pode-se afirmar que tem se apresentando como o foco principal, e por vezes quase que exclusivo das escolas médicas na atualidade. Os educandos sofrem uma imersão nas ciências biológicas como tarefa para reconhecer e tratar a doença. Conseqüentemente, as habilidades de comunicação dos fatores psicológicos, sociais e ambientais ficam no plano periférico do plano de ensino (STEWART, 2017).

O torna-se médico e o aprender a curar ainda são habilidade pouco valorizadas nas escolas médicas, que exige ética, empatia, autonomia, criticidade e exemplo pedagógico da prática. Esse crescimento é complexo e dialógico com a prática de ensino e aprendizado, que requer a interação complexa entre educador e educando. Aprender a ser um agente de cura e se construir como profissional médico é um processo ininterrupto e que continua após a conclusão do momento formal educacional. Para tanto, é fundamental instrumentalizar o educando da capacidade crítica reflexiva da sua prática (STEWART, 2017).

Com o objetivo de promover o desenvolvimento das três habilidades iniciais, Stewart *et al.* (2017) propõem algumas fundamentações conceituais sobre métodos pedagógicos para os educadores que os guiem no entendimento das dimensões humanas da educação médica:

- a) Narrativas Pessoais: promover a reflexão crítica reflexiva ao reviver e contar as histórias e situações vivenciadas nos momentos de prática de

atuação no cuidado à saúde das pessoas (FREIRE, 2014; STEWART, 2017).

- b) Teoria do desenvolvimento: disparar o entendimento do educando sobre a aprendizagem como uma experiência de transformação, dando sentido as suas experiências (FREIRE, 2014; STEWART, 2017).
- c) Mentoria: a mentoria reflete a relação educador educando baseado no exemplo pedagógico, quando o educador consegue cumprir o papel de docente crítico reflexivo que promove a autonomia (FREIRE, 2014; STEWART, 2017).
- d) Profissionalismo e formação profissional: a atual formação ainda está baseada no conceito de profissionalismo, na capacidade técnica centrada no combate e cura de doenças. Propondo-se o termo formação profissional para amplitude das dimensões da formação médica nas três habilidades fundamentais (STEWART, 2017).

Na formação dos profissionais de saúde é preciso tomar como ponto de partida o aprender a aprender, de acordo com as contribuições de Fernandes *et al.* (2003), conciliando com o dever de compreender o “aprender a conhecer, o aprender a fazer, o aprender a conviver e o aprender a ser” de forma que garanta a integralidade da atenção à saúde com qualidade, eficiência e resolutividade.

Stewart *et al.* (2011; 2017) propõem um modelo conceitual para o ensino do Método Clínico Centrado na Pessoa. Assim como é observado uma mudança nas relações entre as pessoas que buscam cuidado e os médicos, também é esperado mudanças nas relações entre educandos e educadores. As experiências que os educandos têm nas relações com seus professores os ajudam a entender suas relações com as pessoas. Na prática de uma educação libertadora educadores interagem com os educandos e os veem como adultos autônomos que têm um papel-chave em decisões importantes sobre sua educação, ilustram o tipo de relações que esperam que os aprendizes desenvolvam com as pessoas que buscam cuidado (FREIRE, 2014; STEWART, 2017).

O Método de Ensino Centrado no Educando tem quatro componentes interativos, análogo ao Método Clínico Centrado na Pessoa: avaliando necessidades-explorando as lacunas e metas, entendendo o educando como uma pessoa inteira, elaborando um plano conjunto de manejo para a aprendizagem, intensificando a relação entre educando e professor (STEWART, 2017).

Quadro 1 - O método de formação centrado no educando: os quatro componentes interativos do processo de ensino e aprendizagem

<p>1. Avaliando necessidades: explorando lacunas e metas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lacunas: exigências para a conclusão do treinamento • Metas: interesses especiais e áreas de desconforto
<p>2. Entendendo o educando como uma pessoa inteira</p> <ul style="list-style-type: none"> • O educando: origem e formação pessoal, situação atual e questões de desenvolvimento • O contexto: oportunidades e barreiras do ambiente de aprendizagem
<p>3. Elaborando um plano conjunto de manejo para a aprendizagem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prioridades • Métodos de ensino e aprendizagem • Papéis do professor e do educando • Papéis da pessoa e do médico
<p>4. Intensificando a relação entre educando e professor</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empatia, respeito, congruência • Compartilhamento de poder • Autoconsciência • Transferência e contratransfêrencia

Fonte: Stewart *et al.* (2017).

Essa proposta metodológica de ensino sistematizada por Stewart e colaboradores baseia-se em conceitos de aprendizagem de adultos, que enfatizam uma perspectiva individualizada e experimental, promovendo o envolvimento ativo do sujeito com sua própria aprendizagem. A teoria de aprendizagem de adultos ressalta a atenção às vivências e às aspirações dos educandos. Na teoria construtivista de aprendizagem destaca-se o papel central do aprendiz na aprendizagem.

Tudo o que os seres humanos aprendem é fortemente influenciado pelo que já sabem, e esse conhecimento prévio molda como constroem os novos conhecimentos. Conseqüentemente, a primeira tarefa de qualquer professor é descobrir o que seus alunos já sabem. Um erro comum no entendimento do construtivismo e da aprendizagem autodirigida é ver o papel do professor como reduzido ao de um facilitador que dá encorajamento e orientação indireta, mas não oferece nenhuma instrução direta (STEWART, 2017, p. 243).

Os educandos inseridos em um ambiente de educação formal possuem uma carga de conhecimentos, habilidades, crenças e conceitos prévios que influenciam como percebem o ambiente e como organizam e interpretam suas percepções. Os

educadores, precisam, portanto, contribuir na construção de novos saberes a partir dessas ideias prévias, de forma que ajudem cada educando a alcançar um entendimento mais maduro. Uma vez que as ideias e crenças dos educandos são ignoradas, os entendimentos podem ser muito diferentes daquilo proposto pelo educador (FREIRE, 2014; STEWART, 2017).

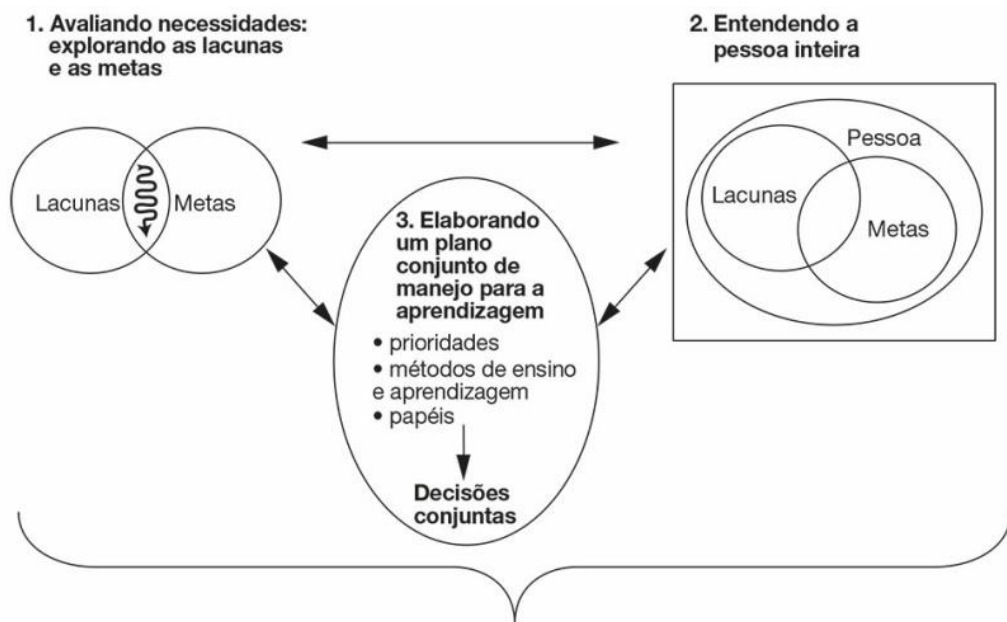
O ensinar não tem, portanto, o fim de esgotar o tema na apresentação de um conteúdo, mas sim em perpetuar na construção concreta de condições em que aprender criticamente é possível, transformando-se num exercício de autonomia e de intervenção do educando na realidade (COSTA, 2004). O que reafirma a intencionalidade da educação para intervir na realidade e modificar as condições de mundo valorizando os saberes dos educandos.

Compreendendo educação como uma forma de intervenção no mundo, levanta-se a questão da intencionalidade da prática pedagógica, a qual não deve ser entendida em uma reflexão superficial em contraposição à questão da neutralidade do professor quanto à transmissão de seus próprios valores — conteúdos morais — aos educandos. A intencionalidade não se refere, nesta concepção, a uma direção dos conteúdos a serem assimilados. Se assim fosse, nada haveria, nesta proposta, que levasse ao exercício da autonomia do sujeito (COSTA, 2004).

A figura 7 traz esquematicamente as quatro etapas do método de formação centrada no educando proposto por Stewart *et al.* (2017), na qual na primeira etapa educando e educador definem os objetivos de aprendizagem. Esses objetivos têm por base a conciliação de divergentes metas de aprendizagem. De um lado, há lacunas e habilidades do educando para o currículo “oficial”, de outro lado, estão as metas e aspirações do próprio educando, os pontos fracos percebidos e o conceito de suas necessidades de aprendizagem.

O segundo componente tem como objetivo a compreensão do educando como tudo no seu contexto, expondo as origens socio culturais dos educandos, suas formação, história de vida, desenvolvimento pessoal e cognitivo; e seu ambiente de aprendizagem. Partindo-se do pressuposto que para fornecer um saber é preciso ter conhecimento sobre o que o educando, como pessoa, realmente precisa. O ambiente educacional influencia também fortemente no processo ensino-aprendizagem. Três aspectos do contexto influenciarão na experiência educacional: o ambiente físico, emocional e intelectual (STEWART, 2017).

Figura 7 - O método de formação médica centrado no educando: quatro componentes interativos

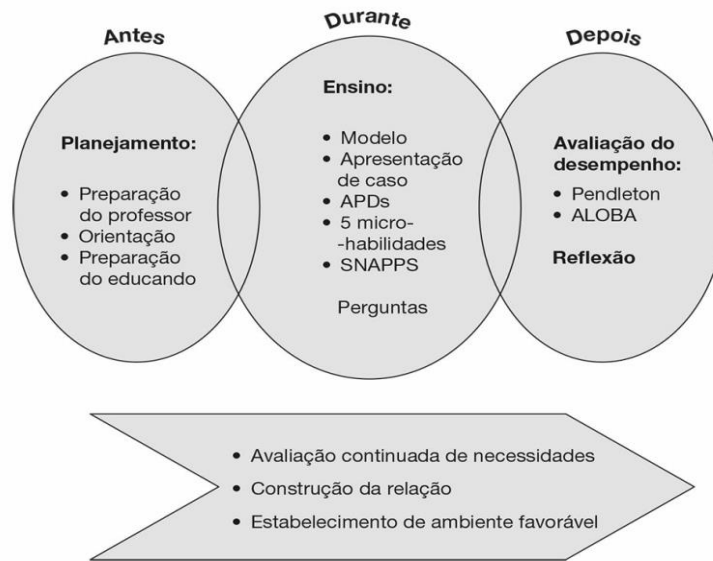


Fonte: Stewart *et al.* (2017).

O reconhecimento e a assunção da identidade cultural se dão como uma das tarefas mais importantes e desafiadoras da prática educativo-crítica, pois tem o objetivo de propiciar condições para que os educandos em suas relações sejam levados às experiências de assumir-se; como ser social e histórico, ser pensante, transformador e criador. O que é incompatível com o treinamento pragmático que se preocupam quase exclusivamente com os conteúdos (FREIRE, 2014).

Elaborando um plano conjunto de aprendizagem proporciona o entedimento sobre as prioridades de ensino-aprendizagem, com objetivos e metas a serem atingidas com o compartilhamento de responsabilidades entre educadores e educandos. A relação dialética estabelecida nos componentes de aprendizagem convergem para o estabelecimento das trocas interativas baseadas na autonomia, no respeito e na construção éticas entre educador e educando (STEWART, 2017; FREIRE, 2014).

Uma proposta metodológica para a prática do ensino do método clínico centrado na pessoa é o “modelo de raciocínio e ação instrucionais” desenvolvido por Irby (1992, p. 630) inicialmente para uso em ambiente hospitalar, mas adaptado por Stewart *et al.* para o ambiente ambulatorial.

Figura 8 - Modelo para o ensino clínico

Fonte: Stewart *et al.* (2017)., adaptada de Irby (1992) e Irby e Bowen (2004).

Nota: ALOBA, acrônimo, em inglês, para análise orientada pelos objetivos do educando e baseada em resultados; APD, Atividade Profissional Delegável; SNAPPS, acrônimo, em inglês, para sintetizar (summarize), limitar (narrow), analisar (analyze), perguntar (probe), planejar (plan) e selecionar (select).

Baseado nas etapas antes, durante e depois esse modelo de ensino tenta estruturar as metodologias de abordagens para o desenvolvimento de habilidades centradas na pessoa. Inicialmente requer o planejamento de ensino, com a preparação do educador, orientação para os educandos sobre os objetivos de aprendizagem traçados e preparação do educando para as metas solicitadas (Figura 8). O segundo momento é a etapa em que se concretiza o espaço de troca ensino-aprendizagem, na qual dispõe-se de alguns métodos pedagógicos (apresentação de caso centrado na pessoa, preceptoria em um minuto ou método das cinco habilidades, atividade profissional delegável, desenvolvimento de habilidade e método SNAPPS- sintetizar, limitar, analisar, perguntar, planejar e selecionar) (STEWART, 2017). O quadro 2 esquematiza algumas estratégias de ensino para a educação médica centrada na pessoa baseada nesse arcabouço teórico.

Quadro 2 - Resumo das estratégias de ensino

Métodos	Indicações	Como
Demonstrações das habilidades pelos professores	Ajudar o educando iniciante a entender o que está tentando aprender. Mostrar para um educando mais experiente que ainda há	Preparar o educando para a observação – discutir com ele o que observar na demonstração. Um relato posterior é útil para consolidar a

	o que aprender.	aprendizagem e esclarecer dúvidas.
Dramatizações improvisadas	Proporcionar oportunidade de testar uma nova habilidade em uma situação segura e receber avaliação imediata sobre como melhorá-la antes de usar essa habilidade com uma pessoa real.	Os professores devem conhecer quais habilidades os educandos, nos diferentes níveis, usam pela primeira vez e ter exemplos de dramatizações para a prática (p. ex., dar a notícia de um novo diagnóstico de uma doença crônica grave).
Simulação de entrevistas com pessoas que buscam cuidado	Praticar habilidades mais complexas que são difíceis para os professores dramatizarem (p. ex. uma pessoa com raiva ou deprimida). Reduzir riscos para as pessoas reais.	Primeiro, apresente as regras básicas cuidadosamente. Dê ao educando um limite de tempo caso ele “trave”. Ofereça avaliação construtiva sobre o desempenho, permitindo que o “médico aprendiz” seja o primeiro a falar. Algumas pessoas que participam da simulação devem ser preparadas para oferecer avaliação construtiva sobre o desempenho.
Uso do “Relato de Caso Centrado na Pessoa”	Praticar o encontro com pessoas em um contexto amplo, que inclua os aspectos humanísticos da experiência da doença. Essa é uma forma poderosa de reforçar as outras estratégias de ensino listadas aqui.	Essa abordagem enriquece a apresentação de caso tradicional. Incorpora uma descrição da experiência da doença da pessoa e o contexto da família e da comunidade. Questões de desenvolvimento e relacionamentos, bem como a elaboração de um plano conjunto de manejo dos problemas para o tratamento, também são incluídas.
Apresentação de vídeo de uma entrevista com uma pessoa	Dar retorno sobre o desempenho no uso de habilidades centradas na pessoa e demonstrá-las para os outros membros da equipe. É útil os professores também apresentarem segmentos de suas próprias entrevistas.	Exige um local onde haja câmeras montadas nas paredes das salas de entrevistas. Sugere-se que o aluno veja a gravação antes e selecione um ou mais segmentos curtos para mostrar para o resto da equipe. Os segmentos podem ser curtos, de apenas 1 ou 2 minutos, para exemplificar uma habilidade específica, ou podem ser de 20 a 30 minutos, se houver tempo. Os outros membros da equipe fazem comentários construtivos sobre o desempenho.
Observação de entrevistas com pessoas reais, seguida de avaliação de desempenho construtiva	Pessoas “reais” são frequentemente desafios maiores e mais imprevisíveis do que simulações de pessoas. É importante consolidar as habilidades aprendidas em situações simuladas, atuando no mundo “real”.	Os professores podem observar diretamente, usar um monitor ou assistir mais tarde à gravação em vídeo. Após a conversa para avaliação de desempenho, é útil repetir a observação para avaliar se houve alguma mudança no desempenho.
Discussões sobre a medicina centrada na pessoa, com base em	Ajudar os educandos a entender que o cuidado centrado na pessoa é baseado	Discuta as principais pesquisas sobre o impacto das abordagens do cuidado centrado na pessoa.

evidências	em pesquisas robustas e tem importantes desfechos mensuráveis.	Aplique essas pesquisas na discussão de casos e no cuidado às pessoas.
Ensino do raciocínio clínico	Ajudar os educandos a integrar os quatro componentes do método clínico centrado na pessoa.	A Preceptoría em Um Minuto e os modelos SNAPPS de ensino estimulam os educandos a explicitar seu raciocínio clínico. Ao pedir que os educandos descrevam como eles integram as diretrizes e as preferências e valores das pessoas na elaboração de um plano conjunto de manejo dos problemas, exige-se que eles reúnam suas análises da condição médica que as pessoas que atendem têm e as entendam como um todo.

Fonte: Stewart et al. (2017).

A avaliação do desempenho é o momento catalizador e disparador da relação cíclica do processo ensino-aprendizagem. Essa etapa se utiliza de alguns modelos de avaliação de desempenho como por exemplo: Regras de Pendleton e *ALOPA* (acrônimo para *Análise Orientada Pelos Objetivos Do Educando E Baseada Em Resultados*; do inglês, *Agenda-Led, Outcome-Based Analysis*). As regras de Pendleton têm o objetivo de criar um ambiente seguro para os educandos de forma que esses possam se arriscar no seu desenvolvimento e experimentar sem medo, evitando as atitudes defensivas. O método *ALOPA* é utilizado, geralmente, com um pequeno grupo de educando e dividido em três etapas: primeiro passo é organizar o processo de avaliação de desempenho; posteriormente avaliar o desempenho um do outro finalizando com a consolidação da aprendizagem (STEWART, 2017).

Outras metodologias de ensino para a formação médica também vêm sendo proposta por outros autores. Ressaltamos nessa revisão um dos instrumentos reconhecidos, que promovem a integração ensino-serviço de saúde e possibilita a construção da reflexão crítica no aprendizado, que é o ensino pela problematização (MITRE, 2008).

A problematização utiliza do potencial do educando, mobilizando os saberes prévios e a possibilidade de atuação na realidade como cidadão e profissional. Para fim metodológico é utilizado o diagrama do Método do Arco de Charles Maguerez, representado na figura 9 (MITRE, 2008).

Figura 9 - Método do Arco de Charles Maguerez.



Fonte: Mitre, 2008.

De acordo com Mitre (2008), a problematização é dividida em cinco etapas, a primeira etapa é da observação da realidade, na qual através de uma primeira leitura é identificado o problema. Na segunda etapa, o estudante realiza um estudo mais cuidadoso e, por meio da análise reflexiva, seleciona o que é relevante, elaborando os pontos essenciais que devem ser abordados para a compreensão do problema. Na terceira etapa, tem-se a investigação propriamente dita. As informações são analisadas e avaliadas, quanto à sua relevância para a resolução do problema.

Parte-se então para a quarta etapa: a formulação de hipóteses de solução para o problema em estudo. Nesse momento as hipóteses de solução são verificadas quanto a viabilidade de aplicação à realidade. Na última fase, a aplicação à realidade, o educando executa as soluções planejadas, exercitando nesse momento a tomada de decisões. Ao completar o Arco de Maguerez, o educando pode exercitar a dialética de ação-reflexão-ação, tendo sempre como ponto de partida a realidade. Concluído o estudo de um problema, novos desdobramentos podem surgir, o que exige a interdisciplinaridade para novas soluções e o

desenvolvimento do pensamento crítico e senso de responsabilidade do educando sob seu aprendizado (MITRE, 2008).

Muitas outras estratégias de ensino-aprendizagem no campo das Metodologias Ativas e da teoria construtivista veem sendo desenvolvidas e pesquisadas dentro do campo da saúde para promover a reorientação do perfil dos médicos egressos das graduações de medicina. Nessa presente pesquisa, foi objetivado o desdobramento para as metodologias com maior potencial no que se refere ao desenvolvimento de habilidades no campo da prática médica centrada na pessoa, que possibilite o ensino do Método Clínico Centrado na Pessoa enquanto estrutura metodológica.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa está embasada na análise e interpretação que parte de uma perspectiva qualitativa, focando principalmente na exploração do conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema (MINAYO, 2016). Considerando que a pesquisa qualitativa lida com subjetividades, parte-se do paradigma de que todos os sujeitos participantes da pesquisa possuem crenças, opiniões, valores e historicidade, não sendo portando neutros; influenciam e são influenciados pela construção do conhecimento.

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo do tipo pesquisa-intervenção pautado na abordagem qualitativa. A pesquisa-intervenção tem como objetivo investigar a vida de coletividades na sua diversidade qualitativa, consiste em uma tendência das pesquisas participativas. A pesquisa participativa segue os pressupostos metodológicos e epistemológicos da pesquisa, porém, envolvendo diversos modos de ações investigativas e de priorização de objetivos; sendo fundamental que o conhecimento produzido esteja disponível e servindo de instrumento para ampliar a qualidade de vida da população (ROCHA, 2003). Demo (2004, p.16) traz contribuições sobre a potencialidade da pesquisa participativa para a intervenção na realidade:

A pesquisa participativa [...] aposta na politicidade do conhecimento como instrumento essencial de mudanças profundas e autônomas. A comunidade precisa tomar seu destino em suas mãos, não esperar a libertação do opressor, e fazer-se protagonista crucial e seu projeto de desenvolvimento (DEMO, 2004, p.16).

Dessa forma, a pesquisa-intervenção se utiliza de um processo de formulação que aprofunda a ruptura com os enfoques tradicionais de pesquisa e amplia as bases teórico-metodológicas das pesquisas participativas. Propõe uma intervenção na micropolítica social quando provoca uma atuação transformadora da realidade sócio-política (DEMO, 2004).

A opção pela abordagem qualitativa toma como referência a definição estrutural defendida por Minayo (1996), que aponta a metodologia qualitativa como a responsável por agregar os significados das construções humanas, incorporando a

importância da intencionalidade das relações humanas e das estruturas sociais (MINAYO, 1996). A pesquisa qualitativa aborda o universo dos significados e os fenômenos humanos para a compreensão da realidade social por interpretar dentro e a partir da realidade vivida e compartilhada. Para a autora o universo da produção humana que pode ser resumido no mundo das relações, das representações e da intencionalidade e é o objeto da pesquisa qualitativa (MINAYO, 2016, p. 21).

Essa abordagem metodológica ao lançar um olhar sobre a produção social e humana na construção do conhecimento mantém coerência com o objetivo geral esperado para o presente estudo, de analisar a posição dos preceptores do Programa de Residência Médica sobre o processo ensino-aprendizagem do método clínico centrado na pessoa a partir das relações desenvolvidas nas práticas de ensino.

4.2 Período do estudo

O estudo foi realizado entre o mês de junho de 2018 a março de 2019. Inicialmente foi feita a coleta dos dados através das entrevistas de profundidade face a face com os sujeitos-chave escolhidos durante o mês de junho de 2018. Em um segundo momento foi realizado um grupo focal ocorrido no mês de janeiro de 2019. Entre os meses de junho de 2018 a abril de 2019 foi realizada a análise dos dados e a redação da dissertação.

4.3 Área de estudo

O estudo foi desenvolvido junto ao Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Vale do São Francisco. Este programa de especialização e qualificação médica é construído a partir da parceria entre a Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) e o município de Petrolina, Pernambuco.

Em funcionamento desde o ano de 2010 tem como objetivo principal qualificar médicos para o trabalho específico na Atenção Primária à Saúde. A residência de Medicina de Família e Comunidade da UNIVASF vem passando por importantes processos de expansão e qualificação, iniciando a sua primeira turma com apenas dois médicos residentes e um médico de Família como preceptor, hoje possui um

quantitativo de 20 médicos residentes e oito médicos de Família e Comunidade atuando como preceptores.

O funcionamento da Residência de Medicina de Família e Comunidade acontece em sete Unidades de Saúde da Família do município. Em Petrolina, estas unidades possuem a especificidade de abrigarem três ou quatro Equipes da Estratégia de Saúde da Família, de acordo com o território. Para o funcionamento do Programa de Residência, faz-se necessária a figura do preceptor médico, que, segundo a Resolução nº 1, de 25 de maio de 2015 (BRASIL, 2015), deve ser preferencialmente especialista com certificado de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade na área e/ou portador de certificação da especialidade de Medicina de Família e Comunidade acreditado ou expedido pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

Além das atividades práticas de assistência e atendimento à população adscrita pelas equipes de saúde, o programa oferta atividade teóricas semanais com debates de casos clínicos e temas mais relevantes para a formação do médico residente, segundo o modelo de Currículo Baseado em Competências proposto pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

O Programa tem importância fundamental para o desenvolvimento do serviço de saúde da Atenção Primária da região, pelo local onde foi implementado, no sertão pernambucano, garantindo a melhoria da assistência para uma população de vulnerabilidade socioeconômica. Atualmente, a Atenção Básica do município se organiza com um total de 44 Unidades de Saúde, compostas por 90 Equipes de Saúde da Família completas, garantindo uma cobertura de 91,95%.

4.4 População do estudo

Participaram do estudo médicos preceptores do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Vale do São Francisco. O programa é composto por um total de nove preceptores e 20 residentes distribuídos em sete Unidades de Saúde da Família do município de Petrolina-PE. O Programa é estruturado com um preceptor fixo por Unidade de Saúde da Família e dois preceptores apoiadores. No serviço de saúde, cada médico residente assume uma equipe de Saúde da Família, auxiliado pelo preceptor fixo responsável pelo serviço de saúde.

4.5 Fontes e instrumentos de coleta de dados

Os dados foram coletados a partir do uso dos instrumentos da entrevista em profundidade com sujeitos chave e a realização de um grupo focal.

Entrevista é uma das estratégias metodológicas mais utilizadas no trabalho de campo, com o fim de coleta de informações sobre determinado tema científico.

[...] é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador e sempre dentro de uma finalidade. Ela tem o objetivo de construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo (MINAYO, 2016, p. 58).

Com a utilização da entrevista como fonte de informação, o pesquisador tem a possibilidade de ter acesso a dados secundários e primários de natureza subjetiva. Diversas formas de entrevista podem ser utilizadas com essa finalidade, porém, destacamos a entrevista em profundidade. Nesse formato de entrevista o informante é convidado a falar sobre o tema de forma livre, enquanto o investigador tentar dar mais profundidade as reflexões (MINAYO, 2016)

As entrevistas aconteceram em um local e horário de melhor conveniência para os sujeitos chave que foram entrevistados. O critério de inclusão para definição dos sujeitos chave foi uma amostra de um terço do total os preceptores, totalizando três entrevistados, garantindo a participação dos preceptores com mais tempo de atuação e preceptores mais jovens. As entrevistas tiveram uma duração máxima de 60 minutos, gravadas por gravador, após anuência dos sujeitos que assinaram o TCLE (Apêndice A). Para a organização dos dados as entrevistas foram transcritas por pessoa qualificada e conferidas pela autora do projeto. O objetivo da entrevista foi identificar os posicionamentos individuais sobre o processo de ensino-aprendizado do método clínico centrado na pessoa e suas compreensões sobre o método e a relação pedagógica desenvolvida com os residentes.

O grupo focal é uma forma de entrevista em grupos, com suporte na comunicação e interação, com o objetivo de reunir informações detalhadas sobre determinado tema. Busca colher informações a partir da interação entre as pessoas para obter dados necessários à pesquisa, visando também proporcionar a compreensão de percepções, crenças, atitudes sobre um tema, produto ou serviços (TRAD, 2009).

O grupo focal aconteceu na Universidade Federal do Vale do São Francisco em horário previamente acordado com os preceptores, que receberam carta convite para participação com antecedência de sete dias da atividade. O critério de inclusão foi o conjunto de preceptores que atuaram no programa durante os anos de 2016, 2017 e 2018, incluindo alguns preceptores atuantes na graduação de medicina durante o estágio acadêmico obrigatório; totalizando nove preceptores participantes. Dentre o grupo de preceptores convidados, dois não compareceram à atividade. O grupo focal teve duração de 3 horas, foi gravado por filmagem e gravador, após anuência dos sujeitos que assinaram o TCLE (Apêndice B). Para a organização dos dados foi feita transcrição por pessoa qualificada e conferido pela autora do projeto. O objetivo do grupo foi aprofundar os posicionamentos atribuídos sobre o método clínico centrado na pessoa e descrever sobre as potencialidades e dificuldades do processo de ensino. Ainda no grupo focal foi realizado um segundo momento com o objetivo de desenhar apontamentos de intervenção com o grupo para a estruturação metodológica e apontamentos de atividades de educação permanente no tocante do ensino do Método Clínico Centrado na Pessoa.

4.6 Processamento e Análise dos dados

Para o processamento e análise dos dados foi utilizada a metodologia da análise do conteúdo, focando na modalidade de análise temática a partir do referencial teórico-metodológico de Bardin. A análise do conteúdo é um estudo de interpretação que busca a elaboração de inferências situado em seu contexto social (SILVA, 2004).

Produzir inferências sobre o texto objetivo é a razão de ser da análise de conteúdo; confere ao método relevância teórica, implicando pelo menos uma comparação onde a informação puramente descritiva sobre o conteúdo é de pouco valor. Um dado sobre conteúdo de uma comunicação é sem valor até que seja vinculado a outro e esse vínculo é representado por alguma forma de teoria. Segundo este ponto de vista, produzir inferência, em análise de conteúdo significa, não somente produzir suposições subliminares acerca de determinada mensagem, mas em embasá-las com pressupostos teóricos de diversas concepções de mundo e com as situações concretas de seus produtores ou receptores. Situação concreta que é visualizada segundo o contexto histórico e social de sua produção e recepção (CAMPOS, 2004).

A análise temática essa interligada com a noção de tema que comporta um feixe de relações e afirmações de determinado assunto. Consiste em descobrir os

núcleos de sentido composto na comunicação, cuja presença signifique algo para o objeto analítico. Ou seja, a aparição de temas qualitativamente representa os valores de referência no discurso (MINAYO, 1996). De acordo com Bardin (2011, p.135) o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura.

A análise temática é desencadeada em três etapas de investigação: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Em um primeiro momento é necessário que o texto seja decomposto para a análise, em seguida recomposto por uma reconstrução do seu significado. Nesse momento é imperativo uma visão interpretativa e crítica desse significado, a fim de trazer objetividade à realidade estudada, emergindo os conceitos antes subjetivados. A decodificação, análise e recodificação promovem a compreensão das representações e interpretação da realidade dos atores participantes da pesquisa (SILVA, 2004).

A pré-análise é constituída pela leitura flutuante, a constituição do corpus e a formulação de hipótese e objetivos. A primeira consiste no contato inicial com o material coletado através de leituras exaustivas, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo. Assim, as teorias relacionadas ao tema tornarão a leitura progressivamente mais sugestiva. Um dos propósitos dessa etapa é favorecer a escolha e a definição do corpus de análise; de modo que essa definição siga algumas das normas de validade: exaustividade, representatividade, homogeneidade ou pertinência. Por fim, propõe-se fundamentar hipóteses iniciais e objetivos elaborando indicadores que fundamentem a interpretação do material coletado (BARDIN, 2011; MINAYO, 1996).

A exploração do material é a próxima fase, que consiste no debruçar sobre o corpus de pesquisa para uma fragmentação do texto, que possibilitará o apontamento das categorias de análise. Nessa etapa é realizada a codificação através dos recortes do texto analisado. É o momento que visa transformar os dados brutos com o intuito de alcançar o núcleo de compreensão do texto. Na análise temática trabalha nessa fase com o recorte das unidades de registro, posteriormente agregando-as e escolhendo as categorias temáticas. Compreendendo aqui como unidade de registro “a unidade de significação codificada e correspondente ao segmento do conteúdo considerado a unidade de base, visando a categorização” (BARDIN, 2011, p. 134).

Por fim, realiza-se o tratamento dos resultados obtidos e interpretação baseada pelos objetivos da pesquisa, pelo marco teórico e pelas etapas anteriores o pesquisador então poderá realizar as inferências sobre o material analisado. “Os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos (‘falantes’) e válidos (BARDIN, 2011, p.131).

Neste estudo, tomaram-se como unidades de registro as falas recortadas das entrevistas em profundidade e do grupo focal. Desses recortes, foram agrupados em categorias iniciais baseados nos temas abordados nas falas e definidos pelas unidades de sentidos. Essas primeiras categorias foram agrupadas tematicamente baseadas nos objetivos e no marco teórico do estudo, resultando nas categorias temáticas finais. Assim, tanto os textos das entrevistas quanto do grupo focal foram recortados em unidades de registro, agrupados tematicamente em categorias iniciais, e finais, as quais possibilitam as inferências.

4.7 Analisando os dados

Para a realização desse estudo as transcrições das entrevistas em profundidade foram tomadas como ponto de partida para a primeira análise. Inicialmente foi realizada a validação da transcrição esboçando-se uma pré-análise do material. Após essa etapa foi realizada leituras sucessivas e exaustivas do material coletado tomando como referencial o objetivo da pesquisa e seu quadro teórico, para um melhor estabelecimento do corpus.

Essa etapa permitiu identificar os temas que deveriam compor as categorias de análise, definidos principalmente a partindo das unidades de sentidos compostas pelas palavras-chave identificada nos textos. Foram constatadas duas categorias de análise: “o posicionamento sobre o método clínico centrado na pessoa” e “ensinando o método clínico centrado na pessoa”. Para melhor sistematização foi produzido o quadro sinóptico das categorias temáticas e unidades de sentido das entrevistas individuais em profundidade (Quadro 3).

Posteriormente às análises preliminares das entrevistas em profundidade e categorização temática, foi definido o roteiro guia para a realização do grupo focal. Realizado o momento em grupo focal, material gravado foi transcrito por pessoa qualificada e validado pela pesquisadora. Já na primeira leitura foi realizada uma pré-análise de acordo com o referencial teórico e os objetivos dessa pesquisa e em

seguida, após leituras sucessivas, estabelecidos os temas desse novo material coletado.

Quadro 3 - Quadro sinóptico das categorias temáticas e unidades de sentido das entrevistas individuais em profundidade.

CATEGORIA TEMÁTICA	UNIDADE DE SENTIDO
A VISÃO SOBRE O MCCP	Abordagem integral, não centrada na doença
	Relação com a pessoa
	Promoção da autonomia
	Mudança da prática profissional
A PRÁTICA DE ENSINO DO MCCP	Aprendizagem pelo exemplo
	Atividade teórica
	Lacunas no processo de ensino
	Propostas de estratégias de ensino

Fonte: a autora, 2019.

Tendo como bússola os objetivos de pesquisa, tais leituras apontaram os temas que deveriam compor as categorias de análise desse material, utilizando novamente o método de identificação de palavras-chave. Assim foi possível estabelecer uma categoria de análise, subdividido em cinco unidades de sentido.

Para a análise de dados coletados do grupo focal foram estabelecidas duas categorias: o paradigma da prática médica e os desafios do processo ensino-aprendizagem. A primeira categoria foi subdividida nas unidades de sentido: o poder médico e o enfrentamento ao paradigma médico hegemônico; já a segunda categoria foi subdividida nas seguintes unidades de sentidos: aprendizagem pelo exemplo pedagógico, reflexão crítica sobre a prática (criticidade), educação centrada no educando e prática pedagógica. Com o debruçar sobre o material foi possível estabelecer as unidades de registro, esse processo de sistematização e categorização foi novamente estruturado em quadros sinópticos de análise expostos abaixo.

Quadro 4: Quadro sinóptico das categorias temáticas e unidades de sentido do grupo focal

CATEGORIA TEMÁTICA	UNIDADE DE SENTIDO
O PARADIGMA DA PRÁTICA MÉDICA (CENTRADA NA DOENÇA)	O Poder médico
	O enfrentamento ao paradigma médico hegemônico
DESAFIOS DO PROCESSO ENSINO- APRENDIZAGEM	Aprendizagem pelo exemplo
	Reflexão crítica sobre a prática (criticidade)
	Educação centrada no educando
	Prática pedagógica

Fonte: a autora, 2019.

Os quadros nos trazem uma visão geral das categorias de análise, porém se faz necessário um processo de aprofundamento da interpretação desse material fundamentada no marco teórico e nos objetivos do presente estudo que trazem caminhos para uma análise subjetiva das falas dos participantes dessas entrevistas.

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A presente pesquisa seguiu as diretrizes para a pesquisa com seres humanos propostas na Resolução Nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, e foi submetido para a aprovação pelo Comitês de Ética em Pesquisa. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães, mediante Parecer nº 2.806.389.

Não houve nenhum apoio financeiro e/ou patrocínio a pesquisadora para a realização dessa pesquisa, assim como qualquer subsídio para os participantes. Dessa forma, não houve conflito de interesses. Seguindo os referenciais da Bioética, os participantes da pesquisa foram esclarecidos dos objetivos, riscos e benefícios da pesquisa e convidados a participar, podendo recusar-se. Assim como todos os estudos que envolvem seres humanos, este trabalho poderia acarretar riscos aos sujeitos envolvidos, ainda que mínimos, como o constrangimento de participar do estudo, por exemplo.

As condutas adotadas durante toda a pesquisa foram no intuito de minimizar quaisquer danos às dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual dos sujeitos envolvidos, tendo em vista que os conhecimentos gerados a partir do estudo poderá beneficiar essas mesmas pessoas. Foram respeitadas a autonomia e privacidade dos participantes, tanto na realização da entrevista, na realização do grupo focal, quanto na análise e publicação dos dados.

A pesquisa foi realizada com a assinatura dos Termos de Anuência e de Consentimento Livre e Esclarecido, tanto para as entrevistas como para o grupo focal (Anexos A e B). O termo informa de maneira sintética o tema, a justificativa, os objetivos, os riscos, os responsáveis e seus contatos (telefone e e-mail), o período do trabalho e a técnica de coleta de dados para a pesquisa.

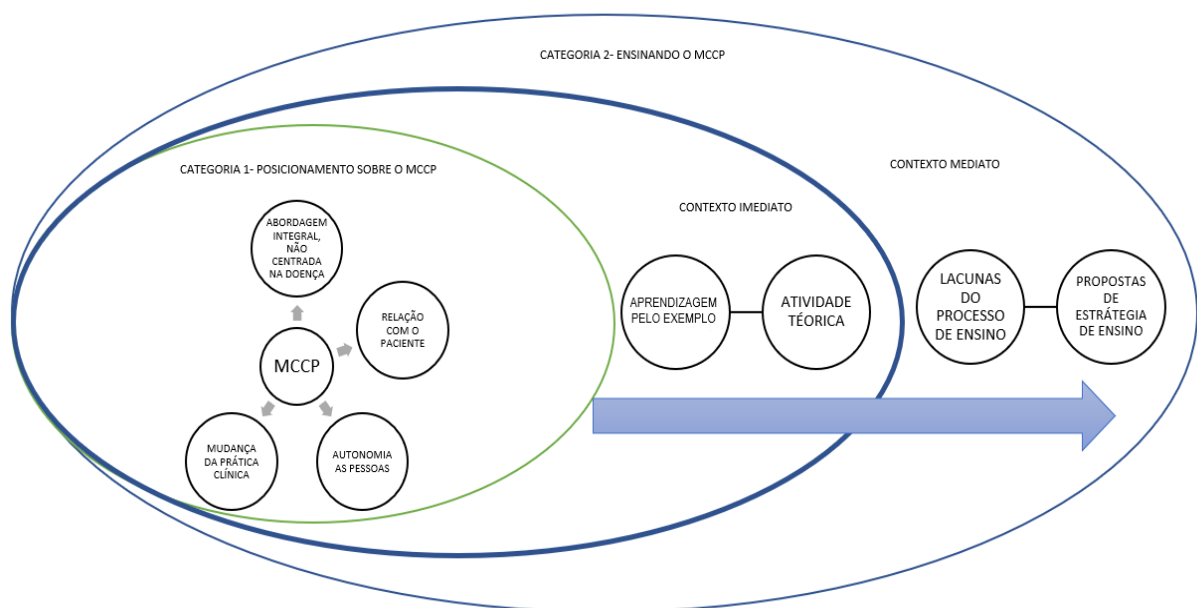
Como benefício individual dos participantes podemos relatar a participação contribuirá com a aprendizagem pessoal e reflexão da prática de ensino e do grupo será a construção conjunta de um produto participativo de qualificação da prática de trabalho. O risco para o participante poderá ser de constrangimento e a angústia acarretada pela revista a prática de ensino desenvolvida junto com o coletivo e individual.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os quadros sinópticos representados nos possibilitam uma visão geral do que foi coletado na análise do corpus de pesquisa. Para qualificar os objetivos desse estudo se faz necessário um aprofundamento embasado teoricamente com o fim de interpretar e dar significado às falas dos preceptores que contribuíram com essa pesquisa. Como sustentação dessa análise a fundamentação teórica apresentada nesse texto foi considerada, e permeou todas as etapas metodológicas, no intuito de possibilitar a triangulação dos objetivos do estudo, do marco teórico de partida e das categorias de análise estabelecidas.

A construção das categorias temáticas e das unidades de sentido extraídas das falas das entrevistas em profundidade permitiu avaliar a complexidade do tema a partir de uma escala dialética representadas pela figura abaixo.

Figura 10 - Relação dialética e dialógica das categorias temáticas e unidades de sentido averiguadas nas entrevistas



Fonte: A autora, 2019.

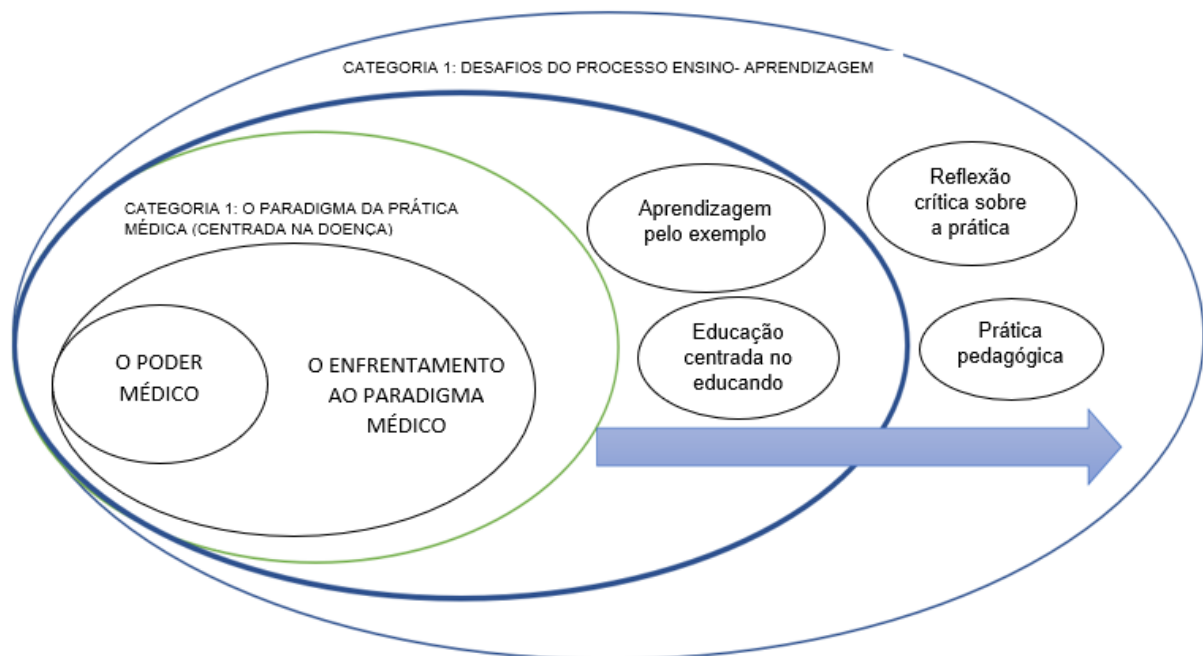
As categorias temáticas advindas da imersão do corpus de pesquisa nas entrevistas individuais compartilham entre si uma relação dialética entre a visão dos preceptores acerca do tema do estudo (o Método Clínico Centrado na Pessoa) e a prática de ensino. Existe uma concepção dos preceptores acerca do MCCP bem

consolidada, como compreensões sobre o método que são condizentes com o arcabouço teórico dos principais componentes aqui já apresentados.

Diante desse posicionamento positivo, os preceptores entrevistados fazem o exercício e a tentativa de ensinar esse método e seus componentes para seus educandos. No entanto, em um contexto imediato, os mesmos relatam a predominância de algumas estratégias de ensino utilizadas. No decorrer da entrevista, identificam os principais desafios e lacunas visualizados no processo de ensino-aprendizagem e traçam propostas para a qualificação e ampliação dos seus conceitos e práticas pedagógicas vigentes.

O mesmo exercício de triangulação temática foi realizado com os resultados da avaliação do corpus de pesquisa do grupo focal. A construção das categorias temáticas e das unidades de sentido extraídas das falas do grupo focal permitiu avaliar o tema a partir de uma escala de complexidade representada pela figura abaixo.

Figura 11 - Relação dialética e dialógica das categorias temáticas e unidades de sentido averiguadas no grupo focal



Fonte: a autora, 2019.

As novas categorias temáticas traçadas, agora advindas da imersão do corpus de pesquisa do grupo focal, também compartilham entre si uma relação dialética e dialógica entre a prática de ensino e os desafios do processo ensino-

aprendizagem. Os preceptores participantes da pesquisa compartilham a concepção do que se trata o atual paradigma médico hegemônico, reconhecem as raízes hierárquias das estruturas de poder desenhadas na relação médico-paciente e educando-educador; e compreendem a importância da transformação do ato de ensinar e de intervir na realidade.

No entanto, em um contexto imediato, expressam a dificuldade de realizar o enfrentamento ao paradigma médico, promovendo a mudança do olhar do educando para uma abordagem integral, crítica-reflexiva do construir-se médico. O decorrer do grupo focal possibilitou a reflexão coletiva sobre a prática pedagógica, os desafios a serem enfrentados e quais passos poderiam percorrer para intervir no plano de ensino do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da UNIVASF.

6.1 Conhecendo a visão dos preceptores sobre o Método Clínico Centrado na Pessoa

O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) já faz parte da atuação de uma geração de Médicos de Família e Comunidade, principalmente dos egressos de Programas de Residência que utilizam como referência as orientações do Currículo Baseado em Competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Os preceptores participantes desse estudo, em grande maioria seguem esse perfil, com formação para o desenvolvimento de habilidades e competências voltadas à **abordagem integral** através do MCCP. Foi constatado o posicionamento dos mesmos em relação a potencialidade do uso do MCCP no encontro paciente- profissional da saúde:

[...] uma abordagem mais integrada à pessoa humana que eu acho que todas as... as especialidades, todas as áreas da saúde devem trabalhar em profundidade não é, pra gente trabalhar o respeito da pessoa não é, como indivíduo, não centrado na doença, não é (PRECEPTOR A).

[...] eu acho que é uma mudança de visão como um todo, não é, na... na clínica... no... no encontro do atendimento. Então quando você passa a ter o centro, não é, não apenas em estabelecer um diagnóstico etiológico, uma... não é, um tratamento clínico, mas você visando o bem estar da pessoa, não é, é... todo rumo que você toma durante a consulta, não é, no passo a passo que você utiliza, ele passa a ser diferente e também ele passa a ter uma ... acredito, não é, pessoalmente, que tenha uma eficácia muito maior. Eu acho que a eficácia do objetivo ela é muito maior, não é, quando você tem esse objetivo." (PRECEPTOR A)

A racionalidade biomédica ainda se sustenta em dogmas que são reproduzidos, ou pelo currículo oficial ou pelo currículo oculto, nos ambientes de ensino. Nesse estudo, foi identificada a potencialidade do uso do Método Clínico Centrado na Pessoa para o enfrentamento dessa prática, em diversas ordens. Podemos identificar que o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), pela visão dos preceptores participantes, foi potencializador para a **mudança da prática profissional**:

[...] o aprendizado sobre o método clínico centrado na pessoa mudou minha prática médica como um todo, então mudou minha forma de atender os pacientes, de... de conduzir a "conduta"... a consulta médica respeitando mais a opinião, as preocupações do paciente... então hoje eu consigo enxergar um pouco melhor os... talvez alguns erros que eu cometia antes de conhecer o método clínico centrado na pessoa." (PRECEPTOR A)

[...] acho que é uma mudança de visão do que a gente precisa, é... trabalhar. Na medicina como um todo..." (PRECEPTOR A)

[...] eu introduzi na minha prática clínica e inclusive mudou bastante a... a percepção do outro, não é... a percepção da minha função, o que... o que de fato eu estava é... me propondo a fazer na minha clínica, não é, na minha prática clínica... Eu acho que ajudou bastante no meu processo de formação e é... na relação com os pacientes também, porque ajuda bastante a melhorar a relação." (PRECEPTO B)

[...] eu tinha uma abordagem, não é, com ela, que é uma abordagem muito mais paternalista, [...] e a partir do momento que eu consigo compreender a realidade dela, eu mudo minha... minha abordagem terapêutica(...)" (PRECEPTOR B)

[...] a gente se engana muito quando a gente não usa o método clínico centrado na pessoa porque a gente acha que o nosso cuidado tá sendo eficaz e não tá." (PRECEPTOR C)

Essas declarações reforçam o que Moira Stewart *et al.* (2010) nos trazem sobre a potencialidade e a magnitude implicadas na transformação da prática clínica através do MCCP, por não se tratar apenas do uso de novas técnicas ou sobre as mudanças curriculares. Nesse contexto, essa abordagem se propõe em ir além, traz consigo uma mudança profunda, uma transformação no que significa ser médico, um novo formato para pensar saúde e doença, uma redefinição do conhecimento médico (STEWART, 2010).

A compreensão da importância da avaliação ampla do indivíduo, com a possibilidade de entender a pessoa como um todo, suas expectativas, sua cultura, sua relação com o mundo e familiares traz para o médico o outro olhar sobre o processo de saúde-adoecimento do indivíduo e, conseqüentemente, uma outra forma de atuar na promoção e prevenção à saúde. O contexto ampliado do processo

saúde doença é levado em consideração, de acordo com os participantes da pesquisa, de forma potencializadora para o cuidado em saúde:

[...] traz um contexto familiar, você compreende a pessoa melhor, as pessoas se sentem mais ouvidas, mais acolhidas, mais aceitas nas suas culturas e realidades não é, aí eu acho que isso tende sempre a fazer com que essa relação seja mais saudável.” (PRECEPTOR B)

[...] o paciente ele não é só a doença; que ele tem todo um contexto em que ele tá inserido e que a gente precisa realmente é... ver quais as condições que aquele paciente tem pra cuidar da própria doença e como que a gente pode fazer, o quê que a gente pode fazer pra aliviar, pra diminuir o... a dificuldade daquele paciente em cuidar daquela... daquele agravo que ele tem (...).” (PRECEPTOR C)

Outro ponto relevante apresentado nas falas dos preceptores sobre os seus posicionamentos em relação ao Método Clínico Centrado na Pessoa foi a identificação desse “paciente” como protagonista do seu cuidado em saúde, considerando sua **autonomia** em relação as decisões terapêuticas tomadas e a ressignificação dos papéis desses dois atores, médico e paciente, no momento de consulta. Esse momento passa a ser um espaço de fala para que o usuário possa expressar seus medos, angústias, sentimentos e a sua compreensão sobre o seu processo de adoecimento e sobre o seu autocuidado. Essa prática traz para o médico uma outra oportunidade de construção de plano terapêutico compartilhado:

[...] objetivo central, não é, o princípio básico da consulta que muda, não é, quando a gente... como o próprio nome diz, quando ela deixa de ser centrada, não é, na doença e passa a ser centrada na pessoa...” (PRECEPTOR A)

[...] Porque de uma certa forma dá uma autonomia às pessoas e as pessoas elas têm a sua autonomia, e eu acho que método ele considera essa autonomia quando propõe a gente a fazer um plano pactuado com as pessoas, não é, não simplesmente prescrever uma medicação, entregar um papel pra pessoa e querer que ela siga a umas instruções minhas que enfim...” (PRECEPTOR B)

[...] as pessoas conseguem falar mais, porque a gente dá uma abertura maior do que o método encaixotadinho que a gente tem que fazer as perguntas e as pessoas responderem sim ou não, não é...(...) da nossa perspectiva a gente aborda hábitos e vícios, não é, a gente não aborda é... a experiência das pessoas, a experiência cultural, não é, familiar, sobre aquela doença, sobre aquele sintoma, não é... A gente encaixota e aí as pessoas tem que se adequar a aquela... aquela... aquelas perguntas pré-estabelecidas.” (PRECEPTOR B)

O relacionamento entre a pessoa e o médico tem um propósito de uma troca, que se espera que seja terapêutica, que promova saúde. No entanto, dado o atual

desequilíbrio na **relação de poder entre médico-paciente**, esse objetivo não tem sido satisfatório. Foi identificado nas entrevistas com os preceptores e médicos de família que esse equilíbrio tende a uma homeostase com o uso do método clínico centrado na pessoa. Essa relação se propõe a uma troca que envolve atenção, sentimentos, confiança e compartilhamento de poder. Como relata Stewart, ‘o relacionamento tem por fim a integração, e se realiza por meio de uma parceira sustentada com a pessoa.’ O que confirmamos nas falas:

[...] o objetivo final é a pessoa humana, o encontro, não é, entre essas duas pessoas, médico, não é, e o... e a pessoa, não é, o paciente...” (PRECEPTOR A)

[...] melhora a nossa relação a partir do momento em que a gente se interessa pelas pessoas, quando a gente pergunta da onde é que elas vem, porque que elas tem algum medo, não é, você tá... essa dor, essa é... esse sintoma que você tá sentindo...” (PRECEPTOR B)

O fortalecimento da relação de confiança entre médico e paciente promove uma aliança com potencial terapêutico mais eficaz. Existe um estado relacional complexo de autoconhecimento, tanto do médico como do paciente, que melhora o senso de autoeficácia das pessoas. Esse estado relacional aliado ao conhecimento ampliado sobre a pessoa e seu contexto permite ao profissional médico a possibilidade de construir estratégias de promoção de saúde, de prevenção de agravos e abordagens terapêuticas até curativas que trazem uma maior satisfação e adesão. O médico e a pessoa encontram juntos um plano de manejo para os problemas de saúde levantados e chegam a decisões sobre metas, prioridades e papéis de forma compartilhada que possibilita eficácia e satisfação:

[...] Quando a gente fica atento a esses detalhes, a gente consegue encurtar esse caminho; muitas vezes resolvendo o problema, não é... indo direto ao ponto que realmente importa pra aquela pessoa; sejam as preocupações, não é, a respeito não é... do medo, não é, ou dúvida em relação ao seu... ao problema que ela tem, ou se aquilo tem uma gravidade associada aquilo, não é, as preocupações primordiais daquela pessoa.” (PRECEPTOR A)

[...] Como é que a gente vai conseguir compensar se a gente não entende o quê que é a doença pra ele se a gente não recoloca aquela doença na perspectiva de vida dele?! No olhar que ele tem sobre a doença?! Porque pra ele, sinceramente, naquele momento o diabetes é o menor dos problemas na vida dele.” (PRECEPTOR C)

Pode-se inferir, dessa forma, que os preceptores do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) da UNIVASF compartilham de uma visão favorável ao Método Clínico Centrado na Pessoa, identificando sua

potencialidade para a transformação da prática clínica como uma possibilidade de encontro médico-pessoa não hierárquico, promotor de autonomia, de abordagem sistêmica e de promoção e prevenção compartilhada do cuidado em saúde.

6.2 Analisando a prática de ensino do Método Clínico Centrado na Pessoa

Um dos objetivos propostos pelo presente estudo foi analisar a prática de ensino no Programa de Residência em MFC da UNIVASF para a aprendizagem do Método Clínico Centrado na Pessoa. No momento de pesquisa em campo, durante as entrevistas em profundidade algumas estratégias da prática de ensino foram descritas pelos preceptores com mais ênfase quando comparado ao momento em grupo focal. Um dos principais pontos descritos foi a utilização do ‘exemplo pedagógico’ durante as atividades práticas em consultório:

[...] eu acredito que esse... pelo exemplo, não é, pelo exemplo, pela... pelo comportamento, pela forma de conduzir o atendimento... Isso cria um diferencial, não é (...)" (PRECEPTOR A)

[...] eu tento muito mais não corrigir elas a não ser que seja algo mais é... que precise ser corrigido, não é, mas eu tento sempre utilizar mais, assim, acompanhar as consultas e eu mesma utilizar o método clínico,(...) o exemplo pedagógico, não é, de fazer mais... dar mais o exemplo do que necessariamente corrigir." (PRECEPTOR B)

[...] na prática que a as coisas vão se estabelecendo e que eu acho que o ensinamento ele vai ser passa... vai sendo passado também. Eu acho que antigamente porque eu tinha mais insegurança também, não é... então nem eu tinha tan... total segurança pra passar e nem eu tinha tanta experiência e tanta vivência (...), e hoje eu tenho. Então eu acho que o entendimento deles também fica um pouco mais tranquilo nesse sentido, por conta da minha experiência que eu consigo passar pra eles de forma mais tranquila." (PRECEPTOR C)

A prática de ensino através do exemplo pedagógico demonstrou pelas falas um dos grandes pilares de metodologia pedagógica utilizada. Porém, o exemplo pedagógico identificado pelos preceptores foi compreendido como o exercício de executar uma ação e os estudantes, ao observar essa ação, adquirir as mesmas habilidades e competências expressa no exemplo. Esse recurso de ensino foi apontado por vezes que é “quase automático” o desenvolvimento dessas habilidades, o que remete ao treinamento técnico ainda vigente nos cursos médicos, reflexo do modelo flexneriano. Essa maneira de compreender o exemplo na prática

discente retrata ainda a reprodução de um conhecimento transmitido e supostamente assimilado pelo educando:

[...] Olha, é como eu te falo, eu acho uma coisa que tá tão automática... pra eu parar e raciocinar, assim, se eu parei e falei bem assim "olha, esse é o método clínico centrado na pessoa" não. (...) Agora... quando eu acompanho a consulta, eu acho que... eles mesmos falam assim pra mim '(...) você ensina com sua prática'. Então assim, eu acho muito automática que eu não lembro, assim, de um momento que eu falei bem assim 'olhe, tá vendo? aqui a gente vai empregar o método centrado na pessoa', não! Eu acho que eu nunca parei pra falar assim na frente do paciente, entendeu? Mas eu acho que nas condutas no dia a dia eles percebem isso. As perguntas que eu faço, a forma como eu conduzo o caso... então eles percebem (PRECEPTOR C)

[...] Então assim, eu acho que não necessariamente eu precisei mostrar pra eles que era o método, talvez isso até seja pra realmente a parte do ensino, seja uma deficiência minha de não ter chamado a atenção que ali era o método clínico centrado na pessoa, mas no dia a dia a gente aborda muito, assim... eu acho que é meio que automático mesmo (PRECEPTOR C).

Essa reflexão sobre os objetivos esperados no encontro médico residente-preceptor-paciente durante a atividade prática em consultório foi desencadeada no momento de grupo focal. Esse momento, ao proporcionar um encontro entre preceptores para refletir e captar informações sobre a prática de ensino se mostrou potente para provocar um novo olhar ao formato pedagógico vigente no Programa de Residência Médica:

[...] Um pouco que eu pensei assim, por exemplo de, na prática, digamos que se eu tiver participando da consulta de um residente, não é? E ele tá fazendo uma abordagem e eu durante a consulta pergunto algo do paciente [...] aquilo, pra mim, tá fazendo o maior sentido e eu acho que quanto mais o paciente fala, aquele sentido tá todo declarado e pro residente e pode não tá fazendo sentido nenhum, não é? Aí eu acho que a complexidade tá justamente nisso, de que se eu tô trazendo como expectativa de compreensão do outro, está sendo realmente vista ou percebido como importante." (PRECEPTOR 4)

[...] eu acho que as vezes você faz, acompanha um pouco a consulta, faz uma pergunta, tenta expandir as compreensões do que os pacientes têm daquela realidade, mas as vezes o estudante e o residente não compreendem, acha que você tá batendo um papo com o paciente, não é? Não compreende aquilo como um método de compreender o sujeito, sua história..." (PRECEPTOR 1)

[...]sobre como a gente ensinar, ne? Como ter esse desafio de tá passando esse conhecimento pra uma pessoa, é... é... eu fiquei refletindo de que não é, como foi bem colocado, não é simplesmente a gente transmitir esse conhecimento, não é? É... e ao mesmo tempo não é pra você ficar ali assistindo esperando que esse conhecimento seja construído automaticamente naquela relação médico-paciente, não é? Entre o residente e o paciente..." (PRECEPTOR 3)

Outra abordagem metodológica de ensino identificada tanto nas entrevistas em profundidade como no grupo focal foi sobre a ocorrência das atividades teóricas no programa, que abordam o tema. Foi identificado que o tema é abordado em diversos momentos, inclusive integrando outros temas do currículo programático. No entanto, não foi aprofundado nas falas dos preceptores o formato e o método utilizado nesses encontros; não sendo expressado de forma clara o uso de metodologias ativas e construtivistas de ensino:

[...]No momento à noite pra uma discussão, não é, que é o... a aula que a gente tem com a preceptoria, não é, (...) no espaço dos módulos, não é (...) ao longo, não é, das outras aulas também isso vai sendo abordado em algumas aulas também, (...) e eu acho que tem ficado limitado nesses dois. Esses dois campos assim, não é, dos momentos à noite nos teóricos.” (PRECEPTOR A)

[...]logo no começo a gente tem feito é... a aula sobre o método clínico, não é, e eu acho que eles já vêm com uma boa base, não é, é... acho que eles começam a residência já falando sobre o método clínico e a gente vai introduzindo e aperfeiçoando.” (PRECEPTOR B)

[...] Já mandei eles lerem, não é, o capítulo, não é, já discutimos sobre o que é, já dei alguns exemplos do dia a dia.” (PRECEPTOR C)

[...] Olha, tem a própria aula, não é, que... eu sei que tem algum momento em algum dos módulos a gente coloca em vários em... na verdade em vários momentos, em várias aulas teóricas e em vários momentos práticos eu tenho certeza que esse assunto ele é sempre retomado, por ser um carro chefe da medicina de família e comunidade.” (PRECEPTOR C)

Identificada de maneira positiva essa visita reflexiva à prática de atividade em preceptoria, de forma que durante o processo, tanto das entrevistas individuais quanto do grupo focal, problemas e dificuldades do processo de ensino foram apontados de maneira crítica pelos atores participantes do estudo. Dessa forma, algumas propostas de metodológicas já foram desenhadas e colocadas como desafios a serem enfrentados pelo Programa e Residência Médica.

6.3 Identificando os desafios do Processo de Ensino-Aprendizagem

O delineamento metodológico desenhado para esse estudo promoveu a reflexão da prática desempenhada pelos preceptores, o que potencializou encaminhar apontamentos identificados por eles como os principais desafios do processo de ensino-aprendizagem. Esses desafios e lacunas são coerentes com o referencial teórico proposto:

[...] eu particularmente tenho tido dificuldades pessoais na... na condição assim, da... da preceptoria, não é, local. Eu acho que, é... também passando por parte do método clínico centrado na pessoa, nesse tipo de abordagem, é, posso dizer que eu tenho dificuldades pessoais na... nesse tipo... na... em exercer, assim, a preceptoria localmente... Acho que a gente poderia é... de repente sentar pra discutir como lançar alguns... algumas estratégias, não é, enquanto preceptores...” (PRECEPTOR A)

O **paradigma da prática médica** apresentou-se como um desafio para os preceptores tanto nas entrevistas individuais como no grupo focal. Nos dois momentos foi enfatizado a dificuldade de combater o modelo biomédico e o tecnicismo arraigados na formação:

“Acho que é muito também por questão de preservar muitos médicos, historicamente, não é? Muitos professores, tem muita essa coisa de preservar sua posição hierárquica como professor, como detentor do conhecimento e ser apenas o transmissor.” (PRECEPTOR 8)

O atual paradigma médico ainda é hegemonizado pela figura do profissional médico cientificista e organicista, aos moldes do que desenhava Flexner em seu relatório. Esse arquétipo médico tende a levar o profissional à uma posição de onipotência diante do adoecimento do paciente e diante do próprio indivíduo que está sob seus cuidados e esse deve submeter-se à sua tutela. Como nos traz Martins (2014):

Algo da ordem de uma abdicação temporária – enquanto for ‘seu paciente’ – de sua autonomia, de seu poder de reflexão sobre si mesmo, de decisão sobre si, de conhecimento intuitivo e, sobretudo, vivencial de si mesmo. Passa a ser visto como um amontoado de órgãos, como uma máquina que ‘deu defeito’ e que precisa ser reparada segundo o que a Ciência do médico diz.

E acreditando na verdade científica vigente o médico assume o pretensão “direito” de invadir a autonomia do indivíduo impondo dogmas científicos, que representam estar acima de qualquer individualidade, usa o álibi cientificista para exercer o poder sobre as pessoas. Um poder considerado um direito, necessário e inevitável, expresso nas reflexões dos preceptores tanto nos momentos de entrevista individual, como no grupo focal:

[...] E além disso, as vezes não consegue compreender o que você tá falando de a perspectiva do outro, de ele [o médico residente] achar que é o detentor do conhecimento e que aquilo que ele tá falando é impor... mesmo que ele consiga falar isso com palavras que a pessoa vai compreender, mas ele fala com palavras que a pessoa vai compreender, mas na perspectiva dele, de que ele é quem sabe o que deve ser feito e que muitas vezes não

visualiza o todo daquela outra pessoa de como vai ser... As vezes parece que os dois estão falando línguas diferentes, um não tá conversando com o outro assim, o médico e a pessoa, não é? Assim, o estudante e a pessoa, parece que estão falando cada um a sua língua e não dialogam entre si.” (PRECEPTOR 9)

[...], mas vão ter alunos, que você vai fazer isso e ele vai achar que aquilo é enfim, o cara precisa de insulina, o cara não quer tomar insulina, a gente discute sobre os riscos, não prescreve a insulina, marca um retorno e aquilo pode ser visto como ‘você então vai ser processado, por que não prescreveu a insulina?’ Não, porque ele não quer, eu tô respeitando a autonomia dele e tá aqui registrado no prontuário” (PRECEPTOR 4)

[...], mas eu percebo que um desafio de respeito à autonomia é muito grande na, quando eu vou preceptorar, não é? é muito difícil respeitar autonomia, quando a autonomia fere o que as diretrizes dizem o que eu tenho que fazer.” (PRECEPTOR 4)

Nesse contexto, a medicina traz um poder soberano para controle das doenças, e conseqüentemente das pessoas; colocando dessa forma o médico e a medicina em um lugar privilegiado nessa estrutura social de divisão de poderes. Assim pode incidir pretensão “científica”; que também traz os conceitos morais arraigados na vida, nos corpos e nas populações de maneira disciplinadora. Dessa forma, os profissionais médicos também podem ser privilegiados por uma estrutura de pretensão poder que o descola para um “lugar social” de destaque (RIBEIRO, 2016). Trata-se de um dos processos que caracterizaram a medicina no século XVIII, descritos por Foucault, em que a autoridade médica é não apenas a autoridade do saber, mas uma autoridade social que pode tomar decisões pelo indivíduo em cuidado (FOUCAULT, 2010). Essa acesso ao um local de poder é identificado e analisado pelos preceptores:

[...] eu acho que a medicina atrai pelo poder simbólico que ela carrega um grande número de psicopatas, é sério! E, eu acho, que aqueles que não são, eles têm uma tendência... A academia é psicopatizante, entendeu? (...) mas eu tô falando de, dessa galera que não quer se vincular assim, sabe?” (PRECEPTOR 5)

Esse perfil de atuação médica ainda é hegemônico dentro dos cursos médicos, perpetuando de forma mais dominadora nos parâmetros de ensino e conseqüentemente na prática médica. Portanto, outro ponto identificado nesse estudo como entrave e desafio para o processo de ensino no Programa de Residência Médica foi o enfrentamento ao paradigma médico hegemônico:

[...] eu acho que não é difícil perceber, difícil é mudar, (...) eles estão centrados na doença e eles sabem tudo, você pergunta e eles sabem tudo de cor, eles sabem os critérios diagnósticos, eles sabem os tratamentos,

eles sabem os exames que tem que ser feito, eles sabem tudo, dessa perspectiva. Eles só esquecem que a doença pertence à uma pessoa.” (PRECEPTOR 5)

A prática docente exige o desenvolvimento da criticidade do educando, envolvendo o movimento dinâmico e dialético do fazer, para transpor o automatismo técnico da transferência do conhecimento, que tem frágil intervenção na realidade e nas relações. A reflexão crítica sobre a prática permite ao educando assumir também a sua responsabilidade sobre a produção de seu saber (FREIRE, 2014). Um dos desafios levantados pelo conjunto de preceptores foi sobre de que forma é possível criar possibilidades para a construção do conhecimento de forma dialógica, crítica-reflexiva como os seus residentes:

[...] A prática mesmo do método acontece quando reflete sobre ele, não é? (...) se sua prática clínica tá sendo efetiva, se ela tá sendo, é... se ela tá sendo empática.” (PRECEPTOR 8)

[...] saber como trazer aquela reflexão também pro residente, pra que ele compreenda que aquilo faz parte de um método, pra que ele compreenda a importância daquilo pra o cuidado da pessoa, não é? E pra que muitas vezes até, nessa, nessa ideia da educação centrada no educando, não é? Fazer ele ter essa reflexão, não é? Você também tentar puxar dele pra que ele compreenda a importância daquilo naquele momento. E não, você simplesmente dizer que é importante, que as vezes você diz que é importante, mas pra ele não tá tendo importância nenhuma e acho que a ideia principal é fazer com que ele compreenda essa importância e que a partir disso ele vai conseguir aplicar aquilo também, dali pra frente.” (PRECEPTOR 9)

[...] Eu mesmo imagino que trata-se de a gente fazer os questionamentos corretos, não é? De a gente fazer as perguntas corretas de que ele possa se colocar nesse processo de autoavaliação e entender o que tá faltando (..) naquela consulta...não é? quais são essas coisas que não foram totalmente resolvidas. (...) De que muitas vezes o estudante não percebeu o quão importante, não é? Aquela intervenção que a gente fez no momento, não é? (...) Quando você se coloca naquele papel de questionar sua própria conduta, seu atendimento, eu acho que é daí que vai saindo essa construção do conhecimento a respeito do método clínico.” (PRECEPTOR 3)

O desenvolvimento dialógico da reflexão crítica e ética são fundamentais para a pedagógica libertadora e refere-se ao conceito educacional do tornar-se profissional enquanto habilidade e competência de atuação, promovendo autonomia do educando e valorizando seus saberes e experiências prévias (FREIRE, 2014). Alcançar esses marcos de aprendizagem requer necessariamente repensar a relação construída entre educando e educador, essa interação relacional precisa considerar que o educando é um adulto autônomo e agente ativo do seu processo

de ensino-aprendizagem, que é influenciado pelas suas vivências e cultura. Os preceptores também identificam e compreendem a necessidade de desenvolver métodos de ensino problematizadores, centrado nos educandos:

[...] são personalidades diferentes, são formações diferentes, então é desafiador a gente não querer forçar que o processo de aprendizado deles seja o mesmo, seja da forma que a gente quer aquele momento. (...) foi o meu maior desafio perceber que são tempos diferentes também e a gente tem que estudar muito, pra entender esse tempo de cada um dos educandos, também..." (PRECEPTOR 7)

[...] acho que primeiro, assim, ajuda muito, a você entender e como vai ser seu processo de ensino é entender quem são os seus estudantes, não é? O que é que eles já têm de ideia e como é que eles aprendem." (PRECEPTOR 8)

[...] é aproveitar essa relação de vincular um com o outro como um motivo de autoaprendizado, não é? Então quando eu entendo no meu método clínico situações que me trazem desconforto, eu tenho que olhar pra mim mesmo e entender por que eu estou desconfortável com aquilo, onde é que eu estou entrando nessa história que não é só o outro. E o outro ponto, é tirar o peso de ter que carregar sozinho o plano terapêutico, que eu construí e que outro não serve." (PRECEPTOR 4)

Como lacunas desse processo de ensino-aprendizagem, ainda nas entrevistas foi identificado de forma reflexiva que as atividades teóricas, como principal método de abordagem, não suprem de forma eficiente o ensino da prática médica ampliada. Mesmo os preceptores que se identificaram como conhecedores de outros métodos pedagógicos para trabalhar o Método Clínico Centrado na Pessoa relataram dificuldades, como por exemplo a alta demanda do serviço nas unidades de saúde:

[...] dei uma boa lida [no livro], utilizo algumas daquelas é... orientações, não é, [...] não consigo utilizar todas que ele... que ele traz lá, [...] eu acho que é um pouco difícil a gente colocar na prática da atenção primária, já que a gente tem uma outra realidade, não é, de... as residentes assumem aqui... e tem uma demanda grande, não é, assistencial, é... mas eu tento utilizar alguma daquelas... daquelas orientações." (PRECEPTOR B)

"Mas ultimamente eu tinha que ter focado muito na questão de aula teórica, e eu achei que perdeu um pouquinho isso, eu achava que de repente a gente pudesse colocar, pelo menos uma vez no mês, a apresentação de um caso clínico nesse molde, que eu acho que ele abarca um pouquinho mais, a gente consegue discutir um pouquinho mais sobre o método clínico centrado na pessoa." (PRECEPTOR C)

Portanto, a educação centrada no educando, problematizadora, não pode ser o ato de transmitir conhecimento, mas sim se desafia a superar essas contradições, fundamentalmente na relação educador-educando (FREIRE, 1987). Alguns preceptores chegaram a apontar a dificuldade de executar práticas de ensino que

atingam esses objetivos considerados pelo grupo como potencializadores para a mudança da prática médica:

[...] como é que a gente vai ensinar isso que a gente acha que é tão importante? Aí acaba que cada preceptor vai fazendo meio que da sua cabeça, assim, como acha que tem que fazer, então, mandando ler o tratado, é... observando durante a consulta e aí vai pontuando, não é? o que é que acha que é e o que não é, mas a gente nunca pensou em nada muito... num foco ou num método... do que mais efetivo, o que é que tá dando errado, o que é que certo, não é? A gente apenas vai levando..." (PRECEPTOR 9)

Algumas propostas de estratégias de ensino foram se desenhando no decorrer das reflexões provocadas pelas entrevistas e pelo grupo focal. Essas propostas de intervenção na realidade foram desenhadas no percurso metodológico do estudo, por se tratar de uma pesquisa intervenção. Dessa forma, foi incentivado aos preceptores participantes contribuírem estruturalmente para o desenho da intervenção. O primeiro apontamento traz sobre a importância de se pensar e estrutura um plano pedagógico para o Programa de Residência Médica, com atuação e participação de todos o corpo docente:

[...] Eu acho que o norte pra essa... pra esse aprofundamento seria na questão da discussão sobre o plano pedagógico, não é, sobre esse processo de discussão do plano pedagógico pra que a gente pudesse, não é, planejar estratégias, não é, com essa finalidade. Visto que a medicina centrada na pessoa é, digamos, é o a... eu não sei como é que a gente pode dizer, não é, mas é a base da medicina de família e comunidade, então se ela é a base da medicina de família e comunidade vale à pena sentar pra discutir o plano pedagógico baseado na medicina centralizada na pessoa." (PRECEPTOR A)

Para execução de um plano de ensino, algumas estratégias metodológicas também foram apontadas como necessárias para o desenvolvimento das habilidades e competências que proporcionam o educando executar o Método Clínico Centrado na pessoa e, conseqüentemente, uma prática médica ampliada e sustentada no compartilhamento do poder. A simulação de entrevistas com pessoas foi umas das propostas, que é indicada para praticar habilidades complexas de condução de entrevista com a possibilidade de avaliar de forma construtiva o desempenho do educando. As dramatizações improvisadas também foram propostas, e se complementam as simulações. Nas dramatizações para habilidades específicas; já desenhadas no plano de ensino daquele educando e identificado por ele como uma dificuldade; uma situação é dramatizada com a oportunidade de rever

e avaliar o processo executado (STEWART,2017). Com podemos observar nas sugestões e propostas dos preceptores:

[...] Eu acho que em termos de estratégia de ensino é... seriam as... a... eu acredito que o mais efic... as estratégias mais eficaz, eficazes, seriam é... a consulta com o paciente real e a consulta simulada, embora eu ache que com paciente real seja a estratégia mais eficaz.” (PRECEPTOR A)

[...] seria interessante se a gente fizesse oficinas com os residentes pra simular consultas, não é, pra tra... fazer com que o método que a gente utilize pra ensinar... o método clínico centrado na pessoa seja mais acessível, é... seja mais compreensível, é... enfim... que eles consigam compreender um pouco melhor para além do... da exposição é...” (PRECEPTOR B)

O uso do “Relato de Caso Centrado na Pessoa” também foi apontando como uma potencialidade, que tem o objetivo de praticar o encontro profissional-pessoa em um contexto integral, incluindo os aspectos da experiência da doença e o contexto da família e da comunidade. É um enriquecimento da apresentação de caso tradicional, pois inclui as questões relacionais, a elaboração do plano conjunto de manejo dos problemas (STEWART,2017):

[...]Sabe o que é que eu sentido realmente muita falta e que eu achava que abordava bem o método clínico centrado na pessoa?! Os casos clínicos, quando a gente discutia, sabe? Que fazia um caso clínico muito bem feito que no final das contas às vezes gente discutia era quando aparecia muito essas de olhar, ter um olhar do paciente sobre a condição dele, não é, e que às vezes a gente chama atenção assim dos residentes nesse aspecto.” (PRECEPTOR C)

A formação dos preceptores como potencial para qualificar e estruturar essas arestas apresentou-se como marco importante. Os preceptores identificaram que apesar do terem o conhecimento sobre as estratégias de ensino, de compreenderem a importância do método clínico centrado na pessoa para a reorientação da formação e da prática do cuidado em saúde, dentro do Programa de Residência não conseguiam ter um espaço adequado para amadurecer de forma reflexiva com o processo diário de trabalho:

[...] eu acho que a gente precisa ter uma formação desses preceptores, não é, pra de uma certa forma, não é uniformizar... mas eu acho que dar uma balizada nesse conhecimento sobre o método” (PRECEPTOR B)

Dessa forma no momento avaliativo do grupo focal, os preceptores identificaram a potencialidade do encontro para debater sobre o processo de ensino que estava sendo executado e principalmente, como se apropriar e intervir para

mudanças pedagógicas construtivas. Assim, os atores participantes do estudo apontaram a importância de atuar em parceria com a pesquisadora, para se construir uma matriz de Educação Permanente, com o público-alvo sendo todos os preceptores do Programa, garantindo um espaço protegido de amadurecimento teórico-prático-reflexivo de suas atuações enquanto preceptores.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo se situa na área da Educação em Saúde partindo para investigar o seguinte problema: qual o posicionamento dos preceptores sobre o processo ensino-aprendizagem do Método Clínico Centrado na Pessoa? A resposta para essa questão pode contribuir para a análise e planejamento do plano pedagógico do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade. Possibilitando a construção de um ambiente de aprendizagem potencializador para transformação do ensino médico.

A pesquisa apontou para o fato de que as práticas pedagógicas adotadas nesse ambiente de ensino sofrem uma dificuldade de execução de ações e metodologias, apesar do conhecimento e da reflexão dos atores envolvidos da importância de novas práticas. As concepções dos preceptores sobre o Método Clínico Centrado na Pessoa são positivas e identificam esse método como diferencial na prática clínica do Médico de Família e Comunidade. Foi identificado também as influências das relações interpessoais no ambiente de aprendizagem no consultório, com a troca de saber centralizado na aprendizagem pelo exemplo e nas atividades teóricas tradicionais em sala de aula.

Tendo como objetivo geral analisar a posição dos preceptores do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da UNIVASF sobre o processo de ensino-aprendizagem do Método Clínico Centrado na Pessoa, o estudo definiu e trabalhou em torno de três objetivos específicos:

Na visão dos participantes dessa pesquisa os principais pontos de concepção sobre o MCCP foram a promoção da abordagem integral e sistêmica dos indivíduos, a transformação da sua prática clínica com o uso do método, a resignificação da relação com a pessoa, a promoção da autonomia e a possibilidade da construção de um plano terapêutico compartilhado.

Ao investigar sobre a visão dos preceptores sobre o uso do MCCP podemos inferir que os mesmos não apresentam resistências negativas quanto a relevância e a importância dessa ferramenta com a finalidade de promoção à abordagem integral e sistêmica. Podemos inferir também, que as concepções apresentadas estão de acordo com o arcabouço teórico proposto nos componentes descritos no Método Clínico; reafirmando o conhecimento teórico-prático dos mesmos sobre o instrumento. O que refuta um dos pressupostos dessa pesquisa em acreditar que dentre os

participantes existiria divergências sobre as concepções atribuídas ao uso e a relevância do MCCP para a prática clínica.

Após as entrevistas em profundidade e atividade em grupo focal é possível inferir que algumas práticas de ensino têm predominância na atuação dos preceptores, como a aprendizagem pelo exemplo observacional e as atividades teóricas.

O presente estudo não conseguiu aprofundar as principais metodologias utilizadas durante os momentos teóricos, sendo ausentes os relatos sobre as vivências com as metodologias ativas de aprendizagem. No entanto, durante a pesquisa foi reafirmado e reconhecido a importância do MCCP para a formação médica e a reorientação da prática. O que refuta outro pressuposto dessa pesquisa, que acreditava na possibilidade de existir divergência entre os participantes sobre a importância do MCCP para a educação médica.

Durante o processo de coleta de dados alguns desafios se mostram mais evidentes como o enfrentamento ao paradigma da prática médica centrada na doença e o poder médico hierárquico e hegemônico nas relações estabelecidas. Estruturas que influenciam diretamente na dificuldade reconhecida pelos preceptores e apresentada pelos educandos de respeito à autonomia e de construção de um plano terapêutico compartilhado, aliando a medicina baseada em evidências e a promoção do autocuidado dos indivíduos.

Outra dificuldade levantada é o desafio de construir um ambiente de ensino que possibilite o desenvolvimento de algumas habilidades e competências aos médicos residentes. Uma habilidade destacada foi como promover criticidade, como realizar atividades de ensino que desencadeia na reflexão crítica do educando sobre a prática médica. A promoção da reflexão crítica sobre a realidade foi apresentada como um entrave que requer uma dedicação maior do grupo de preceptores, e que emergiu a partir da visitação de suas práticas em momento coletivo de partilha desencadeado pelo grupo focal.

Ainda no campo das dificuldades levantadas por essa pesquisa, é importante ressaltar também outro ponto levantado com a coleta de dados, que foi a educação centrada no educando. Preceptores compartilham da reflexão de que as individualidades interveem nas expectativas de aprendizagem, e conseqüentemente, o aprendizado não se faz de forma hegemônica. Pode-se inferir sobre as limitações e dificuldades reconhecidas pelos atores participantes para a construção de um

plano pedagógico que levem em conta as individualidades e os diferentes objetivos de aprendizagem para cada educando.

Podemos concluir que os preceptores participantes da pesquisa têm veem o Método Clínico Centrado na Pessoa como uma ferramenta na Medicina de Família e comunidade capaz de mudar ótica biomédica e garantir um cuidado integral e sistêmico. Compreendem também a importância da transformação do ato de ensinar e de intervir na realidade, estando dispostos a repensar a estrutura do plano pedagógico de ensino e a se apropriarem de novas metodologia e estratégias. Estão dispostos a atuar promovendo a mudança do olhar do educando para uma abordagem integral, critica-reflexiva do construir-se médico.

A presente pesquisa pretende-se contribuiu para o desenvolvimento das ciências da Educação em Saúde ao levantar reflexões acerca da preceptoria médica em Medicina de Família e Comunidade e o processo de ensino-aprendizagem do Método Clínico Centrada na Pessoa no Programa de Residência. Possibilita ainda fortalecer e tornar eficaz as ações dos preceptores, oferecendo oportunidades para a construção de saberes necessários à prática da preceptoria médica. Entendendo que essa ação é uma maneira de impactar na formação de médicos comprometido com as pessoas e com a realidade das demandas do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

- ARAUJO, L. F. S. *et al.* Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde. **Revista Brasileira Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 15, n. 3, p. 53-61, jul./set. 2013.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 279p.
- COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA (Brasil). **Resolução nº 1, 25 de maio de 2015**. Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade - R1 e R2 e dá outras providências. Brasília, DF: Comissão Nacional de Residência Médica, 2015. Disponível em: <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Res-CNRM-001-2015-05-25.pdf>. Acesso em: 20 maio 2020.
- CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (Brasil). Câmara de Educação Superior. **Resolução nº 4, 7 novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, DF: Conselho Nacional de Educação, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Acesso em: 20 maio 2020.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.
- CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (Brasil). Câmara de Educação Superior. **Resolução nº 3, 20 de junho de 2014**. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=3019230192 Acesso em: 18 agosto 2020.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
- CAMARAGO Jr., K. R. **Biomedicina, saber e ciência uma abordagem crítica**. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CAMPOS C. J. C. Método de Análise do Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. 2004, v. 57, n. 5 [Acessado 18 Agosto 2021] , pp. 611-614. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/reben/a/wBbjs9fZBDrM3c3x4bDd3rc/?lang=pt#> > Acesso em 18 agosto 2020.
- CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., 1986, Ottawa. **Carta de Ottawa**. Ottawa: [Organização Mundial da Saúde], 1986.

Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 30 maio 2020.

COSTA, C. R. B. S. F, SIQUEIRA-BATISTA R. As teorias do desenvolvimento moral e o ensino médico: uma reflexão pedagógica centrada na autonomia do educando. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 2004; 28(3): 242-250

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. Cazaquistão, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

DEMO, P. **Pesquisa Participativa**: saber pensar e intervir juntos. Brasília: Liber Livro, 2004.

FERNANDES J.D. *et al.* Diretrizes estratégicas para a implantação de uma nova proposta pedagógica na Escola de Enfermagem da Universidade da Federal da Bahia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2003; 56(54):392-395.

FEUERWERKER, L. C. M. Além do discurso de mudanças na educação médica: processos e resultados. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação** [online], v7, n12, p. 169-70, fev. 2003.

FEUERWERKER, L. C. M. Mudanças na Educação médica e residência médica no Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação** [online], v.2, n.3, 1998.

FOUCAULT, M. O. **Crise da medicina ou crise da antimedicina**. São Paulo: Verve, v. 18, p. 167-194, 2010

FOUCAULT, M. O. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 49. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

LAMPERT, J. B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**. Rio de Janeiro: Escola de Saúde Pública, 2002.

LAMPERT, J. B. *et al.* Projeto de Avaliação de Tendências de Mudanças no Curso de Graduação nas Escolas Médicas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33: p. 5-18, 2009.

LAMPERT, J. B. **Na transição paradigmática**: o que o paradigma da integralidade atende que o paradigma flexneriano deixou de lado. Cadernos ABEM. 2004. Disponível em: < Disponível em: https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2019/09/CadernosABEM__Vol01.pdf. Acesso em 20 maio 2017.

LEÃO, D. M. Paradigmas Contemporâneos de Educação: Escola Tradicional e Escola Construtivista. **Cadernos de Pesquisa**. s/v, nº 107, p. 187-206, julho/1999.

LERMEN J. N. (org.) **Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2015. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessaunders/documentos/biblioteca_em_saude/006_material_saude_curriculo_competencias_mfc.pdf> Acesso em: 25 maio 2020.

LOPES, J. M. C. **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. 2005. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

MARTINS, A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online], v.8, n. 14, p. 21-32, set. 2003- fev. 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2016.

MITRE, S. M. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2008, v. 13, suppl 2, p. 2133-2144.

NOGUEIRA, M. I. A reconstrução da formação médica nos novos cenários de prática: inovações no estilo de pensamento biomédico. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2014, v. 24, n. 3, pp. 909-930.

NOGUEIRA, M. I. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 262-270, 2009.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROSS, M. A. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online]. 2008, v. 32, n. 4, p. 492-499.

RIBEIRO, A. C. L; FERLA, A. A. Como médicos se tornaram deuses: reflexões acerca do poder médico na atualidade. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, 2016, v 22, n. 2, p. 294- 314.

RIBEIRO, M.M.F; AMARAL, C.F.S. **Medicina Centrada no Paciente e o ensino médico**: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. Rev. Ed. Médica: 90- 97, 2008.

ROCHA, H. C. **Avaliação da prática de preceptoria após formação pedagógica**. 2012. 106 f. Dissertação (Mestrado em Educação em Ciências e Saúde). Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, UFRJ, 2012.

ROCHA, M. L.; AGUIAR, K. F. Pesquisa-Intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia: Ciência e Profissão** [online]. 2003, v. 23, n. 4, p. 64-73.

SILVA, C. R. GOBBI, B. C. SIMÃO A. A. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. **Organizações Rurais & Agroindustriais**, v. 7, n. 1, p. 70-81, 2005.

STEWART, M. *et al.* **Medicina centrada na pessoa**: transformando o método clínico [recurso eletrônico]. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

STEWART, M. *et al.* **Medicina centrada na pessoa**: transformando o método clínico. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2009, v. 19, n. 3, p. 777-796.

APÊNDICE A - PROJETO DE INTERVENÇÃO



Mestrado Profissional em Saúde da Família-
PROFSAÚDE

ERIKA DENISE DE VASCONCELOS FLORENTINO

PROJETO DE INTERVENÇÃO

Projeto de Intervenção vinculado a dissertação do Programa de pós-graduação ao Programa do Mestrado Profissional em Saúde da Família do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Linha de pesquisa: Educação em Saúde.

Rio de Janeiro

Maio/2019

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	76
2. OBJETIVOS.....	77
2.1 OBJETIVO GERAL	77
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	77
3. MARCO TEÓRICO	78
4. MÉTODO	80
4.1 CÉNARIO DA INTERVENÇÃO	80
4.2 SUJEITOS DA INTERVENÇÃO	81
4.3 ESTRATEGIA	81
4.4 RECURSOS UTILIZADOS.....	82
5 RESULTADOS ESPERADOS.....	83
6 AVALIAÇÃO	83
7 REFERENCIAS	84

INTRODUÇÃO

A prática de ensino no âmbito da preceptoria em Medicina de Família e Comunidade ainda é atravessada por desafios das amplas funções atribuídas à figura do Preceptor e pela dificuldade de consolidar as competências esperadas para a preceptoria no ambiente do Sistema Único de Saúde. Dentre essas competências, a que se apresentou nesse estudo como grande desafio para o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade foi a competência pedagógica.

O preceptor Médico de Família e Comunidade tem a difícil tarefa de aliar as habilidades de Atenção à Saúde, Gestão do serviço e Educação em Saúde, compreendendo as necessidades de aprendizagem dos seus residentes e fazendo uso de práticas de ensino construtivistas.

Diante desse amplo espectro de atuação, esse projeto de intervenção se propõe como objetivo geral construir uma proposta de Educação Permanente acerca do processo ensino-aprendizagem do Método Clínico Centrado na Pessoa para os preceptores do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Vale do São Francisco. Utilizando como referência à prática de Educação Permanente de intervenção nas problemáticas do mundo do trabalho, esse projeto se propões a mediar a participação coletiva do conjunto de preceptores para reviver e repensar suas práticas diárias de ensino, canalizando para a transformação no processo de trabalho.

A escassez de profissionais Médicos de Família com perfil para atuar na Preceptoria nos cenários das Unidades de Saúde da Família expõe à importância para o desenvolvimento de uma proposta de educação permanente, voltada à superação dos problemas encontrados no cotidiano do processo de ensino-aprendizagem do Método Clínico Centrado na Pessoa.

É importante reforçar que o processo de educação permanente precisa estar centrado nas contradições identificadas na prática diária da preceptoria, buscando o desenvolvimento das competências esperadas e novas práticas de ensino. Acredita-se que essa ação tem potencial para promover repercussões favoráveis para o desenvolvimento de um ambiente de ensino potente, centrado no educando e na prática crítico-reflexiva das ações, tanto em saúde como de ensino. Avançar nesta direção significa não só ampliar e aprofundar as reflexões, mas sobretudo revertê-

las em ações concretas, disseminando os conhecimentos desenvolvidos.

OBJETIVOS

Objetivo Geral:

- Construir uma proposta de Educação Permanente acerca do processo ensino-aprendizagem do Método Clínico Centrado na Pessoa para o Preceptores do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da UNIVASF.

Objetivos Específicos:

- Apresentar um calendário de encontros para os preceptores do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade;
- Desenvolver um ciclo de oficinas no âmbito da Preceptoría acerca do Método Clínico Centrado na Pessoa integrando ensino-serviço;
- Construir em conjunto com o grupo de Preceptores um manual de ensino-aprendizagem em Método Clínico Centrado na Pessoa para o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade.

MARCO TEÓRICO

O fortalecimento da Atenção Primária em Saúde depende da formação de médicos especialistas para atuarem na rede de saúde, com resolutividade e de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde. Para garantir esses atributos o profissional precisa de formação adequada, que atualmente, é realizada pela imersão no cotidiano dos serviços de saúde, diretamente através da vivência e articulação intitulada formação ensino-serviço. Espera-se que esse ambiente e estruturação da formação promova ao processo de ensino-aprendizagem a reflexão e articulação entre teoria e prática. Essa complexidade e organização da formação é possível pela presença dos profissionais do SUS, que intermedia e compre a função de docência chamado preceptor (IZECKSOHN, 2017). A preceptoria é definida por Rocha (2012):

A preceptoria em saúde é uma prática pedagógica que ocorre no ambiente de trabalho e formação profissional, no momento do exercício clínico, conduzida por profissionais da assistência, com cargo de professor ou não, com o objetivo de construir e transmitir conhecimentos relativos a cada área de atuação, bem como auxiliar na formação ética e moral dos alunos, internos e residentes, estimulando os a atuarem no processo saúde-doença-cuidado, em seus diferentes níveis de atenção, com responsabilidade social e compromisso com a cidadania (ROCHA, 2012).

No ambiente da pós-graduação o maior contato dos residentes é com a figura do preceptor, e para a residência em Medicina de Família e Comunidade algumas habilidades e competências são esperadas para que esse profissional possa aliar ação no serviço e ensino. O Médico de Família que atua como preceptor precisa ter o perfil de competência do preceptor do SUS articulando as três áreas: saúde) assistência e preceptoria), gestão (gestão educacional) e educação (ensino-aprendizagem e preceptoria (IZECKSOHN, 2017). De acordo com Ribeiro (2011):

O preceptor ao mesmo tempo que presta assistência aos usuários do serviço, precisa estar atento às oportunidades educativas que a assistência oferece. [...] É desejável que o preceptor esteja apto a planejar estratégias capazes de permitir aos estudantes: articular conteúdos teóricos com a prática, superar lacunas do conhecimento, assumir responsabilidade com o serviço, e comprometer-se com o paciente (RIBEIRO, 2011, p.16).

Portanto, o preceptor tem ampla atuação tanto no serviço como no ensino, tem centralidade no papel educacional e contribui para a qualificação do cuidado e na gerência. Para garantir essa ampla ação da preceptoria é fundamental para o

médico de família e comunidade que desempenhe essa atividade esteja apto, domine as ações e práticas de ensino no serviço e, fundamentalmente, esteja disposto à participar do continuado e dialógico processo de Educação Permanente.

Educação Permanente é definida como a formação continuada e reflexiva dentro do ambiente de trabalho. Nessa perspectiva o momento de formação não deve ser considerado uma atividade de estudo ou de atualização, e sim, um investimento na formação para o trabalho. Esse processo deve ter como objetivo central a transformação do processo de trabalho, orientando-o para uma constante melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde. Como definido no Caderno de Atenção Básica de Educação Permanente:

A educação permanente desempenha sua função, quando está envolvida numa prática de transformação, que traduz uma teoria dialética do conhecimento, como um processo de criação e recriação, desenvolvendo a reflexão crítica sobre sua prática/trabalho (BRASIL, 2000, p.11).

Não é possível uma reorganização das práticas de ensino, sem que, de forma concomitante, se invista em uma nova política de formação e num processo permanente de formação de preceptores. O preceptor é fundamental na reestruturação dos ambientes de ensino na área médica, sem a devida capacitação e participação desse profissional para reorientação do perfil do profissional que está sendo formado nas instituições de ensino a eficácia para esse propósito fica comprometida. Entre as características importantes de serem incentivadas a um bom preceptor estão o compromisso com a aprendizagem do aluno, o conhecimento do papel do preceptor como um formador e a capacidade de incentivar o aluno em sua aprendizagem (MISSAKA, 2011).

A formação de preceptores para o ensino na Atenção Primária já um debate longo no Brasil e reflexo das dificuldades de qualificação e formação profissional para atuar com essas amplas funções. Essa formação deve ser vista como uma prioridade das instituições de ensino médico, tanto no que se refere a sua atualização profissional quanto as suas funções de ensino (TRAJMAN, 2009).

Partindo dessas reflexões percebemos que processo de ensino, de acordo com Freire (2014) requer do preceptor o desenvolvimento de amplas habilidades, uma postura dialética, assumindo-se como sujeito da produção do saber, reflexivo da sua prática de ensino com o objetivo de despertar no educando a sua criticidade.

MÉTODO

A realização do presente projeto de intervenção ocorrerá obedecendo a descrição das etapas a seguir.

a) Cenário da Intervenção

A intervenção será realizada no município de Petrolina, junto à Universidade Federal do Vale do São Francisco, direcionado ao Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC), que funcionamento desde o ano de 2010 qualificando médicos para o trabalho na realidade da Atenção Primária à Saúde. Atualmente tem um quadro quantitativo de 20 médicos residentes e oito médicos de Família e Comunidade atuando como preceptores.

O funcionamento da Residência de Medicina de Família e Comunidade acontece em seis Unidades de Saúde da Família do município. Em Petrolina, estas unidades possuem a especificidade de abrigarem três ou quatro Equipes da Estratégia de Saúde da Família, de acordo com o território. Os médicos residentes compõem das Equipes de Saúde da Família (ESF), portanto, o programa está em 20 ESF distribuídas nas seis Unidades, cada equipe acompanhando uma média um território de cerca de 3.500 a 4000 pessoas. Portanto, o PRMFC tem uma cobertura aproximada de 80 mil pessoas.

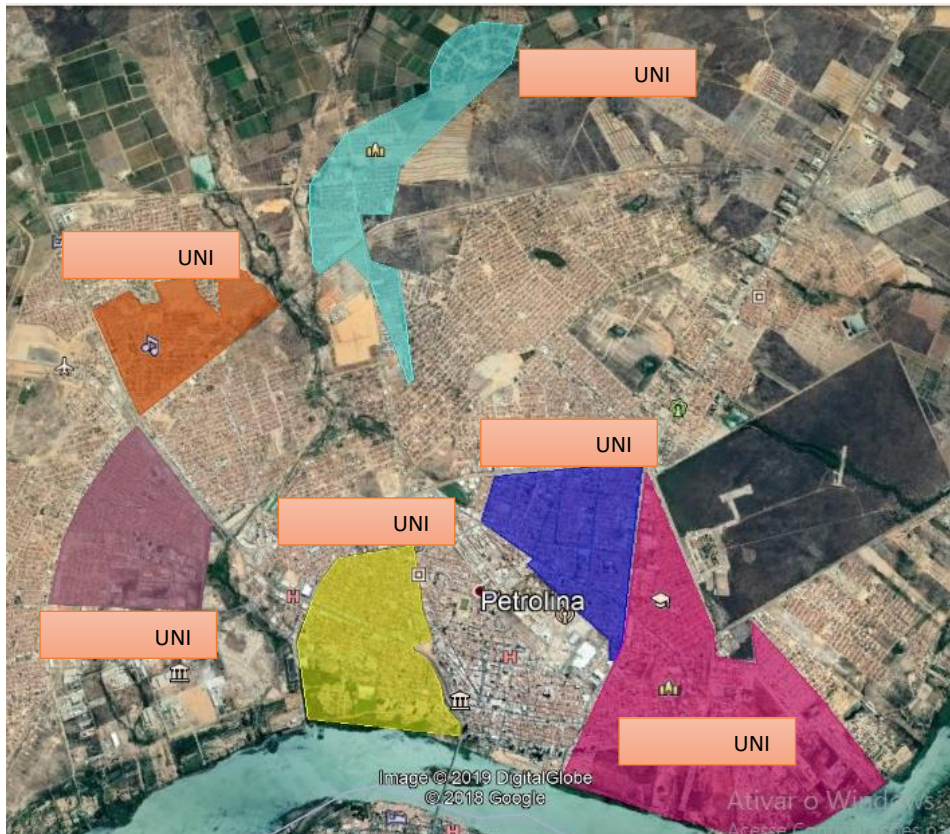
Para o funcionamento do Programa de Residência, faz-se necessária a figura do Preceptor Médico, que, segundo a Resolução nº1, de 25 de maio de 2015 (BRASIL, 2015), deve ser preferencialmente especialista com certificado de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade na área e/ou portador de certificação da especialidade de Medicina de Família e Comunidade acreditado ou expedido pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

Além das atividades práticas de assistência e atendimento à população adscrita pelas equipes de saúde, o programa oferta atividade teóricas semanais com debates de casos clínicos e temas mais relevantes para a formação do médico residente, segundo o modelo de Currículo Baseado em Competências proposto pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

O Programa tem importância fundamental para o desenvolvimento do serviço de saúde da Atenção Primária da região, pelo local onde foi implementado, no

sertão pernambucano, garantindo a melhoria da assistência para uma população de vulnerabilidade socioeconômica. Atualmente, a Atenção Básica do município se organiza com um total de quarenta e quatro Unidades de Saúde, compostas por 90 Equipes de Saúde da Família completas, garantindo uma cobertura de 91,95%.

Figura 1 - Mapa de abrangência territorial do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da UNIVASF.



Fonte: Google Earth.

b) Sujeitos da Intervenção

Os sujeitos participantes da intervenção serão médicos preceptores que atuam no Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Vale do São Francisco. O Programa é estruturado com um preceptor fixo em cada Unidade de Saúde da Família e três preceptores apoiadores. O preceptor fixo é responsável por organizar, acompanhar e supervisionar as atividades dos residentes nas dependências das unidades de saúde ou em outros locais do território de abrangência.

c) Estratégia

Inicialmente será apresentado um calendário de encontros para os

preceptores do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade e para a Coordenação da Atenção Básica da Secretária de Saúde do município de Petrolina, a fim de garantir um horário protegido para realização do plano de Educação Permanente. Neste primeiro momento pretende-se ouvir os participantes para obter sugestões, críticas, opiniões e posicionamento dos mesmos frente ao produto apresentado.

Após consenso e aprovação pelo grupo gestor e possíveis alterações propostas, a próxima etapa consiste em desenvolver um ciclo de oficinas no âmbito da Preceptoria acerca do Método Clínico Centrado na Pessoa integrando ensino-serviço. As oficinas terão o objetivo de trabalhar o desenvolvimento de habilidades e competências necessárias para o ensino do Método Clínico Centrado na Pessoa. Valorizando e alienando as áreas de competências de gestão, saúde e educação.

Como produto desses momentos está proposto a construção de um manual de ensino-aprendizagem em Método Clínico Centrado na Pessoa para o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade. Esse manual será baseado na sistematização dos encontros colegiados em conjunto com o grupo de Preceptores.

d) Recursos utilizados

Para a execução desse projeto de intervenção será necessário recursos de papelaria, sala disponível e material audiovisual. Para a apresentação do calendário e execução das oficinas será agendada uma sala de tutoria da Universidade Federal do Vale do São Francisco no prédio do Colegiado Acadêmico de Medicina e solicitado disponibilização de estrutura para projeção em *powerpoint* para as atividades.

O planejamento e a condução da intervenção ficarão a cargo da pesquisadora, que também é integrante do grupo de preceptores do Programa de Residência.

RESULTADOS ESPERADOS

Para esse projeto de intervenção é esperado uma organização metodológica baseado em metodologias de ensino, já testadas e validade, para o processo de ensino-aprendizagem do Método Clínico Centrado na Pessoa, no Programa de Residência da UNIVASF. É esperado também uma mudança na prática de ensino dos preceptores do Programa,

AVALIAÇÃO

A avaliação desse projeto será feita em dois momentos. O primeiro espaço avaliativo será ao término de cada encontro, com o conjunto dos participantes, tirando apontamentos de melhorias para a condução do processo. O segundo momento será feito após a construção do manual de ensino-aprendizagem para aprovação final do produto dos encontros.

REFERÊNCIAS

BRASIL 2000 **Cadernos de Atenção Básica, Vol.3 Educação Permanente/** Milton Menezes da Costa Neto, org. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000.

IZECKSOHN MMV *et al.* **Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção.** *Ciência e Saúde Coletiva*, 22 (3): 737- 746, 2017,

MISSAKA, H.; RIBEIRO, V.M.B. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos congressos brasileiros de educação médica. 2007-2009. **Revista Brasileira de Educação Médica.** Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 303-10, 2011.

RIBEIRO, V.M.B. **Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde.** Juiz de Fora: Editora UFJF, 2011. 125 p.

ROCHA, H. C. **Avaliação da prática de preceptoria após formação pedagógica.** Rio de Janeiro: UFRJ / Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, 2012.

TRAJMAN, A. *et al.* Preceptoria na rede básica municipal do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 24-32, jan./mar. 2009.

**ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE)**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE)

NOME DO PARTICIPANTE DA PESQUISA:

O Sr. (a) está sendo convidado a participar voluntariamente da pesquisa intitulada “Processo de ensino-aprendizagem do Método Clínico Centrado na Pessoa: o olhar dos Preceptores de um Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade” de autoria de Erika Vasconcelos Florentino sob a orientação da pesquisadora Paulette Cavalcanti de Albuquerque, relativa a sua dissertação de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE da Fundação Oswaldo Cruz e Associação Brasileira em Saúde Coletiva.

- O objetivo do presente estudo é analisar a posição dos preceptores do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da UNIVASF sobre o processo ensino-aprendizagem do Método Clínico Centrado na Pessoa. Você, como preceptor(a) desse Programa de Residência, participará da pesquisa por meio de entrevista em profundidade.

- Você está convidado (a) a participar de uma entrevista sobre sua prática profissional que será gravada e transcrita para posterior estudo, sendo preservada sua privacidade assim como poderá ser acessada por você a qualquer momento. Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento

- Os riscos que esta pesquisa pode acarretar referem-se a você se sentir angustiado ou mobilizado pela revisita a sua prática. Isso poderá ser falado e conversado com a pesquisadora.

- A pesquisa apresenta como benefícios a possibilidade de reflexão que pode auxiliar na qualificação de sua prática profissional, assim como dos modelos pedagógicos de ensino aderidos pelo Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Vale do São Francisco.

- Não haverá nenhum custo por sua participação neste estudo e não haverá nenhuma forma de pagamento por sua participação, que é totalmente voluntária.

- Você pode desistir de participar a qualquer momento sem prejuízos ou retaliações.

- O registro de sua entrevista assim como as transcrições serão sigilosas, sendo acessadas apenas pela pesquisadora e suas orientadoras. Estas serão mantidas pela pesquisadora por um período de cinco anos, sendo incineradas após este período. Não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação.
- O Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, (CEP/CPqAM/FIOCRUZ) se encontra a disposição para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessárias.
- Você receberá uma via idêntica deste documento assinada pelo pesquisador do estudo.

Diante do exposto acima, eu, _____, RG _____ CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo, como sujeito. Fui suficientemente esclarecido a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Processo de ensino-aprendizagem do Método Clínico Centrado na Pessoa: o olhar dos Preceptores de um Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade”, ficando claro para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu trabalho / acompanhamento / assistência nesse programa.

Assinatura _____

Data: _____ Telefone: (____) _____

Documento: _____

Investigador que obteve o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome: _____

Assinatura: _____

TÍTULO DA PESQUISA: Processo de ensino-aprendizagem do Método Clínico Centrado na Pessoa: o olhar dos Preceptores de um Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL E CONTATO: Erika Vasconcelos Florentino- (87) 996248054 e/ou e-mail: erikadenisevasconcelos@gmail.com

INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL E ENDEREÇO:

Fundação Oswaldo Cruz Centro de Pesquisa Ageu Magalhães.

Av. Professor Moraes Rego, s/n – Cidade Universitária – Campus da UFPE. Recife,
PE. CEP: 50.670-420 Telefone: (81) 2101-2500/2101-2600 Fax: (81) 3453-1911

www.cpqam.fiocruz.br

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GRUPO FOCAL)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GRUPO FOCAL)

NOME DO PARTICIPANTE DA PESQUISA:

O Sr.(a) está sendo convidado a participar voluntariamente da pesquisa intitulada “Processo de ensino-aprendizagem do Método Clínico Centrado na Pessoa: o olhar dos Preceptores de um Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade” de autoria de Erika Vasconcelos Florentino sob a orientação da pesquisadora Paulette Cavalcanti de Albuquerque, relativa a sua dissertação de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE da Fundação Osvaldo Cruz e Associação Brasileira em Saúde Coletiva.

- O objetivo do presente estudo é analisar a posição dos preceptores do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da UNIVASF sobre o processo ensino-aprendizagem do Método Clínico Centrado na Pessoa. Você, como preceptor(a) desse Programa de Residência, participará da pesquisa por meio de entrevista em grupo focal.

- Você está convidado (a) a participar de uma entrevista em grupo focal sobre sua prática profissional que será gravada e transcrita para posterior estudo, sendo preservada sua privacidade assim como poderá ser acessada por você a qualquer momento. Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento

- Os riscos que esta pesquisa pode acarretar referem-se a você se sentir angustiado ou mobilizado pela revisita a sua prática. Isso poderá ser falado e conversado com a pesquisadora.

- A pesquisa apresenta como benefícios a possibilidade de reflexão que pode auxiliar na qualificação de sua prática profissional, assim como dos modelos pedagógicos de ensino aderidos pelo Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Vale do São Francisco.

- Não haverá nenhum custo por sua participação neste estudo e não haverá nenhuma forma de pagamento por sua participação, que é totalmente voluntária.

- Você pode desistir de participar a qualquer momento sem prejuízos ou retaliações.

- O registro do grupo focal assim como as transcrições serão sigilosas, sendo acessadas apenas pela pesquisadora e suas orientadoras. Estas serão mantidas pela pesquisadora por um período de cinco anos, sendo incineradas após este período. Não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação.
- O Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, (CEP/CPqAM/FIOCRUZ) se encontra a disposição para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessárias.
- Você receberá uma via idêntica deste documento assinada pelo pesquisador do estudo.

Diante do exposto acima, eu, _____, RG _____ CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo, como sujeito. Fui suficientemente esclarecido a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Processo de ensino-aprendizagem do Método Clínico Centrado na Pessoa: o olhar dos Preceptores de um Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade”, ficando claro para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu trabalho / acompanhamento / assistência nesse programa.

Assinatura _____

Data: _____ Telefone: (____) _____

Documento: _____

Investigador que obteve o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome: _____

Assinatura: _____

TÍTULO DA PESQUISA: Processo de ensino-aprendizagem do Método Clínico Centrado na Pessoa: o olhar dos Preceptores de um Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL E CONTATO: Erika Vasconcelos Florentino- (87) 996248054 e/ou e-mail: erikadenisevasconcelos@gmail.com

INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL E ENDEREÇO:

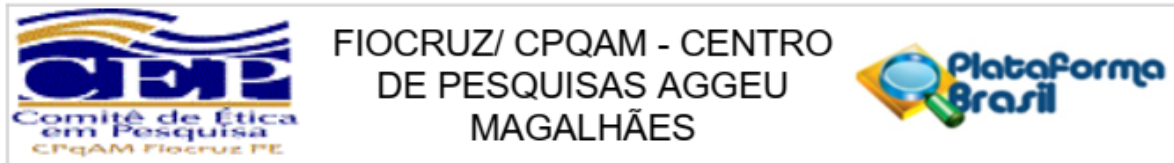
Fundação Oswaldo Cruz Centro de Pesquisa Ageu Magalhães.

Av. Professor Moraes Rego, s/n - Cidade Universitária – Campus da UFPE. Recife,

PE. CEP: 50.670-420 Telefone: (81) 2101-2500/2101-2600 Fax: (81) 3453-1911

www.cpqam.fiocruz.br

ANEXO C- PARECER COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM DO MÉTODO CLINICO CENTRADO NA PESSOA: O OLHAR DOS PRECEPTORES DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.

Pesquisador: Erika Denise de Vasconcelos Florentino

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 92482918.2.0000.5190

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.806.389

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O referido projeto apresenta todas as informações necessárias para a compreensão do estudo, assim como foram apresentadas as documentações exigidas pelo sistema CEP/CONEP. Projeto considerado adequado quanto aos preceitos éticos e apto para sua execução.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP.

**ANEXO D - CARTA DE ANUENCIA DO PROGRAMA DE RESIDENCIA
EM MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE**

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA-PROFSAUDE**

CARTA DE ANUENCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilmo Sr. Prof. Aristóteles Homero dos Santos Cardona Júnior

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada **Processo de ensino-aprendizagem do Método Clínico Centrado na Pessoa: o olhar dos preceptores de um Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade**, a ser realizada no programa de residência médica de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Vale do São Francisco, pela aluna de pós-graduação stricto sensu Erika Denise de Vasconcelos Florentino, sob orientação do Prof(a). Dr(a) Paulette Cavalcanti de Albuquerque, com o objetivo de analisar a posição dos preceptores do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da UNIVASF sobre o processo ensino-aprendizagem do Método Clínico Centrado na Pessoa, necessitando, portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos com os preceptores da residência em Medicina de Família e Comunidade atuantes na instituição. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição conste no relatório final, bem como futuras publicações em eventos e periódicos científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS), que trata da pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Coordenação, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários.

Petrolina, 25 de abril de 2018.

Erika Denise de V. Florentino

Erika Denise de Vasconcelos Florentino
 Pesquisador(a) Responsável pelo Projeto

Concordamos com a solicitação () Não concordamos com a solicitação

Aristóteles Homero dos Santos Cardona Júnior
 Supervisor do Programa de Residência
 de Medicina de Família e Comunidade
 UNIVASF - SIAPE: 2782012

Aristóteles Homero dos Santos Cardona Júnior

Aristóteles Homero dos Santos Cardona Júnior