

LUCYLEA POMPEU MULLER BRAGA

**SUPERVISÃO DOCENTE MÍNIMA E INDIRETA: PERCEPÇÕES DOS
PACIENTES EM DIFERENTES CENÁRIOS DE PRÁTICA**

CAMPO GRANDE

2015

LUCYLEA POMPEU MULLER BRAGA

**SUPERVISÃO DOCENTE MÍNIMA E INDIRETA: PERCEPÇÕES DOS
PACIENTES EM DIFERENTES CENÁRIOS DE PRÁTICA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de Doutor.

Orientador: Prof. Dr. Ernesto Antônio Figueiró Filho

CAMPO GRANDE

2015

LUCYLEA POMPEU MULLER BRAGA

**SUPERVISÃO DOCENTE MÍNIMA E INDIRETA: PERCEPÇÕES DOS PACIENTES
EM DIFERENTES CENÁRIOS DE PRÁTICA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de Doutor.

Orientador: Prof. Dr. Ernesto Antônio Figueiró Filho

Resultado: APROVADA

Campo Grande (MS), 21 de agosto de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Ernesto Antônio Figueiró-Filho
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Prof. Dr. Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Prof. Dr. Maurício Antônio Pompílio
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Prof. Dr. André Luis Alonso Domingos
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Profa. Dra. Leda Márcia Araújo Bento
Universidade Anhanguera-Uniderp

Ao meu esposo e companheiro, **Odilei**, pelo apoio e compreensão.

Aos meus amados filhos, **Pedro Henrique e Mariana**, meu amor incondicional.

À minha mãe, **Eny**, por torcer e sempre incentivar minhas conquistas.

AGRADECIMENTOS

A **DEUS**, pela luz que ilumina o meu caminho, por sua proteção e pela oportunidade de realizar este trabalho.

Ao **Prof. Dr. Ernesto Antônio Figueiró-Filho**, por acreditar e incentivar a realização deste estudo. Agradeço também pela atenção recebida e pelo apoio durante todo o nosso estudo.

Ao **Prof. Dr. Paulo Haidamus**, pelo incentivo e amizade.

Aos **Médicos e Funcionários** da UBSF Dr. Fernando De Arruda Torres – José Tavares.

À **Prof^a. Dra. Iandara**, pelo apoio para a apresentação e defesa desta Tese.

À **secretária da Pós-graduação Áurea**, pelo carinho e atenção dispensados durante todo período do Doutorado.

A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria.

Paulo Freire

RESUMO

BRAGA, L. P. M. **Supervisão docente mínima e indireta**: percepções dos pacientes em diferentes cenários de prática. 2015. 76 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2015.

O objetivo deste estudo foi avaliar a percepção dos pacientes a respeito da consulta realizada por estudante de Medicina, com supervisão docente mínima e indireta. A pesquisa foi realizada com 238 pacientes, sendo estas gestantes do ambulatório de gestação de alto risco e de baixo risco, mães de crianças do ambulatório de *follow-up* do prematuro e de puericultura, atendidas por estudantes do quinto ou sexto ano da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e Universidade Anhanguera-Uniderp. Foram utilizados dois questionários semiestruturados, antes e após a consulta, com questões objetivas e descritivas. Como resultado, a pesquisa mostrou mudança de atitude das gestantes e das mães das crianças, atendidas nos diferentes cenários, na comparação antes e após o atendimento, no que concerne ao conforto ao ser consultada e examinada pelo estudante de medicina e também quanto à confiança na conduta repassada pelo estudante. A principal palavra citada pelas gestantes antes da consulta foi *ansiedade* e, após a consulta, *satisfação*. Já para as mães das crianças antes da consulta, a palavra foi *ansiedade* e, após a consulta, *satisfação*. Conclusão: Este estudo demonstrou uma mudança positiva na percepção das gestantes de ambulatório de obstetrícia e mães do ambulatório de pediatria, atendidas com supervisão docente mínima e indireta. As pacientes e mães das crianças também reconheceram que este modelo de atendimento médico é importante para os estudantes de Medicina como parte de sua formação.

Palavras-chave: Educação médica. Estudantes de Medicina. Pacientes ambulatoriais. Metodologia. Instituições de assistência ambulatorial.

ABSTRACT

BRAGA, L. P. M. **Outpatient minimal and indirect faculty supervision:** perceptions in different clinical settings. 2015. 76 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2015.

Objective: To investigate patients' perceptions regarding medical students' consultations, with minimal and indirect faculty supervision. **Method:** Patients' opinions from paediatrics and obstetrics clinical settings were collected. The sample was composed of 238 women in a variety of clinical settings, including high risk pregnancies in a specialized obstetrical care center; low risk pregnancies in a primary care setting; premature birth follow-up outpatient care; and mothers of pediatric patients in a primary care center consulted by last year medical students at the Faculty of Medicine (FAMED) of the Federal University of Mato Grosso do Sul (UFMS) and the Medical School at Anhanguera-Uniderp University. Two questionnaires were administered to patients pre- and post-consultation and the answers were compared. **Results:** Patients reported changes in their attitudes when comparing responses provided before and after consultation with the students. The most frequent word mentioned by pregnant women before consultation was anxiety and after consultation was satisfaction. For mothers of children the most frequent words were anxiety before the encounter and "satisfaction" afterwards. **Conclusion:** This study showed a positive change in patients' perceptions regarding consultative services provided under minimal and indirect supervision settings with final year medical students, in out-patient obstetrics and pediatrics care settings. Patients recognized the importance of this outpatient medical education management model in medical students' training.

Keyword: Medical education. Medical students. Methods. Outpatients. Ambulatory care facilities.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico das pacientes dos ambulatórios de pré-natal	43
Tabela 2 - Perfil sociodemográfico das pacientes e mães das crianças dos ambulatórios de pediatria	43
Tabela 3 - Percepção das pacientes do pré-natal de alto risco, antes e depois da consulta com estudante de Medicina (n=95).....	44
Tabela 4 - Percepção das pacientes do pré-natal de baixo risco, antes e depois da consulta com estudante de Medicina (n=56).....	45
Tabela 5 - Percepção das mães do <i>Follow-up</i> de recém-nascidos prematuros, antes e depois da consulta com estudante de Medicina (n=42).....	46
Tabela 6 - Percepção das mães da puericultura, antes e depois da consulta com estudante de Medicina (n=45).....	47

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de supervisão docente mínima indireta.....	41
Figura 2 - Palavras que definem o sentimento das pacientes do pré-natal de alto risco, antes da consulta com o estudante de Medicina.....	48
Figura 3 - Palavras que definem o sentimento das pacientes do pré-natal de alto risco, após a consulta com o estudante de Medicina	48
Figura 4 - Palavras que definem o sentimento das pacientes do pré-natal de baixo risco, antes da consulta com o estudante de Medicina	49
Figura 549 - Palavras que definem o sentimento das pacientes do pré-natal de baixo risco, após a consulta com o estudante de Medicina	49
Figura 6 - Palavras que definem o sentimento das mães das crianças do ambulatório de <i>Follow up</i> , antes da consulta com o estudante de Medicina.....	50
Figura 7 - Palavras que definem o sentimento das mães das crianças do ambulatório de <i>Follow up</i> , após a consulta com o estudante de Medicina	50
Figura 8 - Palavras que definem o sentimento das mães das crianças do ambulatório de puericultura da UBSF, antes da consulta com o estudante de Medicina	51
Figura 9 - Palavras que definem o sentimento das mães das crianças do ambulatório de puericultura da UBSF, após a consulta com o estudante de Medicina	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEMED	Centro de Especialidades Médicas
EFC	Ensino Fundamental Completo
EFI	Ensino Fundamental Incompleto
EMC	Ensino Médio Completo
EMI	Ensino Médio Incompleto
EUA	Estados Unidos da América
FAMED	Faculdade de Medicina
MEC	Ministério da Educação e Cultura
PBL	Aprendizagem Baseada em Problemas
RBEM	Revista Brasileira de Educação Médica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UFMS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
UNIDERP	Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	19
2.1 HISTÓRIA DA MEDICINA E ENSINO MÉDICO (a.C e d.C).....	19
2.2 ENSINO MÉDICO NA AMÉRICA E EUROPA NOS SÉCULOS XIX E XX.....	22
2.3 RELATÓRIO FLEXNER E RELATÓRIO DAWNSO.....	26
2.4 O ENSINO MÉDICO CENTRADO NO PACIENTE	27
2.5 PERCEPÇÃO DO PACIENTE SOBRE CUIDADOS DA SAÚDE E ATENDIMENTO DO ESTUDANTE DE MEDICINA	29
2.6 ENSINO MÉDICO E CENÁRIOS DE PRÁTICA.....	33
3 OBJETIVOS.....	38
3.1 OBJETIVO GERAL	38
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	38
4 MATERIAL E MÉTODO	39
4.1 MÉTODO E POPULAÇÃO	39
4.2.1 Consulta.....	40
4.2.2 Supervisão docente mínima.....	40
4.2.3 Procedimentos de coleta de dados	41
4.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	42
4.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	42
5 RESULTADOS.....	43
6 DISCUSSÃO	52
7 CONCLUSÃO.....	58
REFERÊNCIAS	59
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	63
APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO DE PEDIATRIA – PRÉ-CONSULTA.....	64
APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO DE PEDIATRIA – PÓS-CONSULTA.....	65
APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO DO PRÉ-NATAL – PRÉ-CONSULTA.....	66
APÊNDICE E - QUESTIONÁRIO DO PRÉ-NATAL – PÓS-CONSULTA.....	67
APÊNDICE F –TABELA COM PALAVRAS QUE DEFINEM O SENTIMENTO DOS PACIENTES NOS CENÁRIOS DE OBSTETRÍCIA E PEDIATRIA,	

ANTES E APÓS A CONSULTA COM ESTUDANTE DE MEDICINA.....	68
APÊNDICE G - ARTIGO ENVIADO PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA.....	69
ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	79

1 INTRODUÇÃO

O modelo biomédico tem suas raízes históricas no Renascimento (final do século XV e início do século XVI), com a passagem da arte de curar doentes para a disciplina das doenças. Essa visão da doença é uma herança de quase três séculos, em que, ao longo do tempo, foram sendo modificados os modos de como se apresentavam o doente e a doença, ocorrendo assim um distanciamento do médico em relação ao doente e uma maior teorização dos discursos médicos (KOIFMAN, 2001).

O desenvolvimento de várias áreas do conhecimento humano, conceitos e teorias de cientistas e filósofos influenciaram o crescimento médico-científico e o pensar da Medicina moderna (BALLESTER et al., 2010).

Em meados do século XIX, a situação das escolas médicas nos EUA era caótica. Nesse contexto Flexner escreveu o seu primeiro livro, intitulado *The American college: a criticism*, no qual critica o sistema educativo norte-americano. Em virtude dessa obra, o Presidente do Carnegie Foundation convidou Flexner para realizar um estudo sobre a educação médica nos EUA. Após visitar e avaliar as 155 escolas de Medicina dos EUA e Canadá, o resultado dessa avaliação foi a publicação do Relatório Flexner, em 1910, o qual serviu de base para o ensino de Medicina nos Estados Unidos; nele, fixou rigorosas diretrizes que influenciaram também diversas partes do mundo (KOIFMAN, 2001; PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Até 1950, o Brasil tinha 16 cursos de Medicina. Entre 1950 e 1971 surgiram mais 59 faculdades, que, por orientação federal, seguiram o modelo “flexneriano” (KOIFMAN, 2001).

Na década de 1970, movimentos que se indispuseram com o modelo imposto aos cursos e com a prática estimulada na área da saúde unificaram-se e passaram a ser intitulados Movimentos Sanitários (KOIFMAN, 2001). Nessa época observa-se o surgimento de outros modelos de atenção médica, nos quais se destacam as dimensões físicas, psíquicas e sociais da entrevista médica (BALLESTER et al., 2010).

A partir dos anos 1980 iniciam-se processos de reforma do setor da saúde em vários países. As reformas se desenvolvem por meio de diferentes modelos e estratégias, desde medidas administrativas até mudanças constitucionais. (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Necessariamente, a construção de um programa educacional deverá considerar a dimensão humana e social da formação profissional. Além disso, é essencial que esteja em sintonia constante com as necessidades da comunidade, as transformações sociais, culturais, econômicas e políticas vigentes, bem como os referenciais éticos em evolução na sociedade. Os objetivos do aprendizado devem ir além da informação e do desenvolvimento de padrões intelectuais, motores e atitudinais restritos ao espaço acadêmico, ou seja, devem criar situações experienciais e oportunidades reais de aprendizado, enfatizando o exercício da prática profissional responsável, ética e competente, devidamente ajustada às necessidades e realidades locais de saúde. O enfoque estará na integração do aprendizado, na articulação dinâmica entre teoria e prática, ensino e comunidade. O conhecimento é construído no cotidiano da vida acadêmica mediante a busca ativa pela informação útil, voltada para a resolução de problemas relevantes na prática profissional, sendo o conteúdo regulado pela interdisciplinaridade e contextualização das práticas pedagógicas (SANTOS, 2011).

A formação dos profissionais de saúde tem sido pensada a partir de três movimentos sincrônicos: o primeiro refere-se à produção de transformações na estrutura dos cursos, de modo a evitar a fragmentação entre campos disciplinares distintos e valorizar a integração entre os ciclos básicos e profissionais; o segundo busca superar o isolamento ou a visão utilitária que as instituições formadoras e de pesquisa mantêm frente à rede de serviços do SUS, apropriando-se e utilizando-se da sua capacidade instalada e do cuidado, numa leitura de mão única; o terceiro, por sua vez, faz menção à atuação do docente como mediador dos processos de ensino, a partir da adoção de metodologias ativas e significativas de aprendizagem, cedendo ao discente a construção de seu processo de aprendizagem (SAIPPA-OLIVEIRA; FERNANDEZ; KOIFMAN, 2010).

Para o ensino médico, três elementos de relações interpessoais são considerados essenciais: o médico, o estudante e o paciente.

Suposições referentes ao papel do médico na educação médica e nessa relação da tríade médico-paciente-estudante de medicina eram aventadas, mas, a partir do estudo de Ashley et al. (2009), foi observado que a função do médico foi reenquadrada como a imagem de um líder que auxilia paciente e estudante a encontrarem maneiras de se relacionarem um com o outro de forma mais eficaz.

A história da Medicina nos demonstra uma prática crescente de evolução, seja por meio de técnica-científica ou até mesmo da relação interpessoal, e a respeito desta devemos ressaltar que aquela visão antiquada do “senso de direito divino sobre os pacientes” tem desaparecido. Com o aumento da conscientização dos pacientes sobre seus direitos e consentimento informado, já é possível que estes escolham se aceitam a presença do estudante de medicina durante suas consultas médicas (CHOUDHURY et al., 2006).

O atendimento ambulatorial é definido como aquele no qual o paciente é consultado sem a necessidade de ter sido admitido em ambiente hospitalar. O aprendizado neste cenário, o qual é centrado no paciente, tem sido considerado um componente essencial da educação médica, em que são descritos alguns métodos de ensino ambulatorial e modelos de promoção à saúde que podem ser utilizados durante o atendimento ambulatorial com finalidade didática, associados aos papéis de orientador-preceptor e estudante (DENT, 2005).

Ensinar por meio de um pequeno incremento de tempo durante a assistência ao paciente pode fornecer uma grande experiência de aprendizagem aos estagiários. O ensino clínico enfrenta um desafio assustador de cuidar do paciente e, simultaneamente, educar o aluno em tempo restrito. A qualidade da supervisão tem um maior impacto na competência clínica e conhecimento do que o número de pacientes assistidos. Já os pequenos momentos de ensinamento podem oferecer uma importante oportunidade de aprendizagem aos estagiários, fornecendo a eles novas percepções e habilidades que não viriam a adquirir simplesmente observando pacientes por conta própria (IRBY; WILKERSON, 2008).

Em algumas literaturas de gestão, a supervisão é vista como uma forma de garantia de qualidade. Definições de supervisão incluem entendimento sobre seus propósitos e funções. Provavelmente, a mais influente formulação da função de

supervisão na literatura do Reino Unido é a do *Bridget Proctor*, a qual delinea três funções da supervisão: normativa (administrativa), formativa (educacional) e restaurativa (suporte). Não existe uma adequada formação teórica de supervisão em medicina. Problemas com a extensão e a disponibilidade da supervisão têm sido identificados por meio das profissões, sendo importante o envolvimento na aprendizagem (KILMINSTER; JOLLY, 2000).

No método descrito por Sukienik, no qual o estudante entrevista o paciente, discute o caso clínico com o preceptor e retorna ao paciente com o tratamento, foi sugerido que é preciso atentar para a eficácia da comunicação. Neste caso, a avaliação da interação aluno-paciente faz-se necessária para determinar se o trabalho proposto, o tratamento e quaisquer dúvidas foram explicadas e compreendidas pelo paciente (SUKIENIK; MOURA; BOLLELA, 2012).

Independentemente da metodologia educacional escolhida para ser utilizada no ambiente ambulatorial, pacientes esperam ser diagnosticados e tratados adequadamente pelos estudantes e seus supervisores (SUKIENIK; MOURA; BOLLELA, 2012). Concomitantemente, muitas pesquisas sugerem que os pacientes demonstram sentimento positivo em relação à presença dos estudantes em consultas médicas (LEWIS, 1994; COOKE et al., 1996; O'FLYNN; SPENCER; JONES, 1997; STACY; SPENCER, 1999; SPENCER et al., 2000; TOWNSEND et al., 2003; CHOUDHURY et al., 2006).

Entretanto, Leithner et al. (2006) concluíram, em seu estudo, que gestantes submetidas a cuidados de pré-natal demonstraram-se insatisfeitas com determinadas atitudes, tanto dos médicos como da equipe. Essa divergência de ideias evidencia a necessidade de mais estudos que relatem a satisfação e percepção dos pacientes sobre seu papel na educação-médica (PILL; TAPPER-JONES, 1993; NAIR; COUGHLAN; HENSLEY, 1997; SAYER et al., 2002; HOWE; ANDERSON, 2003).

Isto posto, o presente estudo tem como objetivo avaliar a percepção das pacientes sobre a consulta realizada pelo estudante de Medicina, com supervisão docente mínima e indireta em diferentes cenários.

A consulta realizada pelo estudante com supervisão docente mínima e indireta interfere na opinião do paciente em relação à qualidade do atendimento realizado?

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 HISTÓRIA DA MEDICINA E ENSINO MÉDICO (a.C e d.C)

As ideias e práticas médicas das culturas primitivas mostravam uma considerável variação em decorrência da geografia e da herança histórica da sociedade. No tratamento do doente existia uma figura central, que para os índios norte-americanos era a figura do shaman. Todos os curandeiros tinham características em comum, alta posição política e social e eram conhecedores do folclore e das tradições tribais (LYONS; PETRUCELLI, 1978).

Nas civilizações antigas, as práticas médicas pareciam ter estado nas mãos de três tipos de padre: baru, que cuidava das causas das doenças e catástrofes; ashipu, que atuava como exorcista; o asu, que atuava como um médico, empregando encantamentos, adivinhação, drogas e operações. Nessa época, a prática médica era regulada por leis definidas no Código de Hammurabi (LYONS; PETRUCELLI, 1978).

Os Hebreus bíblicos herdaram da cultura Mesopotâmica inúmeras crenças, dentre elas a convicção de que a doença era uma punição divina, marca de pecado. O povo Hebreu também isolava os seus doentes, a fim de evitar a transferência da alma de um doente para um sadio (LYONS; PETRUCELLI, 1978).

O conhecimento médico do Egito Antigo foi proveniente de sete conhecidos *papyrus* além dos escritos greco-romanos procedentes de Homero, Heródoto, Hipócrates e outros. Nesse período, muitas divindades eram associadas a algum aspecto de saúde ou doença. A visão da anatomia e fisiologia do corpo humano foi comparada ao sistema de irrigação utilizado pelos egípcios (LYONS; PETRUCELLI, 1978).

A Índia Antiga utilizava como métodos de diagnósticos a abordagem mágica e racional. O médico da corte ficava no patamar mais alto dentre os praticantes, e, muitas vezes, atuava como soberano na decisão de quem entrava ou não para a prática médica. O professor e o estudante apresentavam mútuo senso de responsabilidade, havendo de quatro a seis alunos por professor. Os alunos recitavam e memorizavam os textos, realizavam visita aos doentes, coleta de plantas

medicinais, preparação de drogas e procedimentos em animais mortos (LYONS; PETRUCELLI, 1978).

A medicina Chinesa, em parceria com o taoísmo, era focada na prevenção da doença. Ideias de anatomia foram atingidas pelo pensamento crítico ao invés da dissecação de cadáveres, visto que a doutrina de Confúcio proibia a violação do corpo. O médico chinês mantinha o conhecimento para si próprio e transmitia esse conhecimento somente para seus filhos homens ou para pessoas especialmente qualificadas. As escolas médicas formais ficavam sob o comando do imperador. A primeira escola foi fundada durante a Dinastia Ming, no século XIV (LYONS; PETRUCELLI, 1978).

Para os médicos da Grécia Antiga, a doença não era mais considerada uma punição dos deuses. Na educação, o jovem grego era direcionado para ser atleta nos seus primeiros anos, e, após os dezoito anos, ele era incentivado a perseguir conhecimentos de filosofia, retórica, ciência e medicina. Nesta civilização, era natural que o médico buscasse conhecimento em todos os ramos da medicina. Não existia especialização, embora Heródoto mencionasse que um sistema muito avançado havia sido desenvolvido no Egito (LYONS; PETRUCELLI, 1978).

No século V (a.C.), a medicina na Grécia atingiu o seu apogeu com Hipócrates, que apresentou em sua coletânea de escritos a abordagem racional, livre de qualquer traço de visão sobrenatural e religiosa. Segundo o método Hipocrático, a abordagem do paciente deveria seguir os seguintes passos: observar tudo (avaliar toda a história do paciente), estudar o paciente ao invés da doença (como o paciente reage à doença, aparência, meio ambiente em que o paciente está inserido), avaliar honestamente (ser fiel exatamente ao que foi observado no paciente) e ajudar a natureza (proporcionar condições para que as forças naturais do corpo entrem em harmonia) (LYONS; PETRUCELLI, 1978).

Depois de Hipócrates, a medicina atingiu o seu pico em Alexandria, tendo depois infiltrado Roma. Através das escolas médicas da Alexandria alguns ramos da medicina foram progredindo, como, a cirurgia, a obstetrícia, a oftalmologia e aumentou consideravelmente o conhecimento dos meios terapêuticos. Nesse período também surge o chamado *Empirismo*, que apresentava como fundamento: o

que realmente o médico precisa é conhecer aquilo que cura ou afasta as doenças e não aquilo que as causa (A. TAVARES, 1996).

No século IX, na Idade das Trevas, São Bento de Núrsia fundou uma ordem com o objetivo de cuidar dos doentes. Entretanto, acreditava-se que a cura da doença era obtida apenas por meio da oração e intervenção divina, proibindo assim o estudo da medicina nos próximos quinhentos anos (LYONS; PETRUCELLI, 1978).

O treinamento médico no Mundo Árabe era realizado em centros de aprendizagem ou em hospitais não filiados, e o médico recebia o certificado do seu professor. Também havia os autoproclamados curandeiros, os quais exerciam práticas médicas sem estudo. No início do século X, passaram a exigir que o médico comprovasse os seus conhecimentos (LYONS; PETRUCELLI, 1978).

A primeira Escola de Medicina do Ocidente nasceu em Salerno, nos séculos XI e XII, sendo o único lugar da Europa cristã onde se poderia obter uma formação médica regular. A medicina que se ensinava em Salerno tinha um caráter essencialmente prático, aprendida junto do leito do enfermo (A. TAVARES, 1996).

A educação médica pelos fins do século XII, mas sobretudo durante o século XIII, foi verdadeiramente estabelecida a partir das recém-fundadas universidades, sendo algumas das mais antigas, Bolonha, Paris e Montpellier (A. TAVARES, 1996).

Na Idade Média ocorreu o maior desenvolvimento nas disciplinas médicas, como a regulação do treinamento médico e organizações, desenvolvimento de ideias e políticas de saúde pública, bem como de instituições que provinham cuidados para os doentes (LYONS; PETRUCELLI, 1978).

No período do Renascimento, séculos XV e XVI, o estudo da forma humana tornou-se o centro do interesse dos artistas. Leonardo da Vinci foi o primeiro artista a considerar a anatomia além da forma humana, produzindo inúmeros desenhos que ilustravam esqueleto, músculos, nervos e sistema vascular (LYONS; PETRUCELLI, 1978).

O século XVII, por sua vez, não foi um período de inovação na educação médica. A anatomia era apresentada de forma inadequada e a maioria dos

ensinamentos dependia dos trabalhos da antiguidade ou de escritos de autores muçulmanos. Um destaque desse período foi a descoberta do microscópio (LYONS; PETRUCELLI, 1978).

Padrões e requisitos para a formação do estudante variavam entre os países e até mesmo entre instituições de um mesmo país. O progresso científico nesse século foi menor nas universidades em comparação com sociedades acadêmicas públicas e privadas. As universidades apresentavam um olhar aristotélico (ou seja, dedutivo e de trás para frente), enquanto que as Sociedades Científicas possuíam método experimental, indutivo e empírico (LYONS; PETRUCELLI, 1978).

No século XVIII o estudo da anatomia continuou a avançar, mas o interesse foi direcionado para as novas sub-ciências: anatomia patológica, anatomia comparativa e embriologia. Durante esse século, os cirurgiões da França e da Inglaterra finalmente viram-se livres de vestígios e restrições medievais, alcançando emancipação e posição de igualdade com seus rivais tradicionais, os físicos, como eram chamados os médicos no século XV (LYONS; PETRUCELLI, 1978).

2.2 ENSINO MÉDICO NA AMÉRICA E EUROPA NOS SÉCULOS XIX E XX

As primeiras décadas do século XIX foram uma continuação virtual do desenvolvimento médico do século anterior. No entanto, dois avanços – a anestesia e a descoberta de microrganismos como causadores das doenças – alteraram o curso da história da medicina. Outra grande contribuição foi o avanço no conhecimento da estrutura e funcionamento do organismo vivo, tais como a demonstração da célula como unidade anatômica fundamental, a divulgação dos princípios da fisiologia interna do corpo e a introdução de novas ferramentas diagnósticas e métodos clínicos (LYONS; PETRUCELLI, 1978).

No início do século XIX a França manteve a liderança na medicina. No estudo da fisiologia, na Europa, alguns nomes se destacaram: François Magendie, Claude Bernard, Johannes Peter Muller e Marshall Hall. A América contribuiu muito pouco com a fisiologia e histologia, à exceção do americano Willian Beaumont (LYONS; PETRUCELLI, 1978).

Com o avanço da fisiologia e da química, a disciplina de farmacologia foi desenvolvida. Na Alemanha foi isolada a morfina, em 1806, e na França a estricnina, a quinina e outras drogas, em 1818 (LYONS; PETRUCELLI, 1978).

A excelente característica do século XIX para a medicina foi a correlação das descobertas nos laboratórios e autópsias, com observações à beira do leito, sendo no hospital onde tais investigações e interligações foram perseguidas. Na primeira metade do século, a liderança na ciência clínica residia na França, mas depois passou para as Ilhas Britânicas e em seguida para os países de língua alemã (LYONS; PETRUCELLI, 1978).

Por volta do século XVIII, na Inglaterra, a educação médica estava inteiramente nas mãos de médicos individuais, principalmente cirurgiões, que tinham suas próprias escolas privadas. Em contraste, Edimburgo possuía uma escola médica regular, funcionando desde 1736, com curso formal de instrução que incluía palestras regulares e ensino à beira do leito (LYONS; PETRUCELLI, 1978).

O século XIX vivenciou o estabelecimento de requisitos educacionais e de licenciamento mais uniformes, mas mesmo em tempos antigos houve alguma supervisão oficial e regras para a prática médica (LYONS; PETRUCELLI, 1978).

Tentativas para estabelecer organismos de certificação adequados encontraram dificuldades consideráveis, até que, em 1858, foi criado o Conselho Geral da Educação Médica, no Reino Unido, a fim de tentar produzir ordem no processo de certificação (LYONS; PETRUCELLI, 1978).

Nessa época, havia na América somente quatro pequenas escolas de medicina. A educação nessas escolas médicas consistia exclusivamente em ouvir as palestras. Desse modo, a conjuntura circunstancial do século moveu a medicina americana para a profissionalização (LYONS; PETRUCELLI, 1978).

Em 1893 ocorreu a criação da The Johns Hopkins University School of Medicine, que reformulou drasticamente a educação médica americana e criou um novo padrão que exigia um grau de graduação como pré-requisito para admissão, fornecendo um *curriculum* de graduação de quatro anos e utilizando laboratórios para fins de ensino, além de integrar as instalações do hospital e da faculdade para

fornecer treinamento clínico para estudantes avançados (LYONS; PETRUCCELLI, 1978).

A história do Ensino Superior no Brasil ocorre a partir de 1808, com a Escola de Direito em Olinda (PE), a de Medicina em Salvador (BA) e a de Engenharia no Rio de Janeiro (RJ). Em novembro desse mesmo ano, foi criada a segunda escola de Medicina do Brasil, no Rio de Janeiro. Todas essas escolas apresentavam currículos baseados no modelo francês (NEVES; NEVES; BITENCOURT, 2005; SIMÕES, 2013).

Em 1812 ocorreu a primeira reforma do ensino médico brasileiro, quando o curso passou de quatro para cinco anos. Em 1832, por ato da Regência Trina, as Escolas Médicas foram denominadas Faculdades, respectivamente Faculdade de Medicina da Bahia e Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, tendo o curso de graduação sido estendido para seis anos. Os cursos médico e cirúrgico eram separados, e, em 1884, passaram a ser unificados, sofrendo grandes alterações (NEVES; NEVES; BITENCOURT, 2005).

Diante de tantos avanços na área médica mundial, registra-se, após 89 anos sem a abertura de nenhuma escola médica no Brasil, a criação da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, em 1898, tornando-se a terceira no Brasil e a primeira na Região Sul. Em 1912 foi criada a quarta faculdade de medicina no Brasil, a Faculdade Federal de Medicina do Paraná (AMARAL, 2007).

Em 1910, o impacto do Relatório Flexner promoveu mudanças nas escolas médicas Americanas e Canadenses e influenciou diversas escolas de todo o mundo na mudança curricular, com destaque para as disciplinas das ciências básicas (NEVES; NEVES; BITENCOURT, 2005).

As mulheres foram aceitas depois de muitas lutas, com plenos direitos de praticantes da medicina somente entre os séculos XIX e XX (LYONS; PETRUCCELLI, 1978).

No século XX o progresso da medicina acompanhou o desenvolvimento das ciências, tendo alcançado uma maior evolução do que aquela adquirida em toda a

história da humanidade. Além do progresso científico, houve, igualmente, uma evolução de conceitos a respeito de saúde e doença (REZENDE, 2009).

A criação do Conselho Federal de Medicina, em 1945, bem como dos Conselhos Regionais, trouxe uma nova organização à categoria a partir dessa autarquia federal. Posteriormente, foram criados os estatutos por meio dos Códigos de Ética Médica. Em 1969, o Conselho Federal de Educação do então Ministério da Educação e da Cultura (MEC) ditou as diretrizes para a revisão dos currículos tradicionais e estabeleceu o currículo mínimo (NEVES; NEVES; BITENCOURT, 2005).

Do início da década de 60 até os dias de hoje, ocorreu um enorme crescimento do número de escolas médicas no Brasil, e, conseqüentemente, do número de estudantes de medicina (NEVES; NEVES; BITENCOURT, 2005).

Atualmente, a formação dos médicos brasileiros está a cargo da Associação Brasileira de Educação Médica, fundada em 21 de agosto de 1962, na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais. Esta Associação tem como objetivo promover o desenvolvimento da educação médica no País, tendo em vista a formação de médicos capazes de atender às necessidades de saúde da população, contribuindo para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde e para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária (NEVES; NEVES; BITENCOURT, 2005).

O modelo flexneriano fragmentou o conhecimento, conflitando com a visão holística tão importante ao paciente. Assim, surge o paradigma da integralidade, que enfatiza mais a saúde que a doença e propõe o ensino centrado no aluno, ampliando seu papel ativo no aprendizado (NEVES; NEVES; BITENCOURT, 2005).

No final do século XX surgiram, no cenário mundial da educação e da prática médica, duas novas abordagens: uma essencialmente clínica, a *Evidence Based Medicine* (Medicina Baseada em Evidências) e outra pedagógica, a *Problem Based Learning* (Aprendizagem Baseada em Problemas, PBL) (NEVES; NEVES; BITENCOURT, 2005).

2.3 RELATÓRIO FLEXNER E RELATÓRIO DAWSON

Em 1907, Abraham Flexner escreveu seu primeiro livro, *The American college: a criticism*, no qual criticava o sistema educativo norte-americano. O livro foi publicado em 1908 e resultou em um convite do presidente da Carnegie Foundation para realizar um estudo sobre a educação médica nos Estados Unidos e no Canadá. Flexner visitou 155 escolas médicas dos EUA e do Canadá, e, com base nas avaliações, publicou em 1910 o seu famoso relatório (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Esse estudo de Flexner foi produzido em uma época onde havia uma grande proliferação de escolas de Medicina, com diferentes abordagens terapêuticas. Tais escolas podiam ser abertas indiscriminadamente, sem nenhuma padronização, estando vinculadas ou não a instituições universitárias, com ou sem equipamentos, com critérios de admissão e tempo de duração diferenciados e independentemente de fundamentação teórico-científica (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

O modelo Flexneriano propôs uma nova formatação para os cursos de medicina, com reconstrução do modelo pedagógico. Algumas das recomendações do relatório foram seguidas por muitas faculdades em todo o mundo e durante muito tempo, a saber: o currículo de quatro anos; divisão do currículo em um ciclo básico de dois anos, realizado no laboratório, seguido de um ciclo clínico de mais dois anos, realizado no hospital; exigência de laboratórios e instalações adequadas (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

A proposta de Flexner caracterizava-se pelo modelo saúde-doença unicausal, não valorizando a dimensão social, psicológica e econômica da saúde. Como características principais da Medicina Científica implementadas a partir do Relatório Flexner, podemos mencionar o biologismo, o individualismo, a especialização, a tecnificação, a ênfase nos aspectos curativos e o hospital como seu principal local de ação (COELHO, 2009).

Na década de 1920, por solicitação do governo Inglês, Bertrand Dawson elaborou outro relatório, o qual criticava em vários aspectos o Relatório Flexner. Tal relatório foi fruto do debate sobre mudanças no sistema de proteção social depois da Primeira Guerra Mundial, e propunha uma reorganização dos serviços de saúde, a

partir de profissionais generalistas que seriam responsáveis por implementar ações tanto curativas quanto preventivas, com serviços organizados local e regionalmente, por níveis de atenção (COELHO, 2009; KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

O Plano Dawson não foi implementado imediatamente na Inglaterra, mas teve influência no sistema de saúde da Rússia, sendo por ela seguido somente após a Segunda Guerra Mundial, juntamente com a própria Inglaterra. Dawson entendia que os currículos das escolas médicas, ao invés de se preocuparem excessivamente com a constituição de disciplinas de especialidades, deveriam concentrar os seus esforços na formação de um profissional mais generalista, capaz de exercer sua prática em um sistema de saúde regionalizado (HUBNER; FRANCO, 2007).

Os EUA, que seguiam o Relatório Flexner, cuidavam essencialmente das ações de saúde coletiva (vigilância sanitária, ambiental, epidemiológica, controle de doenças de impacto coletivo etc.), deixando a assistência médica a cargo do setor privado e do mutualismo, enquanto que o Reino Unido e demais países europeus, que seguiam o Relatório de Dawson, evoluíram no sentido de constituir sistemas públicos universais de saúde (COELHO, 2009).

2.4 O ENSINO MÉDICO CENTRADO NO PACIENTE

Relatos da História apontam que a medicina centrada no paciente tem seus princípios na antiga escola de medicina grega de Hipócrates de Cós, o qual se mostrava interessado nas particularidades de cada paciente (RIBEIRO; AMARAL, 2008).

O método clínico surgiu no início do século XIX e teve como base o modelo biomédico, alcançando a hegemonia durante o século XX. Esse método trouxe grandes avanços para a ciência médica e conferiu grande poder ao médico, mas tornou o diagnóstico da doença preponderante sobre o doente, onde o ponto de partida é o corpo e a doença, com a negligência da pessoa (RIBEIRO; AMARAL, 2008).

Em 1977, George Engel propôs o modelo biopsicossocial, enfatizando a importância de sua aplicação na Medicina. Neste modelo, o nível do sistema de

onde se deve partir é sempre a pessoa, ao contrário do modelo biomédico, em que o ponto de partida é o corpo e a doença, com a negligência da pessoa. As repercussões deste modelo têm se ampliado progressivamente, e hoje podemos verificar que a inclusão de aspectos culturais, psicológicos, comportamentais e sociais, ao lado dos biológicos, tornou-se uma diretriz ética na educação médica (DE MARCO; CITERO; MARTINS, 2007; RIBEIRO; AMARAL, 2008).

Nas últimas décadas, observa-se a necessidade de mudança na forma de atendimento à população nos serviços de saúde. Isto se deve a um conjunto de fatores, tais como: insatisfação da clientela, modificações no perfil epidemiológico, reconhecimento de fatores de risco, surgimento de novas doenças e crescente desenvolvimento de tecnologias sofisticadas e de alto custo (BALLESTER et al., 2010).

Vários grupos de pesquisadores discutem os princípios dos modelos centrados no paciente, ao passo que o grupo de Stewart os define assim:

- Exploração e interpretação, pelo médico, da doença e da experiência de adoecimento do paciente, enquanto que esta contempla o sentimento de estar doente, a ideia a respeito do que está errado, o impacto do problema na vida diária e as expectativas sobre o que deveria ser feito;
- Entendimento da pessoa em sua totalidade;
- Busca do entendimento conjunto entre médico e paciente a respeito da natureza dos problemas de saúde, da definição de prioridades e dos objetivos do tratamento;
- Incorporação de medidas de prevenção de doenças e de promoção da saúde;
- Intensificação da relação médico-paciente;
- Viabilidade em relação a custo e tempo.

Stewart et al. (2000) realizaram um estudo de coorte observacional para avaliar a associação entre a comunicação centrada no paciente em consultas de cuidados primários e saúde subsequente e a utilização de serviços médicos. Eles concluíram que a comunicação centrada no indivíduo influencia a saúde dos pacientes, melhorando o estado de saúde e aumentando a eficiência do atendimento, reduzindo testes diagnósticos e encaminhamentos.

Em um artigo de revisão, Ribeiro e Amaral (2008, p.92) escrevem:

As vantagens da medicina centrada no paciente em relação ao modelo biomédico tradicional, centrado no médico, são muitas, incluindo maior satisfação do paciente, maior adesão ao tratamento e melhor resposta à terapêutica, maior satisfação do médico, menor número de processos por erro médico, maior eficiência do cuidado, com necessidade de menor número de exames complementares e frequência menor de encaminhamentos a especialistas, com consequente custo menor para o sistema de saúde e para o paciente.

2.5 PERCEPÇÃO DO PACIENTE SOBRE CUIDADOS DA SAÚDE E ATENDIMENTO DO ESTUDANTE DE MEDICINA

Em 1987, o governo do Reino Unido apresentou uma publicação intitulada “Promovendo uma Melhor Saúde”, onde declarava a sua intenção de tornar os serviços de cuidado primário à saúde mais responsáveis com as necessidades e demandas do consumidor. Nessa época, a entrada do usuário para os serviços que prestam cuidados de saúde estava sendo grandemente enfatizada, motivada por uma necessidade abundante de democratizar os serviços de saúde (LEWIS, 1994).

Lewis (1994) realizou um grande trabalho de revisão da literatura, intitulado: “Visão do paciente sobre a qualidade do cuidado na clínica geral”. Em um nível mais pragmático, a eficácia da prática médica foi aprimorada pela maior satisfação do paciente. Isso foi demonstrado no intuito de influenciar as taxas de utilização e aceitação e de modo a ser diretamente associado aos resultados terapêuticos e estados de saúde. A satisfação do paciente era uma medida cada vez mais útil na avaliação da consulta e na comunicação médico-paciente. Na medida em que se baseavam nas avaliações precisas dos pacientes, a satisfação destes fornecia, potencialmente, um indicador direto do desempenho do sistema e um recurso de escolha entre estratégias alternativas em prover cuidados com a saúde.

A partir dessa época, vários pesquisadores passaram a buscar a opinião do paciente sobre a presença do estudante de medicina durante a consulta médica.

De acordo com Cooke et al. (1996), o Conselho Geral de Medicina do Reino Unido havia recomendado que estudantes de medicina deveriam adquirir mais experiência em práticas gerais, estando o seu ensino cada vez mais presente na

comunidade, sendo necessárias mais práticas para fornecer posicionamentos necessários. Claramente, é importante que os médicos não declinem em tomar parte do ensino, por simples medo de que a presença do estudante seja inaceitável por seus pacientes. No estudo, somente 3% de todos os que responderam o questionário tiveram resposta negativa para a presença do estudante de medicina.

Escolas médicas estão expandindo os seus ensinamentos em práticas gerais, mas existem poucos estudos sobre as respostas do paciente quanto à presença do estudante de medicina em consultas com clínicos gerais. Em 1974, Wright relatou que até 40% dos pacientes preferia não conversar sobre ansiedades pessoais, problemas familiares ou problemas sexuais na presença de um estudante, em um procedimento médico. O'flynn, Spencer e Jones (1997) constataram que 95% dos pacientes ficaram felizes com a presença de estudantes durante o exame, mas o consentimento depende do cenário da clínica em que se encontrava o paciente.

Spencer e colaboradores (2000, p.852), publicaram uma revisão sobre o papel do paciente na educação do estudante de medicina. No artigo, os autores apresentam alguns pontos-chave para o aprendizado:

- O contato com o real paciente indica um papel crucial no treinamento e educação médica, mas é uma área pouco pesquisada.
- Historicamente, o paciente tem apresentado um papel passivo na educação médica, mas existe exemplos de boas práticas em promover uma participação mais ativa do paciente.
- Questões para mais pesquisas incluem: Qual o valor acrescentado do paciente real em oposição ao paciente simulado? A participação no ensino tem um efeito sobre os resultados de saúde? Quanto o envolvimento ativo é desejado e factível? Qual o real papel do paciente na avaliação?

Outra revisão da literatura, também publicada em 2000, foi a de Kilminster e Jolly, com abordagem sobre a efetiva supervisão em cenários práticos da clínica e cujo objetivo era identificar o que se sabe sobre supervisão eficaz. Trata-se de um artigo que apresenta os seguintes tópicos: compreensão e definição de supervisão e seu propósito; modelos teóricos de supervisão; disponibilidade, estrutura e conteúdo de supervisão em profissões de saúde; habilidades e qualidades da eficiência do supervisor e treinamento de supervisores e sua eficácia.

Sayer e colaboradores (2002, p.404) apontam que o paciente tem tido participação ativa na educação e avaliações dos estudantes de medicina. No artigo, eles exploram questões éticas e legais decorrentes da participação de pacientes em exames de qualificação profissional. Esse estudo foi realizado com todas as escolas médicas do Reino Unido, que, em resumo, apresentaram os principais pontos:

- Pacientes são amplamente e de modo crescente envolvidos em educação médica, dentro e fora de ambientes clínicos tradicionais.
- O clima médico atual enfatiza a necessidade de transparência e responsabilidade para com os pacientes.
- Provisão para atendimento de pacientes durante avaliações de estudantes varia entre as escolas médicas do Reino Unido, e todas as escolas médicas relatam que eventos adversos têm ocorrido nestas ocasiões.
- Escolas médicas deveriam garantir que eles tenham sistemas adequados no local para orientar profissionais e proteger pacientes envolvidos em algum aspecto de educação médica.

Em 2003, Howe e Anderson publicaram um trabalho sobre o envolvimento dos pacientes na educação médica. O artigo foi baseado em pesquisa na Medline e também em opiniões de participantes de um Workshop que aconteceu na University of East Anglia. O trabalho foi motivado por acreditar que pacientes sempre têm sido parte da educação médica, mas nós não podemos mais assumir que eles irão escolher participar. O impulso para o consentimento informado e uma maior e igual parceria na decisão compartilhada fizeram, na prática clínica, uma necessidade por diferentes abordagens envolvendo pacientes. Também na época, a recente reforma da educação médica passou a utilizar mais estrutura e vasto contato com o paciente, e isto não pôde ser alcançado unicamente por meio de contato oportuno com o paciente em clínicas ou em enfermarias. Assim, os autores concluíram e apresentaram as seguintes sugestões para melhorar a participação do paciente:

- Desenvolver orientações para pacientes, professores e estudantes.
- Orientar implicações para o tempo do professor e treinamento.
- Recrutar e preparar os pacientes antes do encontro de aprendizagem.
- Aconselhar os estudantes, incluindo apropriada roupa e comportamento, como executar boas práticas, como lidar com problemas e situações difíceis.
- Fornecer parecer sobre a participação do paciente. (HOWE; ANDERSON, 2003, p.327)

O envolvimento de pacientes em decisões compartilhadas também foi objeto de estudo e pesquisa. Elwyn et al. (2003) descreveram o desenvolvimento de um

novo instrumento designado para avaliar a medida que os profissionais envolvem os pacientes nos processos de tomada de decisões. Os autores desenvolveram e validaram a escala OPTION (observing patient involvement), utilizada para avaliar consultas de cuidados primários, para avaliar a qualidade psicométrica, validade e segurança.

Benson et al. (2005) apresentaram o resultado de um estudo observacional e qualitativo que tinha como objetivo comparar satisfação do paciente após consultas de ensino e não ensino e explorar pontos de vista do paciente sobre o possível impacto que o aumento da prática de estudantes de medicina no ensino baseado na comunidade pode ter sobre a prestação de serviço e suas atitudes em relação ao envolvimento direto com os alunos. Como conclusão, obteve-se: a capacitação e satisfação do paciente não foram comprometidas pela participação do estudante na consulta. Pacientes geralmente suportam o ensino de estudantes de medicina em suas consultas, mas esperam ser supridos com informações suficientes e ter a escolha sobre a participação, podendo então dar o consentimento informado.

Os estudos sobre a opinião e a decisão do paciente de participar do ensino médico foram avaliados nesta época sobre diferentes aspectos e cenários.

Choudhury e colaboradores, em 2006, estudaram a influência da etnia na atitude de pacientes frente à presença do estudante de medicina durante as consultas. O estudo foi conduzido em algumas áreas de Londres e foi observado que, comparando com a população branca britânica, a população não branca parece ser mais contrária no que concerne à participação do estudante de medicina. Os autores também destacaram a necessidade de educar o paciente em relação à importância do treinamento de futuros doutores e dos estudantes de medicina se envolverem nas consultas.

Estudos prévios tinham sugerido que experiências de consulta de pacientes com um médico não eram afetadas na presença do estudante de medicina. Assim, Price, Spencer e Walker (2008) realizaram um estudo que visava medir a qualidade da consulta, como a experiência de pacientes quando estudantes estavam presentes. Como método, utilizaram dois questionários previamente validados: o PEI (Patient Enablement Instrument) e o CARE (Care and Relational Empathy). Os

autores descobriram que a qualidade da consulta de clínica geral não foi afetada pela presença do estudante de medicina.

2.6 ENSINO MÉDICO E CENÁRIOS DE PRÁTICA

Simons, Imboden e Martel (1995) escreveram que a mudança para mais experiências clínicas baseadas em ambulatório era resultado das mudanças que ocorreram na prestação de cuidados de saúde nos EUA. Tradicionalmente, o ensino naquela época era direcionado para o hospital, mas surgiu a necessidade de dar uma maior ênfase aos cuidados primários na educação médica. No estudo, foram avaliadas as atitudes dos pacientes frente à participação dos estudantes de medicina em atendimentos de clínica geral. Precisamente, 194 pacientes participaram da pesquisa, sendo a maioria dos componentes do estudo receptiva à participação do estudante de medicina no cenário do ambulatório.

Em 1997, Nair, Coughlan e Hensley realizaram um estudo transversal na Austrália a fim de esclarecer opiniões de pacientes e alunos sobre o ensino à beira do leito. Somente 48% dos alunos relataram que tinham recebido ensino à beira do leito suficiente durante o treinamento de estudante, enquanto que 100% pensavam que o ensino à beira do leito era a forma mais eficaz de aprendizagem das habilidades clínicas. Já a visão do paciente foi avaliada e 68% disseram que com essa metodologia de ensino eles entenderam melhor o próprio problema, e 79% aprovaram esse método.

Destarte, Nair, Coughlan e Hensley (1997) concluem que Medicina é tudo sobre o paciente. Não podemos imaginar como a medicina pode ser ensinada sem pacientes e/ou longe de pacientes. A visita à beira do leito é somente um local onde a anamnese, o exame físico, a empatia e a atitude solidária podem ser ensinadas e aprendidas. Conforme assevera Flexner (1910, p.92), “os fatos estão trancados no paciente. Para o paciente, portanto, ele deve ir”.

Mudanças na medicina e na educação médica têm criado uma demanda por mais ensino médico de Bacharelado, fora do ambiente hospitalar tradicional, segundo recomendava o Conselho Geral de Medicina do Reino Unido. Com isso, várias escolas médicas passaram a expandir o ensino de prática geral, resultando

em aumento do número de estudantes que acompanhavam os cirurgiões gerais. Deste modo, em 1999, O'flynn e colaboradores realizaram uma pesquisa para saber a experiência do paciente que teve o atendimento com cirurgião geral acompanhada por um estudante de medicina. Foi designado um questionário baseado em entrevistas semiestruturadas e era postado para os pacientes que foram atendidos em cirurgias de ensino em Londres e Newcastle. Foram enviados 480 questionários; desses, 335 retornaram e foram considerados para análise. O grau de resposta em Newcastle foi de 79%, e em Londres de 60%, sendo que 95% dos que responderam concordam que o paciente tem importante papel no ensino do estudante de medicina. Pacientes relataram que aprenderam mais e tiveram mais tempo para conversar. No entanto, mais de 10% dos que responderam deixaram a consulta sem dizer o que eles queriam, e 30% acharam mais difícil conversar sobre assuntos pessoais.

Em 1999, Stacy e Spencer realizaram uma pesquisa qualitativa sobre a visão do paciente como professor e o seu papel no ensino baseado na comunidade. O estudo mostrou que pacientes enxergam a eles próprios, claramente, como uma específica contribuição no treinamento e educação dos estudantes de medicina. Isto tem implicação para o maior desenvolvimento do ensino baseado na comunidade.

Em 2003, Townsend e colaboradores realizaram um estudo mais específico que abordava a atitude de pacientes em relação à participação do estudante de medicina na clínica dermatológica. A conclusão neste cenário de prática foi semelhante aos trabalhos anteriores. Os autores concluíram que muitos dos pacientes desse estudo (a maioria) aprovaram a interação com os estudantes e se sentiram confortáveis divulgando informações pessoais. Alguns pacientes preferiram ter um tempo sozinho com o médico. A permissão para a participação do estudante de medicina deve ser solicitada.

Em 2005, a AMEE (The Association for Medical Education in Europe) publicou um manual sobre o ensino clínico em ambulatórios, pois acreditava-se que o ambulatório estava se tornando a chave fundamental da prática médica moderna. O manual apresenta instruções e estratégias para maximizar as oportunidades de aprendizado e vários modelos para organizar o contato estudante-paciente nos ambulatórios. Os diferentes modelos de organização descritos levam em conta o

número de médicos presente, o tamanho do grupo de estudantes e o número de consultórios disponíveis para os estudantes. Assim, em 2005, Dent descreveu os modelos de organização de contato aluno/paciente em ambulatório:

Modelo 1 estudante / 1 médico

Modelo sentado – o estudante senta com o médico e conversam livremente com o paciente.

Modelo de aprendizado – o estudante assume o papel de médico e entrevista o paciente enquanto o médico atua como observador.

Modelo membro de equipe – o estudante sênior entrevista e examina o paciente em uma sala separada, no seu próprio tempo, antes de ser visitado pelo médico. Depois o paciente e aluno vão para a sala principal e o médico entrevista e examina o paciente novamente e o estudante observa o procedimento médico e verifica o que faltou no seu atendimento.

Muitos estudantes / 1 médico

Modelo arquibancada – o médico realiza todo o atendimento e os estudantes ficam observando atrás ou ao lado. Tem como ponto negativo o grande número de estudante, inibindo o paciente e reduzindo o diálogo entre aluno/médico e aluno/paciente.

Modelo supervisionado – cada estudante em uma sala separada entrevista e examina um paciente e depois o médico entra nesta mesma sala, o aluno repassa a entrevista, o médico orienta o aluno, sai da sala e o aluno termina a consulta. O *feedback* é repassado ao aluno após o atendimento.

Modelo de reportar – o aluno sênior em dupla ou sozinho realiza a entrevista e examina o paciente em uma sala sozinho, depois junto com o paciente volta à sala principal onde está o médico, relata ao médico a consulta e o médico realiza os procedimentos finais da consulta.

Modelo de fuga – um médico entrevista um paciente na frente de vários estudantes, depois o paciente é alocado para um estudante e em outra sala o estudante colhe a

história e examina o paciente e termina a consulta, de forma não supervisionada. Se for necessário procedimento invasivo o estudante será supervisionado.

Muitos estudantes / muitos médicos

Modelo de transporte – os médicos consultam simultaneamente, os alunos passam entre eles apresentando os casos de interesse presente. No entanto, alguns pacientes não serão vistos pelos alunos quando estão acompanhando um paciente com outro médico.

Modelo de divisão – o grupo de estudante é dividido entre os médicos na clínica, que pode então proceder usando qualquer um dos modelos descritos anteriormente, dependendo de quantos alunos estão frequentando.

Modelo chinelo – O grupo de estudante gasta metade do tempo com cada médico, que procede usando o método que preferir, mas frequentemente o modelo arquivancada é um dos selecionados. A sessão de ensino prossegue sem pressão, como a lembrança dos pacientes atendidos que estão sendo vistos por um colega. Ao intervalo os alunos mudam para o outro médico.

Modelo tutor – o grupo de estudante permanece com um médico que pode usar algum dos prévios modelos, mas se sente menos constrangidos pelas exigências da clínica, como a oportunidade agora é criada para ver apenas pacientes selecionados com os alunos.

Em 2007 a mesma Associação (AMEE) publicou um manual no qual realizaram uma revisão sobre o que era conhecido sobre a prática da supervisão clínica e educacional, sendo direcionado para quem realiza supervisão médica em cenários de práticas clínicas (KILMINSTER et al., 2000).

Ashley e colaboradores (2009) acreditavam que a dinâmica da consulta de ensino precisava ser mais bem compreendida. Desse modo, elaboraram um estudo qualitativo com a técnica de grupo focal, com o objetivo de descobrir com estudantes, pacientes e médicos um modo de aperfeiçoar a aprendizagem em consultas ambulatoriais. Como resultado, surgiram recomendações para

supervisionar um estudante de medicina em um ambulatório ou cirurgia, recomendações estas pertinentes e instrutivas aos professores de medicina.

Outro aspecto estudado foi ensinar quando o tempo é limitado. Irby e Wilkerson (2008) escreveram em seu artigo que ensinar por meio de pequeno incremento de tempo, durante a assistência ao paciente, pode fornecer grande experiência de aprendizagem para os estagiários. Este artigo averiguou as maneiras com que professores clínicos podem fazer isto, de um modo eficiente de tempo. O ensino clínico enfrenta um desafio assustador de simultaneamente cuidar do paciente e ensinar o aluno em tempo restrito. Um estudo de coorte (WIMMERS; SCHMIDT; SPLINTER, 2006) de 179 estudantes holandeses de medicina, durante o internato localizado em 14 diferentes tipos de clínica, encontraram que a qualidade da supervisão tem um grande impacto na competência clínica e conhecimento do que o número de paciente visto. Já pequenos momentos de ensinamento podem oferecer uma importante oportunidade de aprendizagem para os estagiários, fornecendo a eles novas percepções e habilidades que não iriam adquirir simplesmente vendo pacientes por conta própria.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a percepção dos pacientes quanto à consulta realizada por estudantes de medicina em diferentes cenários.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Delinear o perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa nos cenários de ambulatórios de obstetrícia e pediatria.
- b. Avaliar a percepção das pacientes atendidas por estudantes de Medicina em ambulatórios de obstetrícia.
- c. Avaliar a percepção dos pais ou responsáveis pelas crianças atendidas por estudantes de Medicina em ambulatórios de pediatria.
- d. Avaliar a percepção das pacientes e pais ou responsáveis pelas crianças quanto ao modelo de consulta realizada pelo estudante de Medicina, com supervisão docente mínima e indireta.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 MÉTODO E POPULAÇÃO

Estudo Observacional, uma abordagem quanti-qualitativa, com amostra de conveniência de pacientes atendidos por estudantes do quinto ou sexto ano (Estágio Supervisionado) do Curso de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e da Universidade Anhanguera-Uniderp, em ambulatórios de obstetrícia e pediatria no período de fevereiro de 2012 a novembro de 2014. O estudo avaliou a percepção de gestantes e acompanhantes de crianças assistidas pela primeira vez nos serviços:

- Ambulatório de pré-natal em gestação de alto risco na Faculdade de Medicina (FAMED) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS);
- Ambulatório de pré-natal de baixo risco da UBSF Dr. Fernando de Arruda Torres – José Tavares, conveniada com o Curso de Medicina da Universidade Anhanguera – Uniderp;
- Ambulatório de *follow-up* do prematuro no Centro de Especialidades Médicas – CEMED, da Universidade Anhanguera-Uniderp;
- Ambulatório de puericultura da UBSF Dr. Fernando de Arruda Torres – José Tavares, conveniada com o Curso de Medicina da Universidade Anhanguera – Uniderp.

A amostra deste estudo compreendeu 238 sujeitos ou seus representantes, que foram atendidos nos seguintes cenários:

Ambulatórios de Obstetrícia: 151 gestantes com mais de 18 anos de idade, em primeira consulta de pré-natal.

Ambulatórios de Pediatria: 87 mães maiores de 18 anos, em primeira consulta de pediatria do filho.

Participaram da pesquisa todas as gestantes e mães de crianças que consentiram em fazer parte da pesquisa de opinião, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sabendo que a consulta seria realizada por

aluno de Medicina do 5º ou 6º ano (Estágio Supervisionado) das respectivas escolas médicas, com supervisão docente mínima e indireta.

Foram excluídas do estudo gestantes ou mães com idade inferior a 18 anos, de origem indígena, quilombola ou população privada de liberdade ou sob medida judicial socioeducativa.

4.2 INSTRUMENTOS/QUESTIONÁRIOS

4.2.1 Consultas

A consulta de pré-natal compreende: anamnese, exame físico obstétrico, elaboração de hipótese diagnóstica e conduta. Não foi realizado exame íntimo da paciente.

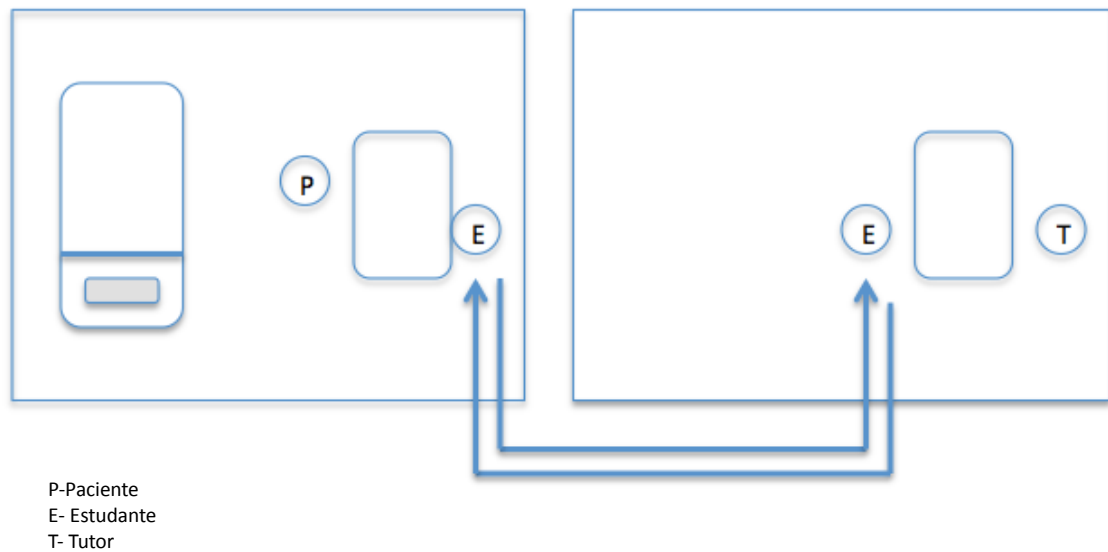
A consulta de pediatria compreende: anamnese, exame físico geral e específico, elaboração de hipótese diagnóstica e conduta.

4.2.2 Supervisão docente mínima

Os estudantes de medicina do Estágio Supervisionado (5º. ou 6º. Ano) realizam a consulta das gestantes ou crianças em um consultório. Logo após, em outra sala, o estudante discute com o professor supervisor todos os elementos da anamnese e exame físico do paciente, estabelece as hipóteses diagnósticas, condutas e estratégias de cuidado/orientação que são anotadas pelo estudante. Então, o estudante de Medicina retorna ao consultório e dá seguimento à consulta, transmitindo ao paciente todos os aspectos discutidos com o professor supervisor.

O professor (Tutor) deve comparecer na sala de consulta do paciente quando o aluno apresentar alguma dúvida específica do exame físico do paciente ou dificuldade na comunicação médico-paciente.

Figura 1 – Modelo de supervisão docente mínima indireta



4.2.3 Procedimentos de coleta de dados

Após as pacientes terem sido registradas no ambiente ambulatorial, o protocolo específico da pesquisa foi-lhes explicado. Uma vez que as pacientes e as mães das crianças confirmaram a intenção de participar do estudo, às mesmas era solicitado que respondessem dois questionários estruturados: um antes e outro após a consulta realizada pelo aluno de Medicina. Os questionários continham questões objetivas e descritivas desenvolvidas com base nos resultados de estudo piloto prévio. O primeiro questionário foi respondido antes da consulta (pré-teste) e o segundo após a consulta (pós-teste). Ambos os questionários foram adaptados, embasando-se nos instrumentos descritos nos estudos de Mercer et al. (2004) e Choudhury et al. (2006). A escala de Likert com cinco pontos (*Discordo fortemente, Discordo, Sem opinião, Concordo, Concordo fortemente*) foi utilizada para avaliar a opinião das pacientes gestantes e das mães das crianças em relação à consulta realizada pelos estudantes de Medicina. Ao final de cada questionário havia uma questão descritiva, solicitando aos participantes que descrevessem três palavras que definissem o que eles sentiram antes e depois de ser realizada a consulta de pré-

natal ou de pediatria por um estudante. Os questionários foram aplicados por estudantes de medicina previamente treinados ou pelo próprio pesquisador.

4.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As respostas dos cinco pontos da escala de Likert (*Discordo fortemente, Discordo, Sem opinião, Concordo, Concordo fortemente*) utilizada nos questionários foram agrupadas em três grupos para fins de análise estatística: Discordo fortemente+Discordo/Sem opinião/Concordo+Concordo fortemente.

Os dados quantitativos extraídos destes questionários foram analisados em tabelas de contingência para comparar as mudanças nas percepções dos participantes da pesquisa antes e após as consultas de pré-natal e pediatria realizadas pelos estudantes de Medicina. A análise estatística foi realizada com o uso do Teste do Qui-quadrado e as associações com $p < 0,05$ foram consideradas significativas.

Os dados qualitativos receberam o tratamento das palavras através do Programa Wordle (site: <http://www.wordle.net>).

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo e seus termos de consentimento foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CAAE 00537712.5.0000.0021), da UFMS, em 05 de janeiro de 2012.

5 RESULTADOS

O perfil sociodemográfico das 151 pacientes atendidas nos ambulatórios de pré-natal de alto e baixo risco é apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico das pacientes dos ambulatórios de pré-natal

	Pré-natal de alto risco	Pré-natal de baixo risco
Amostra	95	56
Cor	52%-Branca	53,6%-Parda
Idade	28,4 anos ($\pm$ 6,3)	24,1 anos ($\pm$ 4,2)
Escolaridade	33%-EMC 25,4%-EFC	42%-EMC 29%-EMI
Gestação	29,8%- 3 ^a gestação	40%-1 ^a gestação
Idade Gestacional na primeira consulta	23,6 sem ($\pm$ 17,9)	12,3 sem ($\pm$ 6,2)

EMI - Ensino médio incompleto

EMC-Ensino médio completo

EFC- Ensino fundamental completo

Fonte: Da pesquisa

O perfil sociodemográfico das mães das 87 crianças atendidas nos ambulatórios de *Follow up* e Puericultura são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – Perfil sociodemográfico dos pacientes e mães das crianças dos ambulatórios de pediatria

	Follow up do prematuro	Puericultura
Amostra	42	45
Cor da criança	61%-Branca	53,3%-Parda
Idade da criança na primeira consulta	75 dias	38 dias
Idade materna	25 anos ($\pm$ 7,1)	25,8 anos ($\pm$ 5,8)
Escolaridade materna	38%- EMI 28,5%-EMC	32%-EMI 25,5%- EMC

EMI- Ensino médio incompleto

EMC- Ensino médio completo

Fonte: Da pesquisa

A tabela 3 demonstra que, antes da consulta, 84,2% das pacientes consultadas no ambulatório de gestação de alto risco entendem que este modelo de atendimento é importante para o aprendizado dos estudantes; 12,6% das pacientes discordavam se ficariam confortáveis com a consulta realizada pelo estudante e 9,5% sem opinião sobre a afirmação; 11,6% discordavam se ficariam confortáveis com o exame realizado pelo estudante, havendo 7,4% sem opinião sobre a afirmação ou 5,3% se confiariam neles, sendo que 14,7% responderam não ter opinião sobre essa afirmação.

Após a consulta, quase todas as gestantes consultadas no ambulatório de gestação de alto risco (96,8%) relataram que se sentiram confortáveis com o atendimento pré-natal, e 98,9% se sentiram confortáveis com o exame físico realizado pelos estudantes, bem como confiança na conduta. As pacientes também confirmaram que retornariam ao ambulatório (96,8%) em consultas subsequentes.

As percepções que apresentaram significância estatística foram: conforto com a consulta do estudante ($p=0,004$); Conforto com o exame físico realizado pelo estudante ($p=0,0012$) e confiança na conduta transmitida pelo estudante ($p=0,004$) (Tabela 3).

Tabela 3 – Percepção das pacientes do pré-natal de alto risco, antes e depois da consulta com estudante de Medicina (n=95)

Percepção	Pré-consulta			Pós-consulta			Valor p
	Discordo n(%)	Sem opinião n(%)	Concordo n(%)	Discordo n(%)	Sem opinião n(%)	Concordo n(%)	
Confortável com a consulta com estudante	12(12,6)	9(9,5)	74(77,9)	1(1,1)	2(2,1)	92(96,8)	0,004*
Confortável com exame físico	11(11,6)	7(7,4)	77(81,0)	1(1,1)	0(0,0)	94(98,9)	0,0012*
Importância para formação médica	3(3,2)	12(12,6)	80(84,2)	0(0,0)	5(5,3)	90(94,7)	0,0833
Confiança na conduta	5(5,3)	14(14,7)	76(80,0)	0(0,0)	1(1,1)	94(98,9)	0,0004*
Intenção de retorno ao ambulatório	1(1,1)	9(9,4)	85(89,5)	1(1,1)	2(2,1)	92(96,8)	0,0939
Habilidade do estudante	4(4,2)	7(7,4)	84(88,4)	0(0,0)	3(3,2)	92(96,8)	0,1378

* Teste do Qui-Quadrado

Fonte: Da pesquisa

A Tabela 4 demonstra que antes da consulta as pacientes do ambulatório de gestação de baixo risco (76,8%) entendem que este modelo de consulta é importante para o aprendizado dos estudantes, mas após a consulta a maioria das pacientes (96,4%) concorda com a importância. Antes da consulta, 26,8% das pacientes discordavam se ficariam confortáveis com a consulta realizada pelo estudante, e 10,7% não emitiram opinião sobre esse aspecto. Além disso, 23,2% discordavam e 14,3 % não tinham opinião se ficariam confortáveis com o exame realizado pelo estudante ou 19,6% se confiariam neles, sendo que 12,5% não tinham opinião.

Após a consulta, 91% das gestantes relataram que se sentiram confortáveis com a consulta de pré-natal, 85,7% se sentiram confortáveis com o exame físico realizado pelos estudantes e 92,8% sentiram confiança na conduta. Todas as pacientes confirmaram que retornariam ao ambulatório (100,0%) em consultas subsequentes.

As percepções que apresentaram significância estatística foram: conforto com a consulta do estudante ($p=0,0015$); conforto com o exame físico realizado pelo estudante ($p=0,0112$); confiança na conduta transmitida pelo estudante ($p=0,0213$) e importância para formação médica ($p=0,0023$) (Tabela 4).

Tabela 4 – Percepção das pacientes do pré-natal de baixo risco, antes e depois da consulta com estudante de Medicina (n=56)

Percepção	Pré-consulta			Pós-consulta			Valor p
	Discordo	Sem opinião	Concordo	Discordo	Sem opinião	Concordo	
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
Confortável com consulta com estudante	15(26,8)	6(10,7)	35(62,5)	3(5,4)	2(3,6)	51(91,0)	0,0015*
Confortável com exame físico	13(23,2)	8(14,3)	35(62,5)	3(5,4)	5(8,9)	48(85,7)	0,0112*
Importância para formação médica	9(16,1)	4(7,1)	43(76,8)	2(3,6)	0(0,0)	54(96,4)	0,0213*
Confiança na conduta	11(19,6)	7(12,5)	38(67,9)	1(1,8)	3(5,4)	52(92,8)	0,0023*
Intenção de retorno ao ambulatório	4(7,1)	4(7,1)	48(85,7)	0(0,0)	0(0,0)	56(100,0)	0,0995
Habilidade do estudante	4(7,1)	5(8,9)	47(83,9)	1(1,8)	1(1,8)	54(96,4)	0,0841

* Teste do Qui-Quadrado.

Fonte: Da pesquisa

Observa-se, na Tabela 5, que a maioria das mães das crianças consultadas no ambulatório de *Follow up* (97,6%), antes da consulta, entendiam que este modelo de consulta era importante para o aprendizado dos estudantes, e, após a consulta, essa percepção era de 100% das mães. Antes da consulta, 21,5% das mães discordavam se ficariam confortáveis com a consulta realizada pelo estudante e 19% não tinham opinião. Ademais, 19% das mães referiram que também não se sentiriam confortáveis em ter seu filho examinado pelo estudante e 11,9% não emitiram opinião, bem como 16,7% das mães não confiariam nas condutas repassadas pelos alunos e 19% não tinham opinião. Após a consulta, todas as mães (100%) relataram que se sentiram confortáveis com o procedimento e 97,6% se sentiram confortáveis vendo o filho ser examinado pelos estudantes, e ainda 92,8% passaram a acreditar nas suas condutas. Adicionalmente, 95,2% das mães informaram que retornariam ao ambulatório de pediatria neste modelo de consulta com supervisão docente mínima e indireta.

As percepções que apresentaram significância estatística foram: Conforto com a consulta do estudante ($p=0,0017$); conforto com exame físico realizado pelo estudante ($p=0,0067$); confiança na conduta ($p=0,0055$) e intenção em agendar retorno ($p=0,0357$) (Tabela 5).

Tabela 5 – Percepção das mães, do *Follow-up* de recém-nascidos prematuros, antes e depois da consulta com estudante de Medicina (n=42)

Percepção	Pré-consulta			Pós-consulta			Valor p
	Discordo	Sem opinião	Concordo	Discordo	Sem Opinião	Concordo	
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
Confortável com consulta com estudante	9(21,5)	8(19,0)	25(59,5)	0(0,0)	0(0,0)	42(100,0)	0,0017*
Confortável com exame físico	8(19,0)	5(11,9)	29(69,1)	1(2,4)	0(0,0)	41(97,6)	0,0067*
Importância para formação médica	0(0,0)	1(2,4)	41(97,6)	0(0,0)	0(0,0)	42(100,0)	0,7741
Confiança na conduta	7(16,7)	8(19,0)	27(64,3)	2(4,8)	1(2,4)	39(92,8)	0,0055*
Intenção de retorno ao ambulatório	2(4,8)	8(19,0)	32(76,2)	1(2,4)	1(2,4)	40(95,2)	0,0357*
Habilidade do estudante	2(4,8)	2(4,8)	38(90,4)	1(2,4)	0(0,0)	41(97,6)	0,4850

*Teste do Qui-Quadrado.

Fonte: Da pesquisa

Observa-se, na Tabela 6, que antes da consulta, a maioria das mães das crianças consultadas no ambulatório de puericultura (93,3%) entendiam que este modelo de consulta era importante para o aprendizado dos estudantes, e, depois da consulta, a percepção foi de 88,8%. Antes da consulta, 26,6% das mães discordavam se ficariam confortáveis com a consulta realizada pelo estudante e 15,5% não tinham opinião sobre essa afirmação. Ademais, 28,8% das mães referiram que também não se sentiriam confortáveis em ter seu filho examinado pelo estudante e 9% não emitiram opinião, bem como 22,2% das mães não confiariam nas condutas repassadas pelos alunos e 13,3% não tinham opinião. Após a consulta, 91,1% das mães relataram que se sentiram confortáveis com a consulta e 82,2% se sentiram confortáveis vendo o filho ser examinado pelos estudantes, e ainda 91% passaram a acreditar nas condutas dos estudantes. Adicionalmente, 97,8% das mães informaram que retornariam ao ambulatório de pediatria neste modelo de consulta com supervisão docente mínima e indireta.

As percepções que apresentaram significância estatística foram: Conforto com a consulta do estudante ($p=0,0013$); Conforto com exame físico realizado pelo estudante ($p=0,0223$) e confiança na conduta ($p=0,0091$) (Tabela 6).

Tabela 6 – Percepção das mães, da puericultura, antes e depois da consulta com estudante de Medicina (n=45)

Percepção	Pré-consulta		Pós-consulta				Valor p
	Discordo	Sem opinião	Concordo	Discordo	Sem opinião	Concordo	
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
Confortável com consulta com estudante	12(26,6)	7(15,5)	26(57,8)	2(4,5)	2(4,5)	41(91,1)	0,0013*
Confortável com exame físico	13(28,8)	4(9,0)	28(62,2)	3(6,7)	5(11,1)	37(82,2)	0,0223*
Importância para formação médica	0(0,0)	3(6,7)	42(93,3)	3(6,7)	2(4,5)	40(88,8)	0,4171
Confiança na conduta	10(22,2)	6(13,3)	29(64,5)	2(4,5)	2(4,5)	41(91,0)	0,0091*
Intenção de retorno ao ambulatório	3(6,7)	6(13,3)	36(80,0)	0(0,0)	1(2,2)	44(97,8)	0,0531
Habilidade do estudante	6(13,3)	3(6,7)	36(80,0)	1(2,2)	2(4,5)	42(93,3)	0,1205

* Teste do Qui-quadrado.

Fonte: Da pesquisa

Figura 2 – Palavras que definem o sentimento das pacientes do pré-natal de alto risco, antes da consulta com o estudante de Medicina



Fonte: Da pesquisa

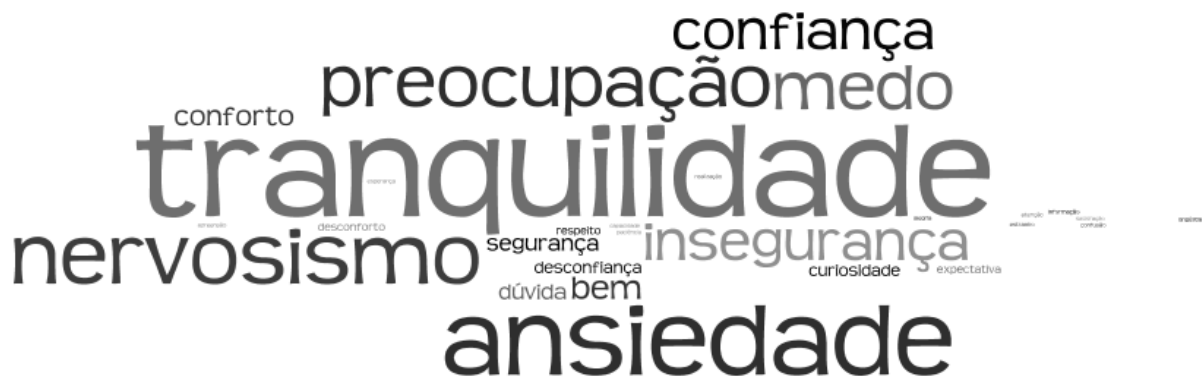
Figura 3 - Palavras que definem o sentimento das pacientes do pré-natal de alto risco, após a consulta com o estudante de medicina



Fonte: Da pesquisa

A análise das palavras citadas pelas pacientes do ambulatório de pré-natal de alto risco, no questionário pré-consulta, revelou que ansiedade (72%) foi a mais frequente palavra presente nas citações. Já no pós-consulta as palavras satisfação (74%) e tranquilidade (54%) foram as mais frequentes (Figura 1 e 2).

Figura 4 - Palavras que definem o sentimento das pacientes do pré-natal de baixo risco, antes da consulta com o estudante de medicina



Fonte: Da pesquisa

Figura 5 - Palavras que definem o sentimento das pacientes do pré-natal de baixo risco, após a consulta com o estudante de medicina



Fonte: Da pesquisa

A análise das palavras citadas pelas pacientes do ambulatório de pré-natal de baixo risco, no questionário pré-consulta, revelou que ansiedade estava presente em 33,9% das citações e tranquilidade em 35,7%. Já no pós-consulta as palavras satisfação (66%) e tranquilidade (64,3%) foram as mais frequentes (Figura 3 e 4).

Figura 8 - Palavras que definem o sentimento das mães das crianças do ambulatório de puericultura da UBSF, antes da consulta com o estudante de medicina



Fonte: Da pesquisa

Figura 9 - Palavras que definem o sentimento das mães das crianças do ambulatório de puericultura da UBSF, após a consulta com o estudante de medicina



Fonte: Da pesquisa

A análise das palavras citadas pelas mães das crianças consultadas no ambulatório de Puericultura, no questionário pré-consulta, revelou que confiança (44,4%) e tranquilidade (46,6%) foram as mais frequentes palavras citadas. Já no pós-consulta as palavras mais citadas foram: satisfação (82,2%) e confiança (68,8%) (Figura 7 e 8).

6 DISCUSSÃO

Nessa pesquisa observamos que a média da idade gestacional da primeira consulta no Ambulatório de Gestação de Alto Risco foi de 23,6 semanas enquanto que no Ambulatório de Baixo Risco a média da idade foi 12,3 semanas. Essa diferença tem provável explicação porque as gestantes iniciam o pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde e são encaminhadas ao ambulatório especializado somente quando foi considerado que será uma gestação de risco, segundo os critérios estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde.

A idade média da primeira consulta de pediatria no Ambulatório de *Follow-up* foi de 75 dias, enquanto que no de Puericultura foi de 38 dias, ou seja, a criança demorou quase o dobro do tempo para iniciar acompanhamento no ambulatório especializado para seguimento de recém-nascido de risco. Essa observação tem explicação no fato que a alta hospitalar das crianças nascidas prematuras pode ocorrer mais tardiamente, em decorrência de complicações e do tempo de internação no período neonatal.

Quando avaliamos a escolaridade das gestantes do estudo, observamos que no Ambulatório de Gestação de Alto Risco menos de 50% atingiram o ensino médio, enquanto que no Ambulatório de Baixo Risco 71% alcançaram o ensino médio. Na literatura, há estudos identificando a baixa escolaridade como fator de risco para o nascimento de baixo peso e/ou prematuridade (KILSZTAJN et al., 2003).

É aceito que a experiência de aprendizado dos estudantes durante a graduação é determinada por múltiplos fatores ligados ao ambiente, estrutura das atividades de aprendizado e oportunidades para praticar a clínica. Uma variedade de diferentes modelos de organização da interação estudante/paciente em consultas ambulatoriais tem sido descrita. Estes modelos levam em conta o número de médicos presente, o tamanho do grupo de estudante e o número de salas disponíveis para o uso dos estudantes. Cada modelo tem vantagens e desvantagens. Alguns são mais adequados para usar com um único estudante e outros ajudam no gerenciamento de um grande grupo de estudantes (DENT, 2005).

O ambulatório tem uma riqueza de histórias clínicas e achados específicos de exame físico, ao contrário dos pacientes internados que não têm acometimentos agudos. Diferentes habilidades podem ser demonstradas e desenvolvidas nos ambulatórios de especialidades (STEARNES; GLASSER, 1993).

Este estudo demonstrou mudança positiva na percepção das pacientes e mães dos pacientes, quanto à presença de estudante de medicina, em diferentes ambulatórios: de obstetrícia de alto risco e baixo risco, *follow-up* do prematuro e puericultura atendidos com supervisão docente mínima e indireta.

Um dos aspectos avaliados nesse trabalho foi se a gestante ou mãe da criança se sentiam confortável com a consulta sendo realizada pelo estudante de medicina. Enquanto o questionário pré-consulta indicou que algumas gestantes (62-77%) e mães (57-60%) não se sentiam confortáveis com a consulta sendo realizada pelo estudante de medicina, após a consulta do estudante mais de 90% das gestantes e mães modificaram essa percepção e apresentaram um sentimento positivo ao atendimento do estudante nos diferentes cenários. Nos trabalhos de Cooke et al. (1996), Townsend et al. (2003) e Choudhury et al. (2006) respectivamente, 97% dos pacientes que participaram da pesquisa apresentaram resposta positiva à presença do estudante, 94,2% aprovaram a interação com o estudante e 92% concordaram em permitir a presença do estudante de medicina durante a consulta apresentando, portanto, resultados semelhantes ao do nosso estudo.

Outro aspecto avaliado nessa pesquisa foi se a gestante ou mãe da criança se sentiam confortável com o exame físico sendo realizado pelo estudante de medicina. Antes da consulta algumas gestantes (62-81%) e mães (62-70%) demonstraram insegurança quanto à possibilidade do exame físico ser realizado pelo estudante de medicina, sendo que as mães se mostraram menos confortável com o exame dos filhos do que as gestantes. No entanto, após a consulta, os resultados indicaram que quase todas as gestantes (85-99%) e mães dos pacientes (82-98%) se sentiram confortáveis com o exame físico realizado pelo estudante de medicina, nos cenários pesquisados.

O tipo de atendimento realizado pelo estudante de medicina pode influenciar na decisão e consentimento do paciente. Em 1974, Wright relatou que até 40% dos pacientes preferia não conversar sobre ansiedades pessoais, problemas familiares ou problemas sexuais na presença de um estudante. Segundo O'flynn, Spencer e Jones (1997) 95% dos pacientes concordariam com a presença do estudante se eles estivessem consultando por um problema de infecção no pulmão, mas 50% dos pacientes concordariam com a presença do estudante de medicina se um exame interno fosse necessário e menos de 50% concordariam com a presença do estudante se fossem consultar por um problema sexual. Spencer et al. (2000) em um artigo de revisão também escreveu que a atitude do paciente depende da prioridade pessoal e da natureza da queixa apresentada. Comparando com esta pesquisa, antes da consulta as gestantes e mães também apresentaram um percentual menor quanto a se sentirem confortável com o exame físico realizado pelo estudante, contudo essa percepção tornou-se favorável com mais de 80% das gestantes e mães se manifestando confortável com o exame físico. Cabe ressaltar que não foi realizado exame íntimo ou invasivo nas gestantes e crianças.

Neste estudo as gestantes e mães dos pacientes reconheceram que este modelo de atendimento médico é importante para os estudantes de medicina como parte de sua formação. Nos quatro cenários de atendimento, mais de 88% das gestantes e mães das crianças consideraram a importância da participação do paciente para a formação do estudante de medicina. Essa percepção do paciente também foi relatada na revisão apresentada por Spencer et al. (2000) onde descreve que muitos estudos têm mostrado a satisfação do paciente nos encontros de ensino em diferentes cenários. O nível de satisfação relatado é alto, sendo que o maior elemento aparentemente é a satisfação de ajudar na educação e treinamento de médicos como uma demonstração de gratidão por ter sido ajudado por eles. Em concordância com o estudo, Stacy e Spencer (1999) e Coleman e Murray (2002) realizaram estudos para determinar a percepção e sentimento dos pacientes de um programa de ensino baseado na comunidade. Como resultado eles encontraram que os pacientes apreciaram o envolvimento do estudante de medicina no ensino baseado na comunidade e perceberam eles próprios como valiosa contribuição.

Por conseguinte, a maioria das gestantes e mães confirmaram a intenção de continuar o acompanhamento nos serviços citados e reconheceram que os estudantes estão adequadamente capacitados para estes cuidados. No ambulatório de *Follow-up* de recém-nascidos prematuros a intenção de agendar o retorno ao ambulatório foi estatisticamente significativa ($p=0,0357$). Essa alta aceitação dos estudantes foi previamente relatada em cenários não obstétricos (TOWNSEND et al., 2003):

A elevada aceitação da realização de consultas por estudantes foi previamente encontrada por O'flynn, Spencer e Jones (1997) quando 95% dos pacientes declararam que se sentiram felizes em ter estudantes presentes durante sua consulta. Townsend et al. (2003) relatam que 94% dos pacientes em uma clínica dermatológica apreciaram a interação do estudante de medicina e notaram que os estudantes entenderam suas necessidades em saúde (92%). Nos estudos citados anteriormente o aluno apenas acompanha o preceptor durante a consulta, diferentemente do que ocorreu no estudo atual, onde o aluno realiza a parte inicial da consulta (história e exame físico) e só depois discute a (s) hipótese (s) diagnóstica(s), conduta(s) e orientação(es) com o preceptor em sala separada, depois retorna ao paciente sozinho para finalizar a consulta.

Outro ponto de destaque no modelo de supervisão docente mínima e indireta é que além de ser possível a aplicação em cenários com restrição de recursos humanos docentes, o *feedback* do preceptor em relação ao atendimento do estudante é imediato. É dada ao aluno a oportunidade de discutir a queixa dos pacientes em conjunto com o preceptor. Também é possível definir a conduta e estratégias de cuidado/orientação a serem transmitidas aos pacientes, o que estimula o raciocínio clínico do aluno, sempre com o apoio do professor. Estas discussões realizadas fora da visão dos pacientes torna mais ético o processo, reduzindo a ansiedade das pacientes em ouvir a passagem dos casos em termos técnicos. O aluno volta à sala de consulta já com as condutas definidas e discute-as com as pacientes, tornando o ato da consulta mais próximo do real.

O ensino clínico em ambiente ambulatorial com supervisão docente mínima e indireta oferece ao estudante a oportunidade para praticar o aprendizado em

ambiente que fornece situações semelhantes à “vida-real” de um médico. (FIGUEIRÓ-FILHO et al., 2014).

A percepção das pacientes e mães das crianças quanto à confiança na conduta repassada pelo estudante foi avaliada nesse trabalho antes e após a consulta. Encontramos valores significativos e positivos ($p < 0,05$) quanto à confiança na conduta dos alunos nos quatro cenários avaliados, demonstrando aspectos positivos na qualidade da consulta com supervisão docente mínima e indireta.

Os resultados deste estudo demonstraram uma boa percepção das pacientes e das mães das crianças consultadas por estudantes de medicina com supervisão docente mínima e indireta, em ambulatórios de alta complexidade e de atenção primária à saúde, sendo os resultados estatisticamente significantes para os aspectos de sentir confortável com a consulta, com o exame físico e com a conduta tomada pelo estudante de medicina nos quatro cenários avaliados.

Pill e Tapper-Jones em 1993, apresentaram um estudo de caso onde os estudantes do primeiro ano da clínica geral da Universidade de *Wales College of Medicine* acompanhavam uma família que tinha recentemente tido um novo bebê até a criança atingir 1 ano de vida. Os autores do estudo relataram que a maioria dos alunos foi capaz de conduzir seu próprio aprendizado, melhorando a competência como resultado, segundo opinião das mães.

Comparado com este estudo onde quase todas as mães dos pacientes se sentiram confortáveis com o atendimento dos estudantes e também confiaram neles, a dinâmica da supervisão mínima e indireta permite o desenvolvimento da autonomia do estudante e aprimoramento de habilidades e competências.

Observamos através da análise das palavras que definiam o sentimento dos pacientes e responsáveis pelas crianças, antes da consulta com o estudante de medicina, nos ambulatórios de maior complexidade, gestação de alto risco e *follow up* do prematuro, que demonstraram sentimentos de aflição, apreensão e esperança e que após a consulta o sentimento tornou-se positivo representando o bom desempenho do estudante na consulta. Nos ambulatórios de baixa complexidade, gestação de baixo risco e puericultura, observamos que mesmo antes da consulta

com o estudante de medicina os pacientes já apresentavam sentimento de tranquilidade, que pode ser explicado pela possibilidade do paciente já ter sido consultado por um aluno no cenário de clínica geral, já que a UBSF onde foi realizado o estudo é uma unidade vinculada à Universidade Anhanguera-Uniderp.

Neste estudo acreditamos que fatores das habilidades comunicativas dos estudantes devem ter seu papel na percepção das pacientes. Os resultados positivos generalizados do pós-teste podem indicar que a cordialidade dos estudantes durante a consulta pode ter afetado as respostas do paciente (VAN RYN; SAHA, 2011). As respostas dos pacientes também poderiam ser positivamente influenciadas devido ao formato de administração e conteúdo dos questionários.

Esses resultados preliminares evidenciam que o modelo de atendimento com mínima e indireta supervisão docente foi reconhecido pelas pacientes em ambientes de recursos humanos docentes limitados e em diferentes cenários de prática educacional. Mais pesquisas para avaliar o desempenho real do estudante dentro de um modelo de supervisão mínima são necessárias e se há influência da quantidade de anos de treinamento do aluno, pois o estudo foi realizado com alunos do quinto e sexto ano da graduação. Além disso, a relação professor-aluno apropriada pode ser investigada em estudos futuros para determinar a proporção ideal preceptor/aluno para modelo ambulatorial de ensino proposto com supervisão mínima docente.

7 CONCLUSÃO

Os dados obtidos neste trabalho permitem concluir que:

- 1) A escolaridade das pacientes atendidas no Ambulatório de Gestação de Alto Risco   menor que das pacientes do Ambulatório de Gestação de Baixo Risco.
- 2) A primeira consulta da gestante no ambulatório de Gestação de Alto Risco e da criança no ambulatório de *Follow up* do prematuro aconteceram tardiamente.
- 3) Houve mudança de percepção, comparando antes e após a consulta, das gestantes e mães das crianças favoráveis ao atendimento do estudante de medicina.
- 4) O modelo de atendimento com supervisão docente mínima e indireta foi bem aceito pelas pacientes que receberam atendimento nos cenários de alta complexidade e atenção primária   saúde.
- 5) O atendimento com supervisão docente mínima e indireta mostrou ser bem aceito no atendimento de pré-natal e pediatria.
- 6) Estudos precisam ser realizados para avaliar a adequação pedagógica da metodologia de supervisão docente mínima indireta para o ensino da medicina.

Recomendações:

- O atendimento com supervisão docente mínima e indireta requer número menor de docente por aluno, com uma sala de atendimento por aluno.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, J. L. **Duzentos anos de ensino médico no Brasil**. 2007. 213 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2007.
- ASHLEY, P. et al. 'They've all got to learn'. Medical students' learning from patients in ambulatory (outpatient and general practice) consultations. **Med Teach.**, v. 31, n. 2, p. e 24-31, feb. 2009.
- BALLESTER, D. et al. A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico. **Rev bras educ med.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 598-606, out./dez. 2010.
- BENSON, J. et al. Impact on patients of expanded, general practice based, student teaching: observational and qualitative study. **BMJ**, v. 331, n.7508, p.89, jul. 2005.
- CHOUDHURY, T. R. et al. Patients' attitudes towards the presence of medical students during consultations. **Med Teach.** v. 28, n. 7, p. e198-203, nov. 2006.
- COELHO, I. B. **As propostas de modelos alternativos em saúde**. 2009. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2147.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2015.
- COLEMAN, K.; MURRAY, E. Patient's views and feelings on the community-based teaching of undergraduated medical students: a qualitative study. **Fam Pract.**, v. 19, n. 2, p. 183-188, apr. 2002.
- COOKE, F. et al. Medical students in general practice: how do patients feel? **Br J Gen Pract.**, v. 46, n. 407, p. 361–362, jun. 1996.
- DE MARCO, M. A.; CITERO, V. A.; MARTINS, L. A. N. Revisando conceitos: o papel da psiquiatria moderna no hospital geral e na atenção primária. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 188, jun. 2007.
- DENT, J. A. AMEE Guide N^o 26: clinical teaching in ambulatory care settings: making the most of learning opportunities with outpatients. **Med Teach.**, v. 27, n. 4, p. 302-315, jun. 2005.
- ELWYN, G. et al. Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement. **Qual Saf Health Care.**, v. 12, n. 2, p. 93-99, apr. 2003.
- FIGUEIRÓ-FILHO, E. A. et al. Clinical teaching with minimal and indirect supervision. **Med Educ.**, v. 48, n. 5, p. 530, may 2014.
- FLEXNER, A. **Medical education in the United States and Canada bulletin number four**. New York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910.

HOWE, A.; ANDERSON, J. Involving patients in medical education. **BMJ**, v. 327, n. 7410, p. 326-328, aug. 2003.

HUBNER, L. C. M.; FRANCO, T. B. O programa médico da família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 173-191, jan./apr. 2007.

IRBY, D. M.; WILKERSON, L. Teaching when time is limited. **BMJ**, v. 336, n. 7640, p. 384-387, feb. 2008.

KILMINSTER, S. M.; JOLLY, B. C. Effective supervision in clinical practice settings: a literature review. **Med Educ.**, v. 34, n. 10, p. 827-840, oct. 2000.

KILSZTAJN, S. et al. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 303-310, 2003.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 49-70, mar./jun. 2001.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, ago. 2010.

LEITHNER, K. et al. Prenatal care: the patient's perspective. A qualitative study. **Prenat Diagn.** v. 26, n. 10, p. 931-937, oct. 2006.

LEWIS, J. R. Patient views on quality care in general practice: literature review. **Soc Sci Med.**, v. 39, n. 5, p. 655-670, sep. 1994.

LYONS, A. S.; PETRUCELLI, R. J. **Medicine**: an illustrated history. New York: Abrams, 1978.

MERCER, S. W. et al. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. **Fam Pract.**, v. 21, n. 6, p. 699-705, dec. 2004.

NAIR, B. R.; COUGHLAN, J. L.; HENSLEY, M. J. Student and patient perspectives on bedside teaching. **Med Educ.**, v. 31, n. 5, p.341-346, sep. 1997.

NEVES, N. M.B.C.; NEVES, F. B. C. S.; BITENCOURT, A. G.V. O ensino médico no Brasil: origens e transformações. **Gaz méd. Bahia**, v. 75, n. 2, p. 162-168, jul./dez. 2005.

O'FLYNN, N.; SPENCER, J.; JONES, R. Consent and confidentiality in teaching in general practice: survey of patients' views on presence of students. **BMJ**, v. 315, n. 7716, p. 1142, nov. 1997.

O'FLYNN, N.; SPENCER, J.; JONES, R. Does teaching during a general practice consultation affect patient care? **Br J Gen Pract.** v. 49, n. 438, p. 7-9, jan. 1999.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, dez. 2008.

PILL, R. M.; TAPPER-JONES, L. M. An unwelcome visitor? The opinions of mothers involved in a community-based undergraduate teaching project. **Med Educ.**, v. 27, n. 3, p. 238-244, may 1993.

PRICE, R.; SPENCER, J.; WALKER, J. Does the presence of medical students affect quality in general practice consultations? **Med Educ.**, v. 42, n. 4, p. 374-381. apr. 2008.

REZENDE, J.M. A medicina na passagem do milênio. In: _____. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina**. São Paulo: Unifesp, 2009. p. 281-295. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/8kf92/pdf/rezende-9788561673635.pdf>>. Acesso em: 04 ago.2015.

RIBEIRO, M. M. F.; AMARAL, C. F. S. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. **Rev bras educ med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 90-97, mar. 2008.

SAIPPA-OLIVEIRA, G.; FERNANDEZ, V. S.; KOIFMAN, L. Trabalho e formação: diálogos necessários para a construção de práticas do cuidado. In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G. (Orgs.). **10 anos do projeto integralidade: por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS-UERJ, Abrasco, 2010. p.297-312.

SANTOS, W. S. Organização curricular baseada em competência na educação médica. **Rev bras educ med.**, v. 35, n. 1, p. 86-92, 2011.

SAYER, M. et al. Use of patients in professional medical examinations: current UK practice and the ethicolegal implications for medical education. **BMJ**, v. 324, p. 404-407, feb. 2002.

SIMÕES, M. L. O surgimento das universidades no mundo e sua importância para o contexto da formação docente. **Revista Temas em Educação**, João Pessoa, v. 22, n. 2, p. 136-152, jul./dez. 2013.

SIMONS, R. J.; IMBODEN, E.; MARTEL, J. K. Patient attitudes toward medical student participation in a general internal medicine clinic. **J Gen Intern Med.**, v.10, n. 5, p. 251-254, may 1995.

SOUSA, A. Tavares de. **Curso de História da medicina: Das origens aos fins do século XVI**. 2ª. Edição. Serviço de educação: Fundação Calouste Gulbenkian. 1996.

SPENCER, J. et al. Patient-oriented learning: a review of the role of the patient in the education of medical students. **Med Educ.**, v. 34, n. 10, p. 851-857, oct. 2000.

STACY, R.; SPENCER, J. Patients as teachers: a qualitative study of patients' views on their role in a community-based undergraduate project. **Med Educ.**, v. 33, n. 9, p. 688-694, sep. 1999.

STEARNS, J. A.; GLASSER, M. How ambulatory care is different: a paradigm for teaching and practices. **Med Educ.**, v. 27, n. 1, p. 35-40, jan. 1993.

STEWART, M. et al. The impact of patient-centered care on outcomes. **J Fam Pract.**, v. 49, n. 9, p. 796-804, sep. 2000.

SUKIENNIK, R.; MOURA, V.; BOLLELA, V. Communication gaps in a teaching pediatric outpatient scenario. **Med Educ.**, v. 46, n. 5, p. 509, may 2012.

TOWNSEND, B. et al. Patients' attitudes toward medical student participation in a dermatology clinic. **J Am Acad Dermatol.**, v. 49, n. 4, p. 709-711, oct. 2003.

VAN RYN, M.; SAHA, S. Exploring unconscious bias in disparities research and medical education. **JAMA**, v. 306, n. 9, p. 995-996, sep. 2011.

WIMMERS, P. F.; SCHMIDT, H. G.; SPLINTER, T. A. Influence of clerkship experiences on clinical competence. **Med Educ.**, v. 40, n. 5, p. 450-458, may 2006.

WRIGHT, H. J. Patients' attitudes to medical students in general practice. **BMJ**, v. 1, n. 5904, p. 372-376, mar. 1974.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

A Sra. está sendo convidada para participar como voluntária da pesquisa intitulada: **“Atitude das pacientes em relação à presença de estudantes de medicina em ambulatórios de obstetrícia e pediatria”**, conduzida por Lucylea Pompeu Muller Braga, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, e orientada pelo Professor Doutor Ernesto A. Figueiró Filho, desta mesma universidade. O referido trabalho será realizado de acordo com as normas da Pró-Reitoria de Pesquisa e Graduação.

A presença de acadêmicos de Medicina durante as consultas médicas em hospitais escola do país é marcante. Com esse estudo queremos avaliar a atitude das pacientes em relação à presença de estudantes de medicina durante as consultas em ambulatório de gestação de alto risco e de pré-natal de baixo risco. Analisaremos o que as paciente pensam sobre a presença de estudantes de Medicina durante a consulta, se há fatores que prejudicam ou auxiliam nesta percepção. Vamos analisar ainda qual o grau de empatia entre as pacientes e os acadêmicos e se há fatores que influenciam esta empatia.

A participação na pesquisa é voluntária e você poderá negar a participar da mesma ou deixar de participar a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer efeito negativo à sua pessoa ou ao seu atendimento de consulta. Se concordar em participar no estudo, manteremos **sigilo absoluto** de sua identidade, interessando apenas as informações recebidas. Você responderá **APENAS** às perguntas. Não será feito absolutamente nada diferente, a não ser a aplicação de questionários antes e após a consulta. Se você concordar em participar, você autorizará o uso dessas informações. A Sra. não receberá nenhuma medicação, não será submetida a nenhum procedimento médico ou realizará exames diferentes em decorrência dessa pesquisa. A qualquer momento a Sra. poderá deixar de participar do estudo ou solicitar que seus dados sejam retirados, bastando apenas entrar em contato com a pesquisadora Lucylea pelo telefone (67) 3026-8304 ou com Dr. Ernesto pelo telefone (67) 3345-3138 às terças e quintas das 07h às 11h ou ainda, o participante pode ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa junto à Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da UFMS (3345-7187).

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo: Atitude e grau de empatia das pacientes em relação à presença de estudantes de medicina em ambulatórios de obstetrícia e pediatria. Declaro ainda que fui devidamente informada e esclarecida pelo pesquisador Ernesto Antônio Figueiró-Filho sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o direito de a qualquer momento retirar o meu consentimento de participação sem que tal medida me penalize ou interrompa os meus direitos de acompanhamento, assistência e tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS).

Firmo o presente em duas vias de igual teor.

Campo Grande, ____/____/____, _____
(Local, Data e Assinatura)

APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO DE PEDIATRIA – PRÉ-CONSULTA

Percepção dos pais ou responsáveis pelos pacientes sobre a consulta de pediatria realizada por estudantes de medicina em ambulatório.

Prontuário número: _____ Data da consulta: _____ Consulta realizada por: _____

Por favor, responda as questões abaixo ANTES da consulta do seu filho, de acordo com suas expectativas sobre o atendimento a ser realizado pelo estudante.

Afirmações	 Discordo fortemente	 Discordo	 Sem opinião	 Concordo	 Concordo fortemente
1. O meu filho já foi atendido por estudante de medicina durante consulta de pediatria.					
2. Estou informada de que a consulta de pediatria é realizada pelo estudante de medicina, que a discute com o professor.					
3. Acredito que me sentirei confortável com o estudante realizando a consulta de pediatria do meu filho.					
4. Acredito que me sentirei confortável ao observar meu filho ser examinado por estudante de medicina no atendimento de pediatria.					
5. É importante para a formação médica que o atendimento durante as consultas de pediatria seja realizado pelos estudantes de medicina.					
6. Acho que vou sentir confiança na conduta (informações, recomendações, prescrições e cuidados) que será passada a mim pelo estudante de medicina após a consulta.					
7. Tenho a intenção de agendar o retorno do meu filho neste Ambulatório após a consulta do estudante de medicina.					
8. Eu acredito que o aluno de medicina seja capaz de realizar uma boa consulta de pediatria.					

Cite 3 (três) palavras que definam o que **você sente ANTES** de ser atendida por um estudante de medicina, na consulta de pediatria:

- _____
- _____
- _____

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DE PEDIATRIA - PÓS-CONSULTA

Percepção dos pais ou responsáveis pelos pacientes sobre a consulta de pediatria realizada por estudantes de medicina em ambulatório.

Prontuário número: _____ Data _____ da consulta: _____ Consulta realizada por: _____

Por favor, responda as questões abaixo **APÓS** a consulta do seu filho, de acordo com suas impressões sobre o atendimento realizado pelo estudante:

Afirmações	 Discordo fortemente	 Discordo	 Sem opinião	 Concordo	 Concordo fortemente
1. O Estudante que realizou a consulta de pediatria do meu filho me deixou à vontade, sendo amigável e tratando-me com respeito.					
2. O Estudante permitiu que eu contasse a “história” do meu filho, dando tempo para que eu pudesse descrever completamente a situação em minhas próprias palavras.					
3. O estudante ouviu com atenção o que eu estava dizendo sobre meu filho.					
4. O estudante soube buscar os detalhes relevantes sobre a vida do meu filho, nossa situação, e foi atencioso com as necessidades do meu filho.					
5. O estudante me ajudou a esclarecer as dúvidas, dando todas as informações necessárias com clareza.					
6. O estudante me deixou livre para fazer perguntas, quando necessário.					
7. O estudante me deixou participar da consulta, envolvendo-me nas decisões sobre meu filho, não ignorando a minha opinião.					
8. O estudante explicou que iria discutir o caso com o professor e depois retornaria para passar as orientações.					
9. O estudante, após retornar da sala de discussão de casos com o professor, explicou de forma clara as orientações sobre meu filho.					
10. Eu me senti confortável com o estudante realizando a consulta de pediatria do meu filho.					
11. Eu me senti confortável ao observar meu filho ser examinada por estudantes de medicina, no atendimento de pediatria.					
12. É importante para a formação médica que o atendimento durante as consultas de pediatria seja realizado pelos estudantes de medicina.					
13. Eu senti confiança na conduta (informações, recomendações, prescrições e cuidados) que foi passada sobre meu filho, pelo estudante de medicina após a consulta.					
14. Não vejo problemas em realizar outras consultas de pediatria com estudantes de medicina.					
15. Eu irei agendar o retorno do meu filho neste Ambulatório.					
16. Eu acredito que o aluno de medicina seja capaz de realizar uma boa consulta de pediatria.					
17. Eu senti satisfeita com o atendimento do meu filho neste Ambulatório.					
Cite 3 (três) palavras que definam o que você sentiu DEPOIS do seu filho ser atendido por um estudante de medicina, na consulta pediátrica. _____ _____ _____					

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO DO PRÉ-NATAL - PRÉ-CONSULTA

Percepção das pacientes sobre a consulta de pré-natal realizada por estudantes de medicina em ambulatório

Prontuário número: _____ Data da consulta: _____ Consulta realizada por: _____

Por favor, responda as questões abaixo ANTES da sua consulta, de acordo com suas expectativas sobre o atendimento a ser realizado pelo estudante.

Afirmarões	 Discordo fortemente	 Discordo	 Sem opinião	 Concordo	 Concordo fortemente
1. Já fui atendida por estudante de medicina durante consulta de pré-natal.					
2. Estou informada de que a consulta do pré-natal é realizada pelo estudante de medicina, que a discute com o professor.					
3. Acredito que me sentirei confortável com o estudante realizando minha consulta pré-natal.					
4. Acredito que me sentirei confortável ao ser examinada por estudante de medicina no atendimento pré-natal (exame não ginecológico).					
5. É importante para a formação médica que o atendimento durante as consultas de pré-natal seja realizado pelos estudantes de medicina.					
6. Acho que vou sentir confiança na conduta (informações, recomendações, prescrições e cuidados) que será passada a mim pelo estudante de medicina após a consulta.					
7. Tenho a intenção de agendar meu retorno neste Ambulatório após a consulta do estudante de medicina.					
8. Eu acredito que o aluno de medicina seja capaz de realizar uma boa consulta de pré-natal.					
Cite 3 (três) palavras que definam o que você sente ANTES de ser atendida por um estudante de medicina, na consulta pré-natal: - _____ - _____ - _____					

APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO DO PRÉ-NATAL - PÓS-CONSULTA

Percepção das pacientes sobre a consulta de pré-natal realizada por estudantes de medicina em ambulatório

Prontuário número: _____ Data da consulta: _____ Consulta realizada por: _____

Por favor, responda as questões abaixo **APÓS** sua consulta, de acordo com suas impressões sobre o atendimento realizado pelo estudante:

Afirmações	 Discordo fortemente	 Discordo	 Sem opinião	 Concordo	 Concordo fortemente
1. O Estudante que realizou minha consulta de pré-natal me deixou à vontade, sendo amigável e tratando-me com respeito.					
2. O Estudante permitiu que eu contasse a minha “história”, dando tempo para que eu pudesse descrever completamente minha situação em minhas próprias palavras.					
3. O estudante ouviu com atenção o que eu estava dizendo.					
4. O estudante soube buscar os detalhes relevantes sobre minha vida, minha situação, e foi atencioso com minhas necessidades.					
5. O estudante me ajudou a esclarecer as dúvidas, dando todas as informações necessárias com clareza.					
6. O estudante me deixou livre para fazer perguntas, quando necessário.					
7. O estudante me deixou participar da consulta, envolvendo-me nas decisões, não ignorando a minha opinião.					
8. O estudante explicou que iria discutir o caso com o professor em outra sala e depois retornaria para passar as orientações.					
9. O estudante, após retornar da sala de discussão de casos com o professor, explicou de forma clara as orientações do meu caso.					
10. Eu me senti confortável com o estudante realizando minha consulta pré-natal.					
11. Eu me senti confortável ao ser examinada (exame não ginecológico) por estudantes de medicina, no atendimento pré-natal.					
12. É importante para a formação médica que o atendimento durante as consultas de pré-natal seja realizado pelos estudantes de medicina.					
13. Eu senti confiança na conduta (informações, recomendações, prescrições e cuidados) que foi passada a mim pelo estudante de medicina após a consulta.					
14. Não vejo problemas em realizar outras consultas de pré-natal com estudantes de medicina.					
15. Eu irei agendar meu retorno neste Ambulatório.					
16. Eu acredito que o aluno de medicina seja capaz de realizar uma boa consulta de pré-natal.					
17. Eu me senti satisfeita em ser atendida neste Ambulatório.					
Cite 3 (três) palavras que definam o que você sentiu DEPOIS de ser atendida pelo estudante: _____ _____ _____					

**APÊNDICE F – TABELA COM PALAVRAS QUE DEFINEM O SENTIMENTO DOS
PACIENTES NOS CENÁRIOS DE OBSTETRÍCIA E
PEDIATRIA, ANTES E APÓS A CONSULTA COM
ESTUDANTE DE MEDICINA.**

AMBULATÓRIOS	ANTES CONSULTA	APÓS CONSULTA
GESTÇÃO DE ALTO RISCO	72%- ANSIEDADE	74%SATISFAÇÃO 54%-TRANQUILIDADE
GESTÇÃO DE BAIXO RISCO	33,9%-ANSIEDADE 35,7%-TRANQUILIDADE	66%-SATISFAÇÃO 64,3%-TRANQUILIDADE
FOLLOW-UP DO PREMATURO	40%-ANSIEDADE 40%-PREOCUPAÇÃO 40%- TRANQUILIDADE	76%-SATISFAÇÃO 50%-CONFIANÇA
PUERICULTURA	46,6%-TRANQUILIDADE 44,4%-CONFIANÇA	82,2%-SATISFAÇÃO 68,8%-CONFIANÇA

APÊNDICE G - ARTIGO ENVIADO PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA BRASILEIRA DE
EDUCAÇÃO MÉDICA

**Supervisão Docente Mínima e Indireta: Percepções das Pacientes em Ambulatórios de
Obstetrícia e Pediatria**

**Minimal and Indirect Faculty Supervision: Perceptions of patients of an Obstetrics and
a Pediatrics Outpatient Services**

Ernesto Antônio Figueiró Filho¹

Bruna Costa Santos¹

Maicon Fellipe Gheller¹

Daniela Nunes Shinzato¹

Lígia Rodrigues Simonetti¹

Lucylea Pompeu Muller Braga²

1- Faculdade de Medicina (FAMED), Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

2- Curso de Medicina, Universidade Anhanguera-Uniderp.

RESUMO

Objetivo: Conhecer a percepção das pacientes sobre a consulta realizada por estudante de Medicina, com supervisão docente mínima e indireta. **Método:** Pesquisa observacional realizada com 95 gestantes do ambulatório de gestação de alto risco e 40 mães de prematuros do ambulatório de follow-up, atendidas por estudantes do quinto ou sexto ano. Utilizou-se dois questionários semiestruturados, antes da consulta (pré-teste) e após a consulta (pós-teste), que continham questões objetivas e descritivas. Os dados quantitativos foram analisados em tabela de contingência e a análise estatística foi realizada através do Teste Exato de Fisher. **Resultados:** a pesquisa mostrou mudança de atitude das gestantes e das mães dos prematuros na comparação antes e após o atendimento da consulta pelo estudante de medicina, sob supervisão mínima indireta quanto ao sentimento de conforto ao ser consultada e examinada pelo estudante de medicina e também quanto a confiança na conduta repassada pelo estudante. A análise descritiva das palavras citadas pelas gestantes antes das consultas foram: ansiedade e, depois da consulta foram tranquilidade e satisfação. Já para as mães de prematuros antes da consulta foram: ansiedade, preocupação e tranquilidade. Após a consulta foram as seguintes palavras predominantes: satisfação e confiança. **Conclusão:** Este estudo demonstrou uma mudança positiva na percepção das pacientes de ambulatório de Obstetrícia de alto risco e pediatria atendidos com supervisão docente mínima e indireta. As pacientes também reconheceram que este modelo de atendimento médico é importante para os estudantes de medicina como parte de sua formação.

Palavras-Chave: educação médica, atendimento ambulatorial, percepção, pacientes, supervisão docente

ABSTRACT

Objective: To study the perception of patients who had been consulted by medical students with minimal and indirect faculty supervision. **Method:** Observational research conducted with 95 pregnant women in outpatient high risk pregnancy and 40 mothers of preterm born infants assisted on outpatient follow-up service, assisted by students from the fifth or sixth year. Two semi-structured questionnaires were used: before consultation (pre-test) and after consultation (post-test), containing objective and descriptive questions. Quantitative data were analyzed in a contingency table and statistical analysis was performed using Fisher's exact test. **Results:** our data demonstrated changing attitudes of pregnant women and mothers of preterm child in comparasion before and after students' consultation under minimal supervision in relation to the sense of comfort to be consulted and examined by a medical student as well as confidence in the management by the student. The descriptive analysis of words quoted by pregnant women before the consultation were: anxiety and after consultation were calm and satisfaction. As for the mothers of premature before consultation were: worry, anxiety and calm. After the consultation were the following predominant words: satisfaction and confidence. **Conclusion:** This study demonstrated a positive change in the perception of ambulatory patients from high-risk obstetrics and pediatrics consulted by medical students with minimal and indirect faculty supervision. Patients also recognized that this model of medical care is important for medical students' learning as part of their training.

Keywords: medical education, outpatient, perceptions, patients, faculty supervision

INTRODUÇÃO

O atendimento ambulatorial é definido como aquele no qual o paciente é consultado sem necessidade de ter sido admitido em ambiente hospitalar. O aprendizado neste cenário, o qual é centrado no paciente, tem sido considerado um componente essencial da educação médica¹⁻³. São descritos alguns métodos de ensino que podem ser utilizados durante o atendimento ambulatorial com finalidade didática, associados aos papéis de orientador-preceptor e estudante³.

Recentemente, descreveu-se o método de supervisão docente mínima e indireta em ambientes ambulatoriais^{4,5}. Neste método o aluno atende o paciente sozinho em uma sala de consulta. Após o atendimento, o aluno direciona-se a outra sala onde o preceptor-professor discute o caso após minuciosa explanação do aluno. As hipóteses diagnósticas e condutas são discutidas e o planejamento, orientações, prescrições e cuidados são anotados pelo aluno no próprio prontuário do paciente. Na sequência o aluno retorna à sala de consulta e repassa todas as informações discutidas ao paciente^{4,5}.

Independente da metodologia educacional escolhida para ser utilizada no ambiente ambulatorial, pacientes esperam ser diagnosticados e tratados adequadamente pelos estudantes e seus supervisores⁴. Recentemente, no método de supervisão docente mínima e indireta, foi sugerido que se deve atentar para a eficácia da comunicação. Neste caso, a avaliação da interação aluno-paciente faz-se necessária para determinar se o trabalho

proposto, o tratamento e quaisquer dúvidas foram explicadas e compreendidas pelo paciente⁴.

Concomitantemente, muitas pesquisas sugerem que os pacientes demonstram sentimento positivo em relação à presença dos estudantes em consultas médicas^{1, 2, 67-13}. Entretanto, Leithner *et al.* (2006)¹⁴ concluíram em seu estudo que gestantes submetidas a cuidados de pré-natal demonstraram-se insatisfeitas com atitudes, tanto dos médicos como da equipe. Essa divergência de idéias evidencia a necessidade de mais estudos que relatem a satisfação e percepção dos pacientes sobre seu papel na educação-médica¹⁵⁻¹⁸.

A consulta realizada pelo estudante, com supervisão docente mínima e indireta, interfere na opinião do paciente em relação à qualidade e eficácia do cuidado no atendimento realizado?

Objetivou-se com o presente estudo, avaliar a percepção das pacientes sobre a consulta realizada por estudante de Medicina, com supervisão docente mínima e indireta.

MÉTODO

Estudo Observacional, com amostra de conveniência de pacientes atendidas em ambulatórios de obstetrícia e pediatria. O estudo avaliou a percepção de gestantes assistidas pela primeira vez no serviço ambulatorial de pré-natal em gestação de alto risco na Faculdade de Medicina (FAMED) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) e com mães de crianças nascidas prematuras, seguidas em ambulatório de puericultura de *follow-up* no Centro de Especialidades Médicas – CEMED, da Universidade Anhanguera-Uniderp, no período de fevereiro de 2012 a novembro de 2013.

Amostra

Ambulatório de Obstetrícia: gestantes, com mais de 18 anos de idade, em primeira consulta de pré-natal em ambulatório de gravidez de alto-risco da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – FAMED - UFMS.

Ambulatório de Pediatria: Mães maiores de 18 anos, de crianças nascidas pré-termo, em primeira consulta em ambulatório de puericultura de *follow-up*, no Centro de Especialidades Médicas – CEMED (Anhanguera-Uniderp).

Participaram da pesquisa todas as gestantes e mães de crianças nascidas prematuramente que consentiram em fazer parte da pesquisa de opinião, assinando o

Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), sabendo que a consulta seria realizada por aluno de medicina do 5º e 6º ano das respectivas escolas médicas, com supervisão docente mínima e indireta.

Instrumentos/Questionários.

Após as pacientes terem sido registradas no ambiente ambulatorial, o protocolo específico da pesquisa foi explicado. Uma vez que as pacientes e as mães dos recém-nascidos confirmaram a intenção de participar do estudo, às mesmas eram solicitadas a responder dois questionários semiestruturados: um antes e outro após a consulta realizada pelo aluno de medicina. Os questionários continham questões objetivas e descritivas desenvolvidas baseadas nos resultados de estudo piloto prévio. O primeiro questionário foi respondido antes da consulta (pré-teste) e o segundo após a consulta (pós-teste). Ambos os questionários foram adaptados, embasando-se nos instrumentos descritos nos estudos de Mercer *et al.*, 2004¹⁹ e Choudhury *et al.*, 2006¹¹. A escala de Likert com cinco pontos, foi utilizada para avaliar a opinião das pacientes gestantes e das mães dos recém-nascidos em relação à consulta realizada pelos estudantes de Medicina. Ao final de cada questionário havia uma questão descritiva, solicitando aos participantes que descrevessem três palavras que definissem o que eles sentiram **antes** e **depois** de ser realizada a consulta de pré-natal ou de puericultura por um estudante de medicina.

ANÁLISE

Os dados quantitativos extraídos destes questionários foram analisados em tabelas de contingência para comparar as mudanças nas percepções dos participantes da pesquisa antes e após as consultas de pré-natal e pediatria realizadas pelos estudantes de Medicina. A análise estatística foi realizada com o uso do Teste Exato de Fisher e as associações com $p < 0,05$ foram consideradas significativas.

O estudo e seus termos de consentimento foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CAAE 00537712.5.0000.0021) em 05 de janeiro de 2012.

RESULTADOS

Ambulatório de gestação de Alto Risco: A amostra total incluiu 95 gestantes. Metade das pacientes era de etnia caucasiana (52%), com média de idade de 29,1 anos ($\pm$ 6.5 anos); para um terço da amostra esta era sua terceira gestação (33%) e a média de idade gestacional na primeira consulta pré-natal foi 21,5 semanas ($\pm$ 9,4 semanas). Observou-se que a maioria das pacientes (93%) sabiam que o estudante iria realizar o

atendimento pré-natal e receberia um *feedback* de seu preceptor, seguindo as orientações do mesmo.

A **Tabela 1** demonstra que as pacientes entendem (84,2%) que este modelo de supervisão docente mínima e indireta é importante para o aprendizado dos estudantes. Antes da consulta, 22% das pacientes não tinham certeza se sentir-se-iam confortáveis com a consulta realizada pelo estudante. Além disso, 19,2% não tinham certeza se ficariam confortáveis com o exame realizado pelo estudante ou se confiariam neles. Após a consulta, quase todas as gestantes (96,8%) relataram que se sentiram confortáveis com o atendimento pré-natal e 98,9% se sentiram confortáveis com o exame físico realizado pelos estudantes. As pacientes também confirmaram que retornariam ao ambulatório (96,8%) em consultas subsequentes.

As percepções que apresentaram significância estatística foram: conforto com a consulta do estudante ($p < 0,05$); Conforto com o exame físico realizado pelo estudante ($p < 0,05$) e confiança na conduta transmitida pelo estudante ($p < 0,05$). A análise das palavras citadas pelas pacientes no questionário pré-consulta revelou que “**ansiedade**” foi a mais frequente palavra presente nas citações (72%). Já no pós-consulta as palavras “**satisfação**”(74%) e “**tranquilidade**” (54%) foram as mais frequentes.

Ambulatório de Pediatria: A amostra total incluiu 40 mães de crianças nascidas pré-termo, todos em suas primeiras consultas durante o período pesquisado. A idade média das crianças na primeira consulta foi de 3,4 meses ($\pm 3,3$ meses). A idade média materna foi de 24 anos ($\pm 5,7$ anos) e 65% das mães não sabiam que o estudante de medicina iria realizar a consulta de pediatria do seu filho, com supervisão docente mínima e indireta.

Observa-se na **Tabela 2**, que as mães das crianças (97,5%) entendiam que este modelo de atendimento era importante para o aprendizado dos estudantes. Antes da consulta, 60% das mães não tinham certeza se sentiriam confortáveis com a consulta realizada pelo estudante. Ademais, 70% das mães referiram que também não se sentiriam confortáveis em ter seu filho examinado pelo estudante, bem como 65% das mães não confiariam nas condutas repassadas pelos alunos. Após a consulta, todas as mães (100%) relataram que se sentiram confortáveis com o atendimento e 97,5% se sentiram confortáveis vendo o filho ser examinado pelos estudantes e ainda, 92,5% passaram a acreditar nas condutas dos estudantes. Adicionalmente, 95% das mães informaram que retornariam ao ambulatório de pediatria neste modelo de atendimento com supervisão docente mínima e indireta.

As percepções que apresentaram significância estatística foram: Conforto com a consulta do estudante ($p < 0,05$); Conforto com exame físico realizado pelo estudante ($p < 0,05$); confiança na conduta ($p < 0,05$) e interesse em agendar retorno ($p < 0,05$) (Tabela 2). A análise das palavras citadas pelas pacientes no questionário pré-consulta revelou que "preocupação" (40%) "ansiedade" (40%) e "tranquilidade" (40%) foram as mais frequentes palavras citadas. Já no pós-consulta as palavras mais citadas foram: "satisfação" (76%) e "confiança" (50%).

DISCUSSÃO

Este estudo demonstrou mudança positiva na percepção das pacientes de ambulatório de obstetrícia de alto risco e pediatria atendidos com supervisão docente mínima e indireta. Enquanto o questionário pré-consulta indicou que algumas pacientes não tinham certeza se sentir-se-iam confortáveis ao serem examinadas pelo estudante de medicina ou se confiariam nos mesmos, os resultados pós-teste indicaram que quase todas as pacientes se sentiram confortáveis com o atendimento dos estudantes, bem como confiaram neles.

As pacientes também reconheceram que este modelo de atendimento médico é importante para os estudantes de medicina como parte de sua formação. Por conseguinte, a maioria delas confirmaram a intenção de continuar o acompanhamento nos serviços citados e reconheceram que os estudantes estão adequadamente capacitados para estes cuidados. Essa alta aceitação dos estudantes foi previamente relatada em cenários não obstétricos².

É aceito que a experiência de aprendizado dos estudantes durante a graduação é determinada por múltiplos fatores ligados ao ambiente, estrutura das atividades de aprendizado e oportunidades para praticar a clínica. O ensino clínico em ambiente ambulatorial com mínima e indireta supervisão docente oferece ao estudante a oportunidade para praticar o aprendizado em ambiente que fornece situações semelhantes à "vida-real".

A elevada aceitação da realização de consultas por estudantes foi previamente encontrada por O'flynn, Spencer e Jones(1997)⁹ quando 95% dos pacientes declararam que se sentiram felizes em ter estudantes presentes durante sua consulta. Townsend *et al.* (2003)² relatam que 94% dos pacientes em uma clínica dermatológica apreciaram a interação do estudante de medicina e notaram que os estudantes entenderam suas necessidades em saúde (92%). A diferença destes estudos com o presente é que o aluno apenas acompanha o preceptor durante a consulta, diferentemente do que ocorreu no estudo atual onde o aluno realiza o atendimento e só depois discute a conduta com o

preceptor em sala separada, voltando ao paciente novamente sozinho para finalizar a consulta.

Outro ponto de destaque no modelo de supervisão mínima e indireta, além de ser possível de aplicação em cenários com restrição de recursos humanos docentes, seria o *feedback* do preceptor em relação ao atendimento do estudante, o qual é imediato. É dada ao aluno a oportunidade de discutir a queixa dos pacientes em conjunto com o preceptor. Também é possível definir a conduta e estratégias de cuidado/orientação a ser transmitidas aos pacientes o que estimula o raciocínio clínico do aluno, sempre com o apoio do professor. Estas discussões realizadas fora da visão dos pacientes torna mais ético o processo, reduzindo a ansiedade das pacientes em ouvir a passagem dos casos em termos técnicos. O aluno volta à sala de consulta já com as condutas definidas e discute-as com as pacientes, tornando o ato da consulta mais próximo do real.

Embora os resultados deste estudo demonstrassem uma boa percepção das pacientes e das mães dos prematuros frente a mínima supervisão docente, a presente casuística não é isenta de limitações. Ele foi conduzido com pacientes recebendo cuidados em gestações de alto-risco e ambulatório de pediatria de recém-nascido pré-termo, considerados ambulatórios de alta complexidade. Não é sabido se resultados semelhantes poderiam ser encontrados em ambulatórios de baixa complexidade, em cenários de atenção primária à saúde.

Estudos adicionais dos instrumentos são necessários, com número maior de pacientes, para determinar se esses achados podem ser generalizados. As respostas dos pacientes poderiam ser positivamente influenciadas devido ao formato de administração e conteúdo dos questionários. Além disso, a relação professor-aluno apropriada pode ser investigada em estudos futuros para determinar a proporção ideal preceptor/aluno para modelo ambulatorial de ensino proposto com supervisão mínima docente. Finalmente, os resultados dos pacientes precisam ser estudados para uma avaliação mais completa dessa abordagem educacional para determinar se há limites relacionados com o nível de complexidade do caso clínico, bem como se há influência da quantidade de anos de treinamento do aluno.

Esses resultados preliminares evidenciam que o modelo de atendimento com supervisão docente mínima e indireta foi reconhecido pelas pacientes em ambientes de recursos humanos docentes limitados. Mais pesquisas para avaliar o desempenho real do estudante dentro de um modelo de supervisão mínima são necessárias.

Pesquisas com pacientes em outros contextos obstétricos e ginecológicos podem ser estudados igualmente. Pode-se levantar a hipótese de que pacientes que não são de alto risco tenham percepções mais positivas a respeito do envolvimento dos estudantes na consulta. Outros fatores além das habilidades comunicativas dos estudantes devem ter seu papel na percepção das pacientes. Finalmente, os resultados positivos generalizados do pós-teste podem indicar que a cordialidade dos estudantes durante a consulta pode ter afetado as respostas do paciente²⁰.

Tabela 1 – Percepções das pacientes gestantes no ambulatório de obstetrícia de alto risco na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, em relação a consulta pré-natal realizada por estudante de Medicina.

Percepção*	Pré-Consulta			Pós-Consulta			P
	Discordo	Sem opinião	Concordo	Discordo	Sem opinião	Concordo	
Confortável ao ser consultada por estudante de Medicina	12 (12.6%)	9 (9.4%)	74 (78.0%)	1 (1.1%)	2 (2.1%)	92 (96.8%)	0.0004*
Confortável ao ser examinada por estudante de Medicina	11 (11.6%)	7 (7.4%)	77 (81.0%)	1 (1.1%)	0 (0.0%)	94 (98.9%)	0,0012*
Importância do atendimento do estudante de Medicina para a formação médica.	3 (3.2%)	12 (12.6%)	80 (84.2%)	0 (0.0%)	5 (5.3%)	90 (94.7%)	0.0833
Confiança na Conduta do Estudante	5 (3.8%)	14 (15.4%)	76 (80.8%)	0 (0.0%)	1 (1.1%)	94 (98.9%)	0,0004*
Agendamento de retorno subsequente	1 (1.1%)	9 (9.4%)	85 (89.5%)	1 (1.1%)	2 (2.1%)	92 (96.8%)	0.0939
Capacidade do aluno realizar boa conduta pré- natal –puericultura.	4 (4.2%)	7 (7.4%)	84 (88.4%)	0 (0.0%)	3 (3.2%)	92 (96.8%)	0.1378

*Percepções extraídas a partir dos questionários semiestruturados aplicados antes/após consulta ($p < 0,05$).

Tabela 2 – Percepções das pacientes de ambulatório de puericultura de *follow-up*, no Centro de Especialidades Médicas – CEMED (Anhanguera-Uniderp)

Percepção*	Pré-Consulta			Pós-Consulta			P
	Discordo	Sem opinião	Concordo	Discordo	Sem opinião	Concordo	
Confortável ao ser consultada por estudante de Medicina	9 (22.5%)	7 (17.5%)	24 (60.0%)	0 (0%)	0 (0%)	40 (100%)	0.0025*
Confortável ao ser examinada por estudante de Medicina	8 (20%)	4 (10.0%)	28 (70.0%)	1 (2.5%)	0 (0%)	39 (97.5%)	0,0098*
Importância do atendimento do estudante de Medicina para a formação médica.	0 (0%)	1 (2.5%)	39 (97.5%)	0 (0%)	0 (0%)	40 (100%)	0,7739
Confiança na Conduta do Estudante	7 (17.5%)	7 (17.5%)	26 (65.0%)	2 (5.0%)	1 (2.5%)	37 (92.5%)	0,0101*
Agendamento de retorno subsequente	2 (5.0%)	8 (20.0%)	30 (75.0%)	1 (2.5%)	1 (2.5%)	38 (95.0%)	0.0348*
Capacidade do aluno realizar boa conduta pré- natal –puericultura.	2 (5.0%)	1 (2.5%)	37 (92.5%)	1 (2.5%)	0 (0%)	39 (97.5%)	0,6421

*Percepções extraídas a partir dos questionários semiestruturados aplicados antes/após consulta ($p < 0,05$).

REFERÊNCIAS

- [1] Spencer J, Blackmore D, Heard S, et al. Patient-oriented learning: a review of the role of the patient in the education of medical students. *Med Educ*. 2000;**34**:851-857.
- [2] Townsend B, Marks JG, Mauger DT, Miller JJ. Patients' attitudes toward medical student participation in a dermatology clinic. *J Am Acad Dermatol*. 2003;**49**:709-711.
- [3] Dent JA. AMEE Guide No 26: clinical teaching in ambulatory care settings: making the most of learning opportunities with outpatients. *Med Teach*. 2005;**27**:302-315.
- [4] Sukiennik R, Moura V, Bollela V. Communication gaps in a teaching paediatric outpatient scenario. *Med Educ*. 2012;**46**:509.
- [5] Figueiró - Filho EA, Amaral E, McKinley D, Bezuidenhout J, Tekian A. Clinical teaching with minimal and indirect supervision. *Medical Education*. 2014;**48**:530-530.
- [6] Lewis JR. Patient views on quality care in general practice: literature review. *Soc Sci Med*. 1994;**39**:655-670.
- [7] Simons RJ, Imboden E, Martel JK. Patient attitudes toward medical student participation in a general internal medicine clinic. *J Gen Intern Med*. 1995;**10**:251-254.

- [8] Cooke F, Galasko G, Ramrakha V, Richards D, Rose A, Watkins J. Medical students in general practice: how do patients feel? *Br J Gen Pract.* 1996;**46**:361-362.
- [9] O'Flynn N, Spencer J, Jones R. Consent and confidentiality in teaching in general practice: survey of patients' views on presence of students. *BMJ.* 1997;**315**:1142.
- [10] Stacy R, Spencer J. Patients as teachers: a qualitative study of patients' views on their role in a community-based undergraduate project. *Med Educ.* 1999;**33**:688-694.
- [11] Choudhury TR, Moosa AA, Cushing A, Bestwick J. Patients' attitudes towards the presence of medical students during consultations. *Med Teach.* 2006;**28**:e198-203.
- [12] Cortopassi AC, Universidade Estadual Paulista B, Brasil, Lima MCP, Universidade Estadual Paulista B, Brasil, Gonçalves IJ, Universidade Estadual Paulista B, Brasil. Patients' perception of hospitalization in a university hospital: implications for medical teaching. *Rev bras educ med.* 2006;**30**:42-48.
- [13] Price R, Spencer J, Walker J. Does the presence of medical students affect quality in general practice consultations? *Med Educ.* 2008;**42**:374-381.
- [14] Leithner K A-HE, Fischer-Kern M, Löffler-Stastka H, Thien R, Ponocny-Seliger E. Prenatal care: the patient's perspective. A qualitative study. *Prenat Diagn.* 2006;**26**:931-937.
- [15] Pill RM, Tapper-Jones LM. An unwelcome visitor? The opinions of mothers involved in a community-based undergraduate teaching project. *Med Educ.* 1993;**27**:238-244.
- [16] Nair BR, Coughlan JL, Hensley MJ. Student and patient perspectives on bedside teaching. *Med Educ.* 1997;**31**:341-346.
- [17] Sayer M, Bowman D, Evans D, Wessier A, Wood D. Use of patients in professional medical examinations: current UK practice and the ethicolegal implications for medical education. *BMJ.* 2002;**324**:404-407.
- [18] Howe A, Anderson J. Involving patients in medical education. *BMJ.* 2003;**327**:326-328.
- [19] Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, Watt GC. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Fam Pract.* 2004;**21**:699-705.
- [20] Ryn Mv, Saha S. Exploring Unconscious Bias in Disparities Research and Medical Education. *JAMA.* 2011;**306**:995-996.

ANEXO A- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

UFMS

PROJETO DE PESQUISA

Título: Atitude e grau de empatia das pacientes em relação à presença de estudantes de medicina em ambulatórios de obstetrícia e pediatria.

Pesquisador: Ernesto Antonio Figueiró Filho

Versão: 1

Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

CAAE: 00537712.5.0000.0021

PARECER CONSUBSTANCIADO DE PROJETO DE PESQUISA

Número do Parecer: 5073

Data da Relatoria: 18/01/2012

Apresentação do Projeto:

Estudo observacional transversal com pacientes do ambulatório de gestação de alto risco da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, ambulatório de seguimento do prematuro da Universidade Anhanguera-Uniderp e ambulatórios de pré-natal de baixo risco e puericultura de ambas instituições

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a percepção das pacientes e responsáveis pelas crianças quanto à presença de estudantes de medicina nas consultas de obstetrícia e pediatria e avaliar o grau de empatia das pacientes com os estudantes.

a) Avaliar a percepção das pacientes quanto à presença de estudantes de medicina antes da consulta médica nos quatro cenários de atendimento: gestação de alto risco, seguimento do prematuro, pré-natal de baixo risco e puericultura.

b) Avaliar os fatores que influenciam nesta percepção.

c) Avaliar a empatia das pacientes em relação aos estudantes após a consulta médica nos quatro cenários de atendimento: gestação de alto risco, seguimento do prematuro, pré-natal de baixo risco e puericultura.

d) Avaliar os fatores que influenciam nesta empatia.

e) Comparar a atitude das pacientes e responsáveis pelas crianças quanto aos diferentes cenários de atendimento: instituição pública universitária e instituição pública conveniada com universidade privada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há riscos esperados no presente projeto.

Benefícios:

Saber se a presença de estudantes de medicina em instituições de ensino são bem aceitas e se há empatia no atendimento. Esta será a primeira

etapa de um projeto em educação médica, para aprimorar o ensino médico, embasando-se na relação médico-paciente. Os benefício principal

esperado será o aprimoramento do atendimento em instituições de ensino médico.

Comentários e Considerações Sobre a Pesquisa:

Conhecer a percepção das pacientes e dos responsáveis pelas crianças quanto à presença de estudantes de medicina antes da consulta médica e os fatores que influenciam nesta percepção.

Conhecer a empatia das pacientes e dos responsáveis pelas crianças em relação aos estudantes, após a consulta médica, e os fatores que influenciam nesta empatia.

Conhecer a percepção e a empatia das pacientes e responsáveis pelas crianças em relação à presença do estudante de medicina nos diferentes cenários de atendimento médico (instituição universitária e instituição pública conveniada com universidades)

Considerações Sobre os Termos de Apresentação obrigatória:

Recomendações:

ADEQUAR o TCLE, NÃO INCLUIR O RG E CPF, DO SUJEITO DA PESQUISA.

Conclusões ou Pendências e Listas de Inadequações:

Aprovação.

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Ernesto Reis
 Vice-Diretor do Comitê de Ética em Pesquisa
 UFMS
 05/01/2012

Situação do Parecer:

Aprovado

Texto do Parecer:

CAMPO GRANDE, 05 de Janeiro de 2012



Edilson Reis
Vice-Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/UFMS