

---

# Ambulatório Compartilhado

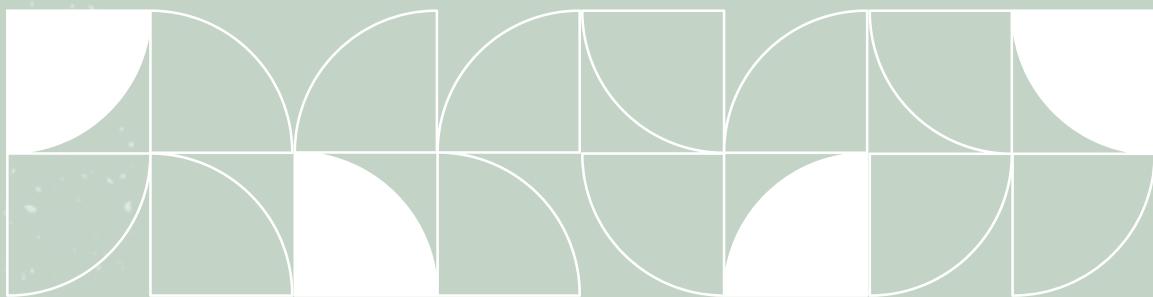
Manual do Preceptor

---

**João Pedro Manastella Louro**

**Orientador: Prof. Dr. Carlos Alexandre Felício Brito**

Produto derivado de Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-graduação  
Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde da Universidade  
Municipal de São Caetano do Sul (USCS)



# USCS

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

MESTRADO PROFISSIONAL  
INOVAÇÃO NO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE

ATA  
Defesa do Trabalho Final de Curso - MESTRADO Profissional

Aos vinte e oito dias do mês de março do ano de dois mil e vinte e quatro, às quinze horas, no Campus Conceição desta Instituição, situado à Rua Conceição, 321 - Bairro Santo Antônio, cidade de São Caetano do Sul, reuniu-se a Banca Examinadora, formalmente convidada, para a realização da Defesa do Trabalho Final de Curso e do Produto Técnico Tecnológico do candidato ao título de Mestre em Ensino em Saúde, JOÃO PEDRO MANASTELLA LOURO, matrícula 18.120, na área de concentração: Inovações educacionais em saúde orientadas pela integralidade do cuidado, linha de pesquisa: Currículo Integrado em Saúde.

Título do Trabalho Final de Curso: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO "AMBULATÓRIO COMPARTILHADO" NO ENSINO MÉDICO NA ATENÇÃO BÁSICA.

Título do Produto Técnico Tecnológico: AMBULATÓRIO COMPARTILHADO

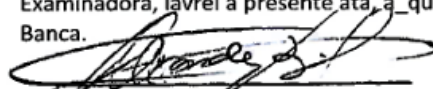
Composição da Banca	Instituição	Avaliação (*)
Orientador: Prof. Dr. Carlos Alexandre Felício Brito	USCS	APROVADO
Convidada do PPGK: Prof.ª Dra. Sandra Regina Mota Ortiz	USCS	APROVADO
Convidada Externa: Prof.ª Dra. Ivonete Vieira Pereira Peixoto	UEPA	APROVADO

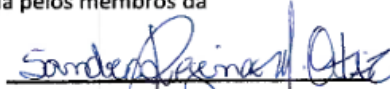
Avaliação Final: APROVADO

Parecer dos Examinadores:

*A pesquisa apresenta mérito acadêmico, com originalidade, rigor metodológico e contribuições significativas. Apresentou clara coerência e o candidato demonstrando entendimento do assunto. Recomendamos a publicação da Banca.*

Nada mais havendo, eu, Prof. Dr. Carlos Alexandre Felício Brito, Presidente Examinadora, lavrei a presente ata, a qual será assinada pelos membros da Banca.

  
Prof. Dr. Carlos Alexandre Felício Brito

  
Prof.ª Dra. Sandra Regina Mota Ortiz



Prof.ª Dra. Ivonete Vieira Pereira Peixoto

(\*) Aprovação condicionada ao cumprimento das atividades complementares previstas no Regimento Interno do PPGES

# Ficha Catalográfica

Louro, João Pedro Manastella  
Ambulatório compartilhado [livro eletrônico] :  
manual do preceptor / João Pedro Manastella Louro.  
-- São Caetano do Sul, SP : Ed. do Autor, 2025.

PDF

Bibliografia.

ISBN 978-65-01-41235-1

1. Ambulatórios 2. Atenção básica à saúde

3. Educação em saúde 4. Saúde pública 5. Serviços  
de saúde - Administração 6. Sistema Único de  
Saúde (Brasil) I. Título.

25-263819

CDD-610.7  
NLM-WA-590

Índices para catálogo sistemático:

1. Educação em saúde 610.7

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129





# Ficha Técnica

Objetivo da dissertação	Construir e validar o “Ambulatório Compartilhado” como instrumento pedagógico para formação médica dentro da Atenção Básica.
Objetivo do Produto Educacional	Capacitar o preceptor médico dentro da Atenção Básica para aplicação do “Ambulatório Compartilhado”
Público-alvo	Preceptores médicos da Atenção Básica
Complexidade	O produto educacional possui média complexidade, pois surgiu da experiência profissional do pesquisador e também surgiu a partir do diagnóstico situacional do cenário de pesquisa, sendo portanto, derivado da questão de pesquisa da dissertação de mestrado.
Tipo de impacto	O produto educacional tem impacto potencial, considerando que há previsão de aplicabilidade com preceptores médicos na Atenção Básica
Área de impacto	Saúde
Qual o impacto?	O produto educacional ainda possui baixo impacto, pois foi criado no Programa de Mestrado Profissional, ainda será usado no cenário de pesquisa e será transferido para a sociedade.
Replicabilidade	O produto educacional pode ser adaptado e amplamente replicado, tanto na Atenção Básica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, quanto em qualquer outra localidade brasileira, considerando o livre acesso ao produto, por meio da web.
Registro/propriedade intelectual	ISBN 978-65-01-41235-1
Abrangência	Inicialmente, o produto tem perspectiva de alcance regional, principalmente no Estado de São Paulo. No entanto, após a publicação do produto e livre acesso na web, poderá alcançar o território nacional.
Teor Inovativo	O produto educacional possui alto teor inovativo, pois foi elaborado a partir de conhecimento inédito a partir de construção e validação de construto metodológico da pesquisa de Mestrado Profissional do autor.
Estágio da tecnologia	O produto encontra-se em teste, sendo necessário aplicá-lo e implementá-lo.
Transferência de conhecimento	O produto educacional será transferido para a sociedade, iniciando em local em que os dados foram coletados, e em seguida, será amplamente disseminado, para que outros profissionais façam uso.



# Apresentação

Esse material didático visa fornecer um guia prático e intuitivo sobre uma nova ferramenta metodológica ao preceptor da Saúde na Atenção Básica, chamada **Ambulatório Compartilhado**.

O Ambulatório Compartilhado é uma nova metodologia que integra ensino, serviço e comunidade na Atenção Básica, de forma a promover uma formação mais humanizada, reflexiva e colaborativa, através da integração entre alunos de diferentes momentos acadêmicos, com foco em diferentes competências no processo de atendimento ao paciente.

Este material didático foi produto de pesquisa realizada no Programa de Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde, da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS). Foi desenvolvido para capacitar preceptores de Medicina e demais áreas da Saúde sobre o Ambulatório Compartilhado, alinhado às metodologias ativas de ensino como o *Peer Tutoring*, o *Problem-Based Learning* (PBL) e o Arco de Maguerez, que possa ser facilmente compreendido, aplicado e incorporado ao repertório do preceptor.

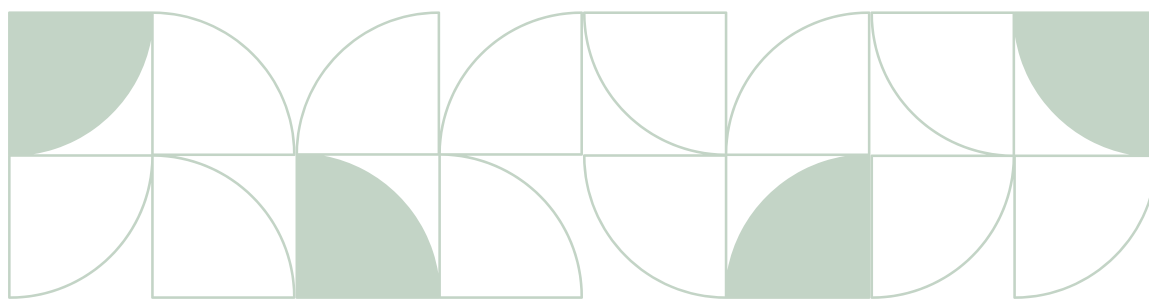
Nosso objetivo é tornar o Ambulatório Compartilhado uma ferramenta acessível e eficaz na formação de médicos mais preparados para os desafios da saúde pública, garantindo uma experiência de aprendizado significativa para estudantes e preceptores.

## PARA QUEM É ESSE MATERIAL?

- Preceptores e docentes da Atenção Básica
- Coordenadores de cursos médicos interessados em novas ferramentas didático-pedagógicas
- Estudantes de medicina que desejam aprimorar sua formação prática

## BENEFÍCIOS DO MÉTODO

- Integração entre teoria e prática desde os primeiros anos da graduação
- Fortalecimento das habilidades de ensino e trabalho em equipe
- Facilidade de adaptação a diferentes realidades do processo Ensino-Serviço-Comunidade na Atenção Básica
- Desenvolvimento de médicos mais empáticos e preparados para a realidade do SUS



## João Pedro Manastella Louro



Possui graduação em Medicina pela Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS); Pós-Graduação em Psicanálise Clínica pela Faculdade Novoeste; Mestrado em Inovação no Ensino Superior em Saúde pelo Programa de Mestrado Profissional da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS).

Atualmente é médico clínico pela Fundação do ABC e preceptor médico da Universidade Municipal de São Caetano do Sul. Tem experiência na área de Medicina de Família e Comunidade, Saúde Mental e Psicanálise.



## Carlos Alexandre Felício Brito

Possui graduação em Licenciatura Plena pela Faculdade de Educação Física de Santo André (1990), Mestrado em Educação Física pela Universidade Estadual de Campinas (2000); Doutorado em Educação Física pela Universidade Estadual de Campinas (2005).

É Professor Doutor da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS). Exerce a função na USCS na graduação na área da Educação Física (Disciplinas Específicas).

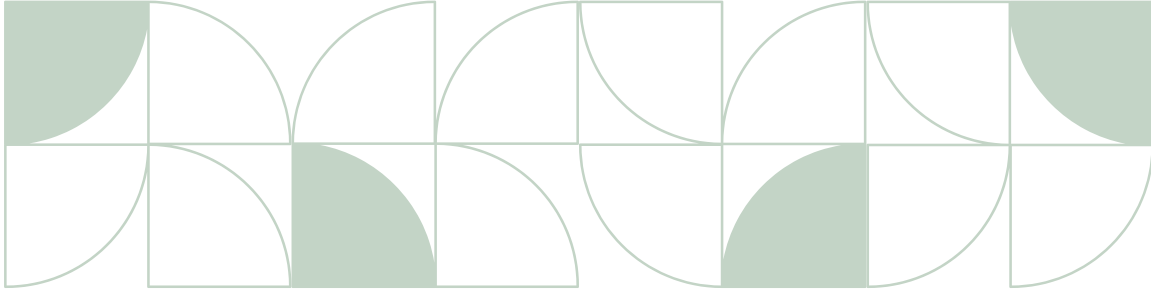
Atua nos Strictu Sensu da USCS em dois programas:

- i) Mestrado e Doutorado Profissional em Educação;
- ii) Mestrado Profissional em Inovação no Ensino Superior em Saúde.

Pós-Doutorado na UNIAN, no PPG em Ensino de Ciências e Saúde (2021).

Pesquisa atualmente sobre formação de professores na educação formal (Educação Básica ao Ensino Superior) com foco nas temáticas: metodologias ativas e suas tecnologias a partir do paradigma projetivo (Design)

<b>07</b>	<b>Introdução</b>	
	O que é o Ambulatório Compartilhado?.....	09
	Por que usar uma nova metodologia?.....	10
	Quando usar o Ambulatório Compartilhado?.....	11
<b>12</b>	<b>Bases Teóricas</b>	
	Aprendizagem Baseada em Problemas.....	13
	Arco de Maguerez.....	14
	Peer Tutoring.....	15
	Teoria do Conhecimento Docente.....	16
<b>17</b>	<b>A Teoria</b>	
	Teoria do Ambulatório Compartilhado.....	18
<b>27</b>	<b>A Prática</b>	
	Construindo um Ambulatório Compartilhado.....	28
	Processo Reflexivo.....	28
	Organização dos Atendimentos.....	29
	Divisão e preparo dos grupos.....	33
	Partilha de Competências.....	33
	Papel do Preceptor.....	34
	Dicas aos estudantes mais novos.....	35
	Dicas aos estudantes mais avançados.....	36
	Exemplos de adaptação.....	37
<b>42</b>	<b>Perguntas Frequentes</b>	
<b>47</b>	<b>Sugestão de Competências</b>	
<b>48</b>	<b>Considerações Finais</b>	
<b>49</b>	<b>Referências</b>	

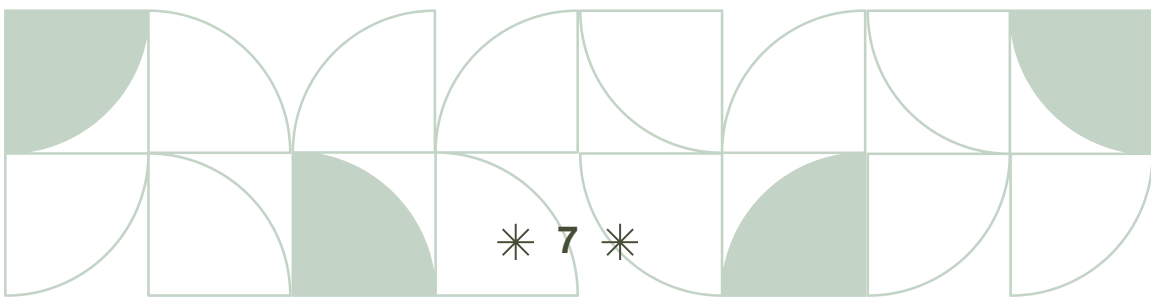


---

# Introdução

Como surgiu o Ambulatório Compartilhado?

---



# Introdução

A educação médica vem passando por transformações para superar limitações do modelo tradicional, que historicamente focava na transmissão passiva de conhecimento, fragmentação do cuidado e pouca conexão com o contexto social dos pacientes. No Brasil, essa mudança foi impulsionada pela criação do SUS e pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), que incentivam metodologias ativas de ensino e maior integração dos estudantes com a Atenção Básica (Brasil, 2014; Meireles, 2019).

No ambiente do SUS, os alunos de medicina desempenham um papel híbrido: aprendem teoria e prática ao mesmo tempo em que prestam atendimento aos pacientes, contribuindo para a melhoria dos serviços de saúde. No entanto, desafios persistem, como a sobrecarga dos preceptores e a dificuldade em equilibrar ensino, serviço e comunidade (Oliveira, 2017; Ribeiro, 2020). Além disso, a formação docente ainda apresenta lacunas, com muitos preceptores sem capacitação específica para metodologias ativas (Costa, 2007; Missaka; Ribeiro, 2011; Autonomo et al., 2015).

Diante desse cenário, o Ambulatório Compartilhado surge como uma proposta inovadora para aprimorar o ensino médico.



# O que é o Ambulatório Compartilhado?

O Ambulatório Compartilhado é uma nova metodologia no ensino médico que promove o **aprendizado colaborativo entre alunos de diferentes fases da graduação**. Inspirado em abordagens como o *Peer Tutoring*, o Arco de Maguerez e a Aprendizagem Baseada em Problemas, ou *Problem-Based Learning* (PBL), ele busca integrar teoria e prática, fortalecer o raciocínio clínico e desenvolver habilidades essenciais para a atuação de médicos reflexivos e humanizados.

O Ambulatório Compartilhado consiste, em sua essência, em um **atendimento conjunto, estruturado e organizado**, realizado por alunos de diferentes momentos da graduação, e portanto com **níveis diferentes de competências** (conhecimentos, habilidades e atitudes), **assumindo diferentes e progressivas responsabilidades** dentro do atendimento do paciente, sob a supervisão de um preceptor.

Isso permite um desenvolvimento orgânico e progressivo de **competências pertinentes aos níveis de capacidade** de cada aluno, o **desenvolvimento de um trabalho cooperativo e colaborativo** (e não competitivo!), e a capacidade de desenvolvimento de **habilidades pedagógicas** – ou seja, aprender a ensinar –, através de práticas reais e em aprendizagem ativa, que colaborem com o funcionamento do serviço, e consigam se adaptar às diferentes realidades da Atenção Básica no Brasil.

# Por que usar uma nova metodologia?

1

Com o aumento do número de alunos e faculdades, reduzem-se os campos de estágio, e é inevitável que **alunos de diferentes etapas compartilhem atividades práticas**.



É importante termos um modelo para usar nesses casos. Quanto mais arsenal tivermos, melhor preparados estamos.

2

O aumento do número de alunos também **sobrecarrega o preceptor**, que fica ativamente responsável por definir todas as atividades dos alunos e cuidar do serviço. Nem sempre se consegue fazer isso de forma adequada.



Um novo método que **distribua as responsabilidades de forma ordenada e condizente** pode ajudar o preceptor a incentivar a formação do aluno e manter o bom funcionamento do serviço.

3

Apesar de já sabermos os impactos positivos das **metodologias ativas** na formação médica, elas geralmente ficam **restritas às atividades teóricas** na faculdade (ex.: tutorias).



Um novo modelo que traga **protagonismo ao aluno** dentro da prática pode ajudar a desenvolver melhores competências e unir teoria e prática.

4

Uma das melhores formas de se aprender é **ensinando**.



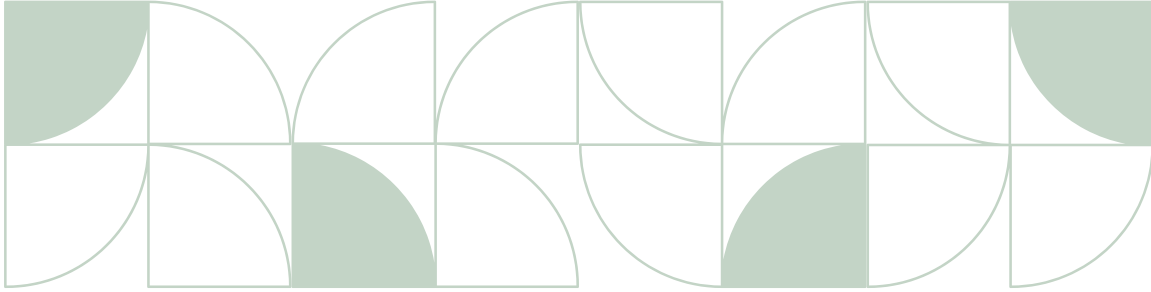
Uma metodologia que coloque os alunos com maior bagagem teórica no papel de **facilitadores do conhecimento** traz vários benefícios não só ao aluno que aprende, como ao que ensina.



# Quando usar o Ambulatório Compartilhado?

- **Em estágios na Atenção Básica:** Ideal para Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias de Saúde da Família (ESF), onde os alunos podem atender em conjunto e aprender com a prática real em casos de diversas especialidades.
- **Quando há alunos de diferentes fases da graduação no mesmo ambiente:** Como é comum que estudantes de diferentes períodos compartilhem campos de estágio, o Ambulatório Compartilhado organiza essa interação de forma produtiva, promovendo aprendizado mútuo e relação colaborativa entre os estudantes.
- **Quando há sobrecarga de atendimentos e falta de estrutura para ensino tradicional:** Como o Ambulatório Compartilhado permite que alunos mais avançados auxiliem os menos experientes, ele otimiza o tempo do preceptor e melhora a qualidade do atendimento.
- **Na preparação para o internato e para a residência médica:** Ao estimular autonomia, raciocínio clínico e trabalho em equipe, o modelo ajuda os alunos a se tornarem mais preparados para desafios futuros na prática médica, além de “ensinar a ensinar”, trabalhando habilidades de pedagogia e didática.

Em resumo, o Ambulatório Compartilhado pode ser utilizado sempre que houver a necessidade de fortalecer o ensino na prática, promover aprendizagem colaborativa e melhorar a experiência dos estudantes e pacientes na Atenção Básica.

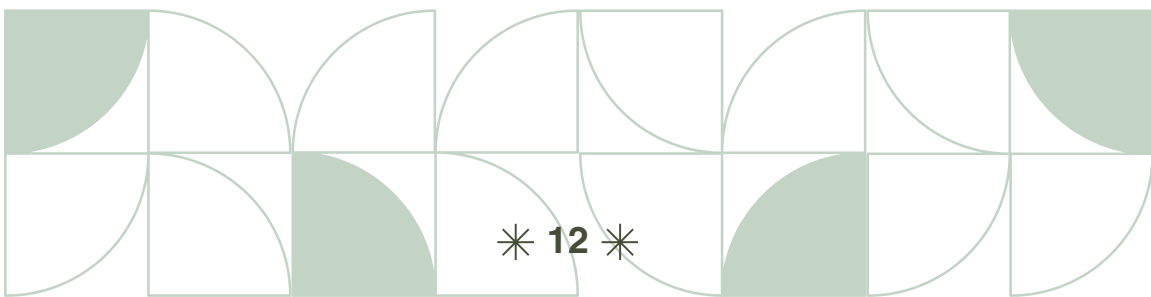


---

# Bases Teóricas

Onde se sustenta o Ambulatório Compartilhado?

---





## Aprendizagem Baseada em Problemas

As Metodologias Ativas revolucionaram o ensino, tornando o aluno protagonista da própria aprendizagem. Um dos métodos mais eficazes é a Aprendizagem Baseada em Problemas (*Problem-Based Learning*, ou PBL), criada na Universidade McMaster, no Canadá, e amplamente adotada na educação médica (Romão; Bestetti; Couto, 2020).

O PBL é um método de ensino que utiliza problemas clínicos como ponto de partida para a construção do conhecimento. Em vez de aulas expositivas tradicionais, os alunos trabalham em grupos pequenos, discutindo casos e buscando soluções com o apoio de um professor facilitador (Newman, 2005; Maurer; Neuhold, 2012).

O método não só melhora o conhecimento técnico, mas também desenvolve habilidades essenciais para a prática médica, como pensamento crítico, comunicação, liderança e trabalho em equipe. Além disso, ele aproxima os alunos da realidade profissional desde cedo, tornando a aprendizagem mais significativa e integrada à prática clínica (Abreu, 2009; Qin; Wang; Floden, 2016; Romão; Bestetti; Couto, 2020).

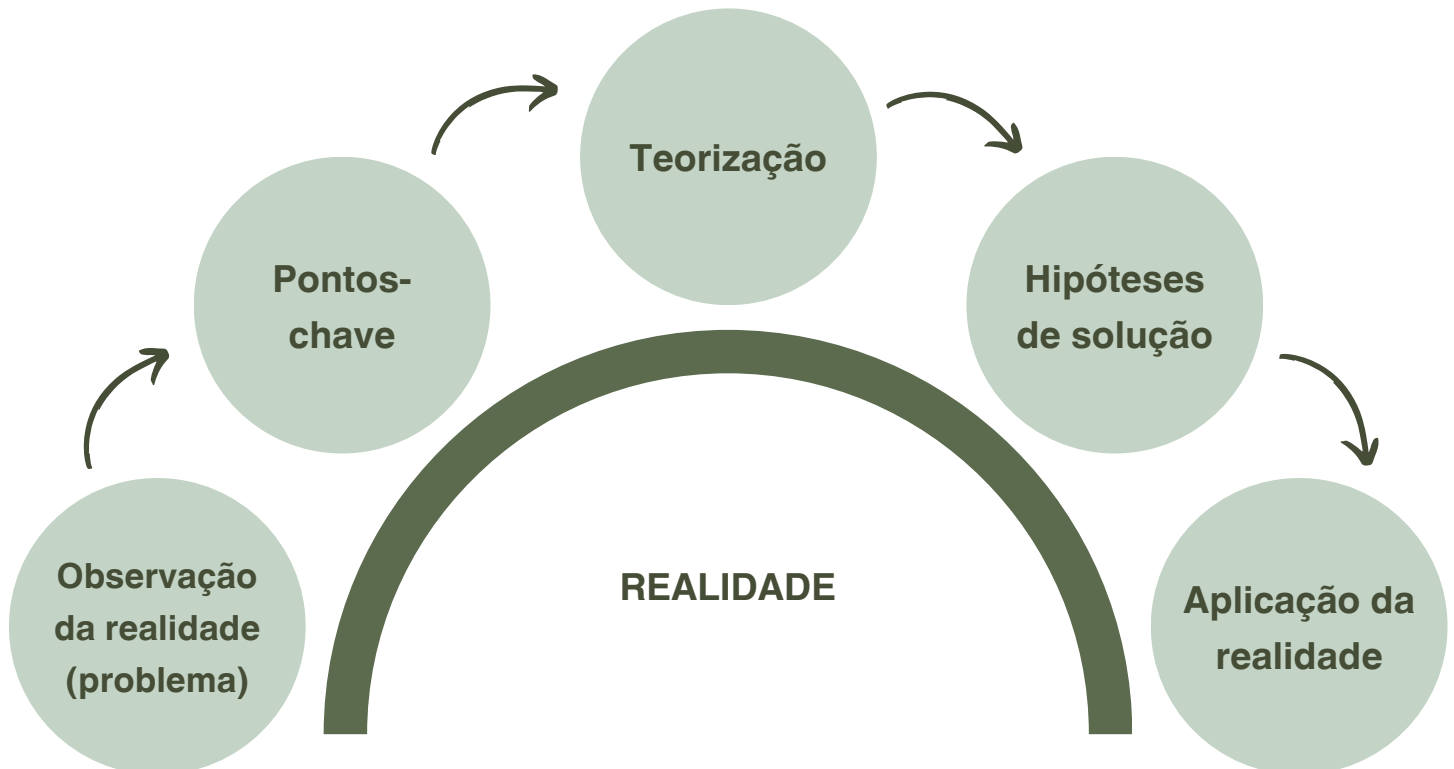


## Arco de Maguerez

O Arco de Maguerez é uma metodologia de ensino baseada na problematização da realidade (Farias, 2015). Diferente do PBL, que parte de cenários pré-definidos, ele começa com a observação de um problema real e segue cinco etapas:

1. Observação da realidade – Identificar um problema concreto.
2. Levantamento de pontos-chave – Refletir sobre suas causas.
3. Teorização – Buscar conhecimento teórico para entendê-lo.
4. Soluções possíveis – Planejar formas de resolvê-lo.
5. Aplicação na realidade – Implementar e testar as soluções.

Esse método aproxima a teoria da prática e incentiva a aprendizagem crítica e reflexiva.



## *Peer Tutoring*

O *Peer Tutoring*, ou Tutoria por Pares, é uma metodologia que surgiu a partir da demanda de professores capacitados, e consiste em alunos mais experientes auxiliando colegas menos avançados, promovendo aprendizado mútuo (Topping, 1996).

A partir dessa demanda da materialidade, descobriu-se que o aprendizado por pares é benéfico não apenas aos que aprendem, mas também aos que ensinam, reforçando os conhecimentos aprendidos. Também estimula o trabalho em equipe e o desenvolvimento de habilidades de ensino e docência, além do incentivo à autonomia dos alunos (Gill et al, 2006; Buckley; Zamora, 2007; Vidal Villa; Castillo Delgado; Gómez, 2017; Vidal Villa; Castillo Delgado, 2019; Ten Cate; Durning, 2007).

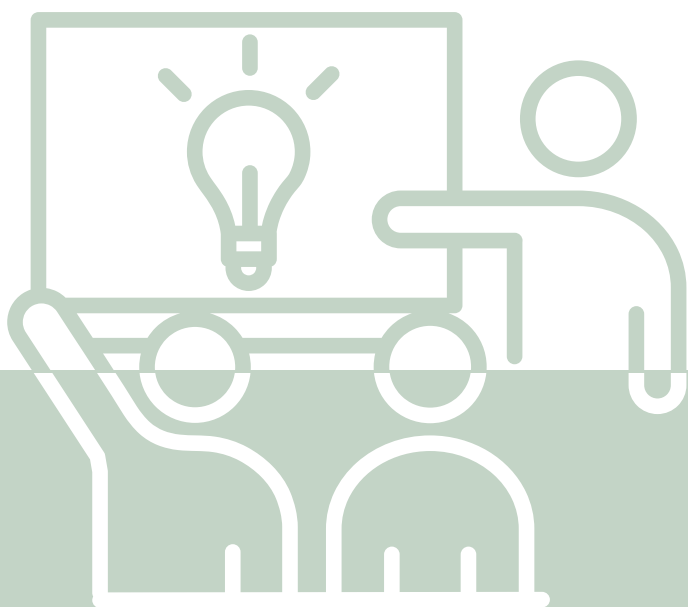
Apesar dos desafios, como a necessidade de capacitação dos tutores, o *Peer Tutoring* melhora o desempenho acadêmico, fortalece a relação entre os alunos e cria um ambiente de aprendizado mais dinâmico e motivador (Alexander et al., 2022; Sukrajh; Adefolalu, 2021).

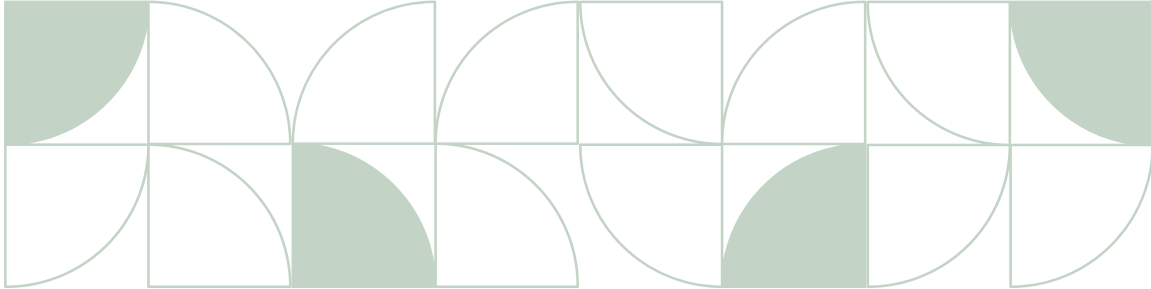


## Teoria do Conhecimento Docente

Lee Shulman (1987) propôs que um bom professor precisa dominar não apenas o conteúdo que ensina (Conhecimento do Conteúdo), mas também saber como ensiná-lo de forma eficaz (Conhecimento Pedagógico Geral). A junção desses dois elementos forma o Conhecimento Pedagógico de Conteúdo (CPC), que permite ao docente adaptar o ensino às necessidades dos alunos.

No contexto da educação médica, essas competências são fundamentais para formar profissionais mais preparados, críticos e engajados com a aprendizagem e o ensino.



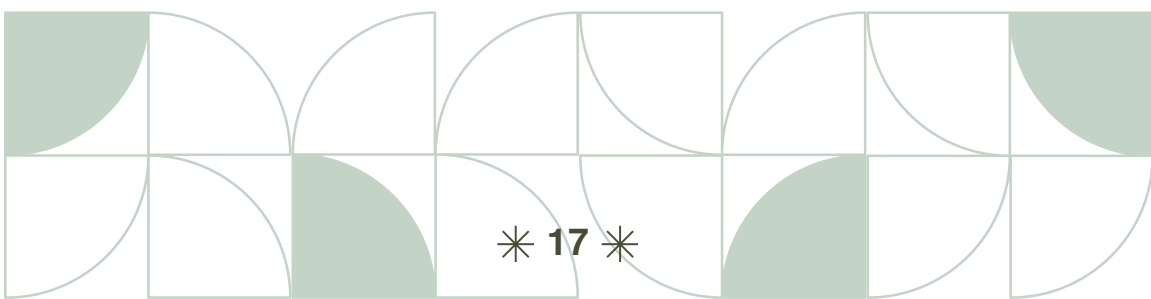


---

# A Teoria

O que é um Ambulatório Compartilhado?

---



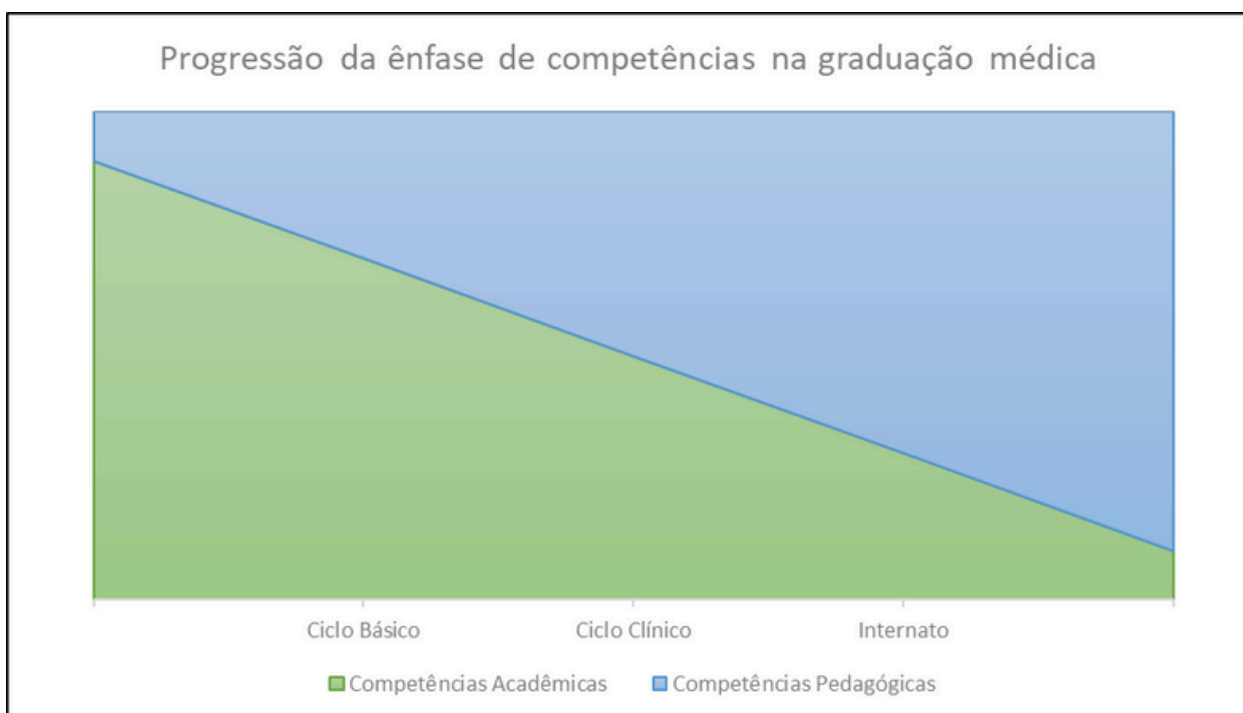
# Teoria do Ambulatório Compartilhado



Dentro da formação médica, podemos discorrer a existência de dois conjuntos de competências a se desenvolver na graduação:

- **Competências Acadêmicas:** incluem a estruturação do conhecimento para uso em contextos clínicos; a formação de um processo de raciocínio clínico efetivo; o desenvolvimento de habilidades de aprendizagem autodirigidas; o aumento da motivação para aprender; estratégia, gerenciamento emocional, criatividade, tomada de decisões etc.
- **Competências Pedagógicas:** geralmente pertinentes apenas ao tutor/facilitador, abrangem o estímulo de interesse; a formulação de questionamentos reflexivos, envolventes e instigantes; a capacidade de coordenar e apoiar a formação do conhecimento de outros de modo organizado e teoricamente adequado; o auxílio à gestão individual e interpessoal etc.

**Figura 1 - Progressão da ênfase de competências na graduação médica**

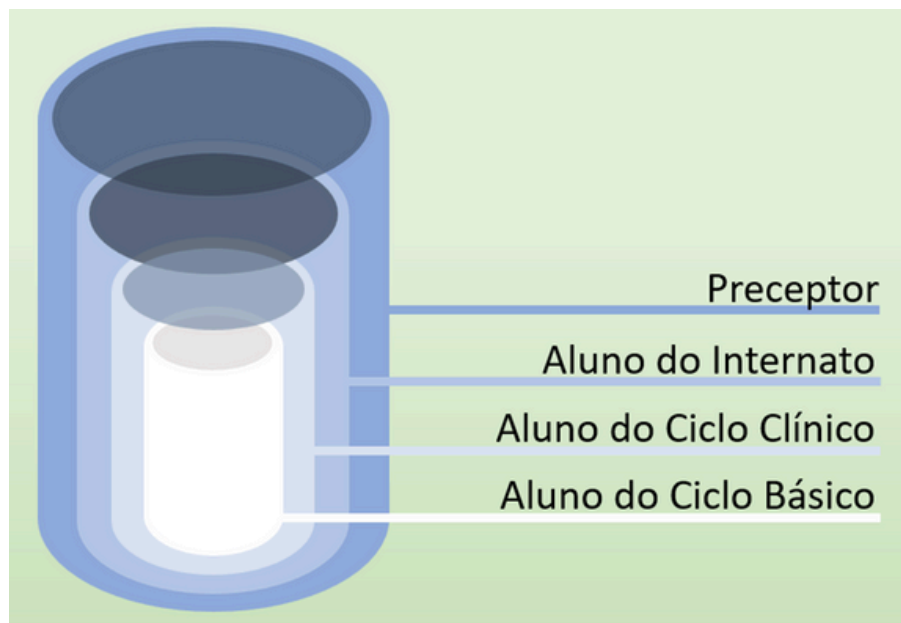


Fonte: Elaborado pelo autor (2024)

Compreende-se que para a formação de médicos humanos e didáticos, ambas competências devem ser estimuladas no decorrer da graduação. A ênfase em competências acadêmicas, construídas pelas experiências vivenciadas durante a formação médica, deve ser progressivamente deslocada para a ênfase na formação de competências pedagógicas, fundamentais para profissionais empáticos, motivadores e perpetuadores desse ciclo (figura 1).

Note que *ênfase* em competências pedagógicas **não** quer dizer parar de estudar o conteúdo teórico-prático! Significa que, no decorrer da formação, com uma base teórica sólida, o aluno mais avançado pode priorizar habilidades ainda não desenvolvidas *enquanto* aprofunda seus conhecimentos acadêmicos.

**Figura 2 - Esquema da "boneca russa" sobre a construção de competências**

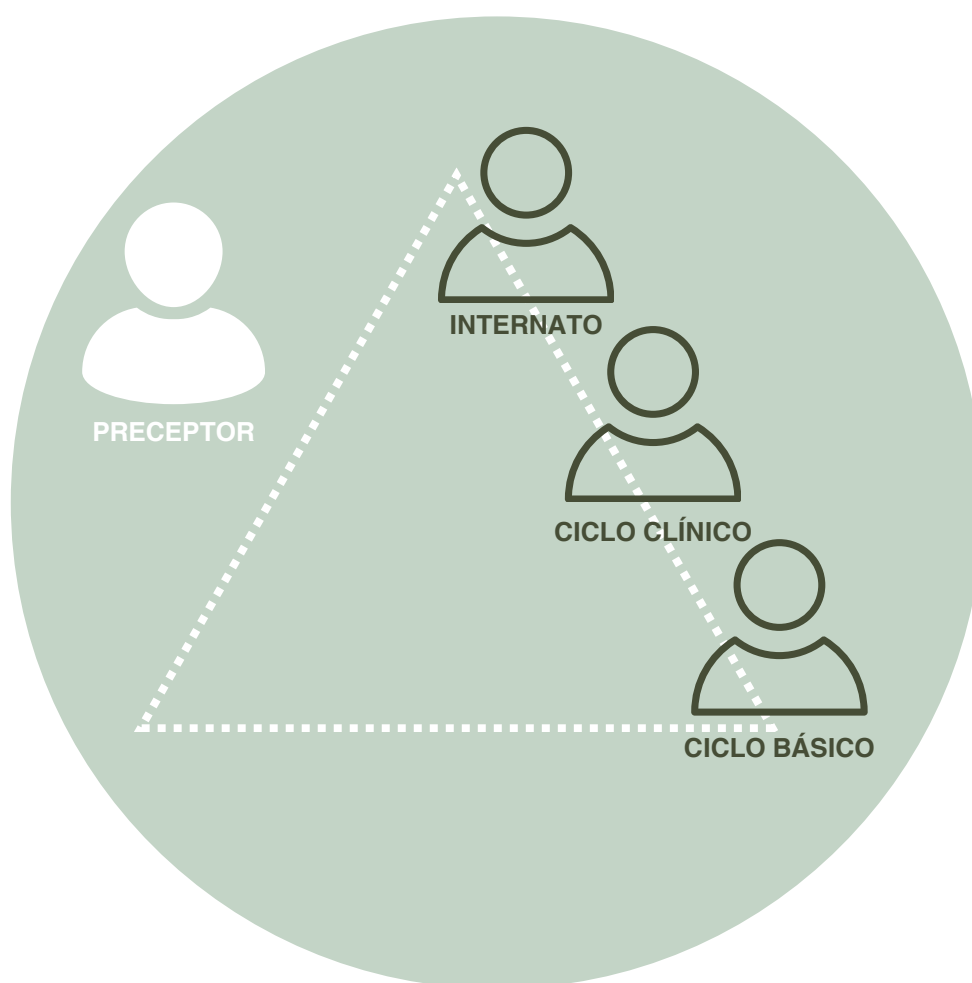


**Fonte: Elaborado pelo autor (2024)**

Novas competências são então incorporadas às prévias, em uma estrutura de construção cumulativa sobre o fundamento anterior, como em uma “boneca russa”, ou “matrioska”, esquematizado na figura 2.

Baseado nesse pressuposto, o Ambulatório Compartilhado divide a estrutura de seus integrantes, didaticamente, em um modelo bianual com três componentes: um aluno do **ciclo básico**, geralmente correspondente aos primeiros dois anos da formação; um aluno do **ciclo clínico**, do terceiro e quarto anos; e um aluno do **internato**, geralmente correspondente ao quinto e sexto anos de formação, além do preceptor (figura 3). A aprendizagem ocorre de forma progressiva, baseada no conhecimento prévio de cada integrante, permitindo que todos desenvolvam habilidades compatíveis às suas competências esperadas.

**Figura 3 - Estrutura do Ambulatório Compartilhado**

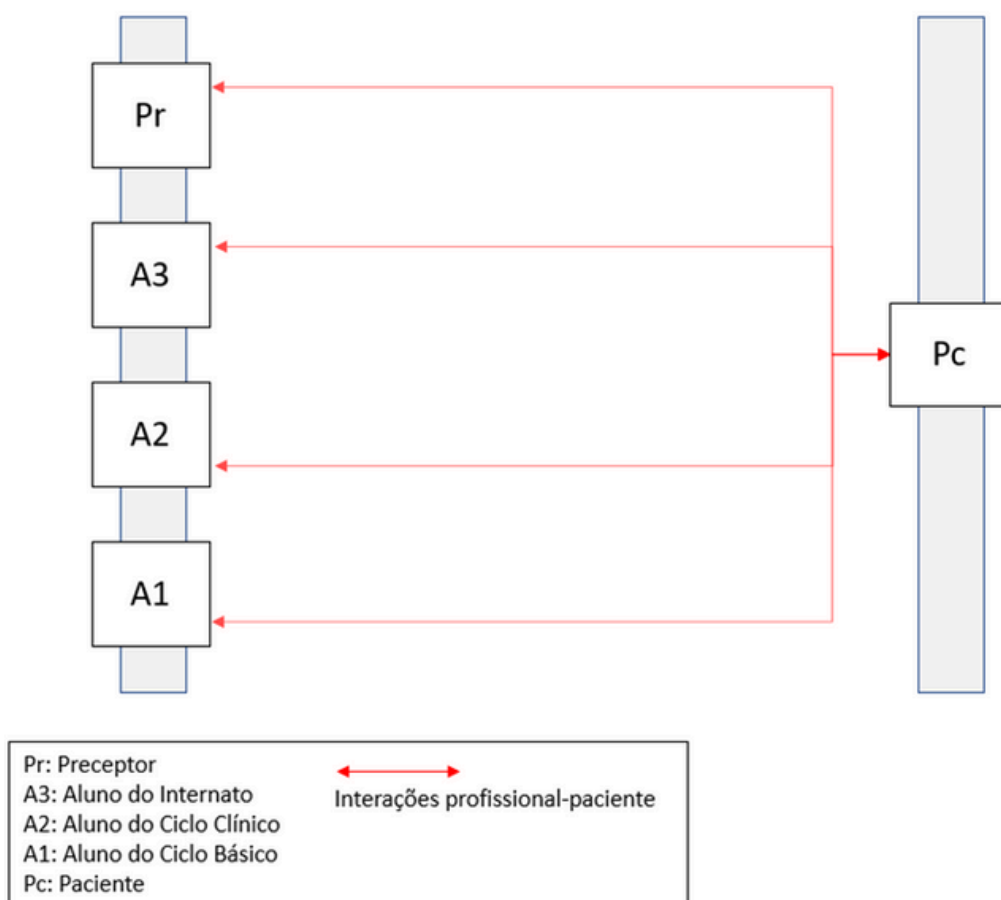


**Fonte: Elaborado pelo autor (2024)**

Note que essa é uma divisão **meramente didática**. Nada impede que o ambulatório tenha diferentes configurações, com mais ou menos participantes, ou pertencentes a momentos acadêmicos diferentes dos apresentados; as divisões propostas apenas separam as **diferenças hierárquicas** na formação dos integrantes, daquele com menores competências ao com maiores.

Frente a essas divisões, o Ambulatório Compartilhado insere os diferentes integrantes atendendo **juntos**, sob supervisão e auxílio de um preceptor, e com responsabilidades e competências diferentes (Figura 4).

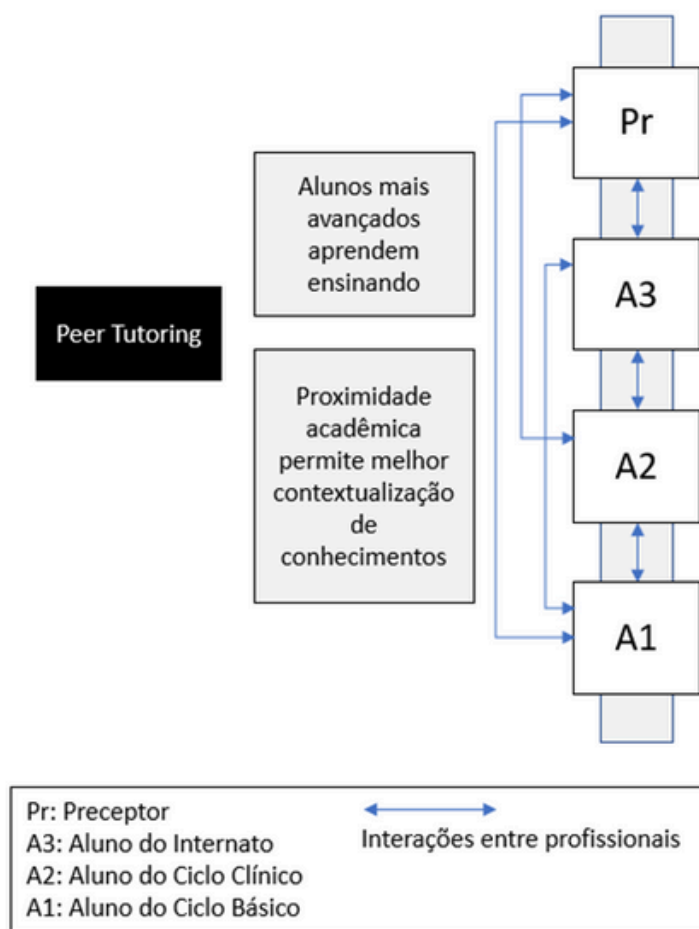
**Figura 4 - Integrantes do Ambulatório Compartilhado**



Fonte: Elaborado pelo autor (2024)

Com base na teoria do *Peer Tutoring*, compreende-se que a inclusão dos estudantes de diferentes ciclos bianuais permite uma proximidade acadêmica que **facilita a compreensão contextual** teórico-prática, além de permitir que os estudantes mais avançados, com maior construção cumulativa de competências, possam **aprender ensinando**, consolidando seus saberes acadêmicos e exercitando seus pedagógicos (figura 5).

Figura 5 - O peer tutoring no Ambulatório Compartilhado

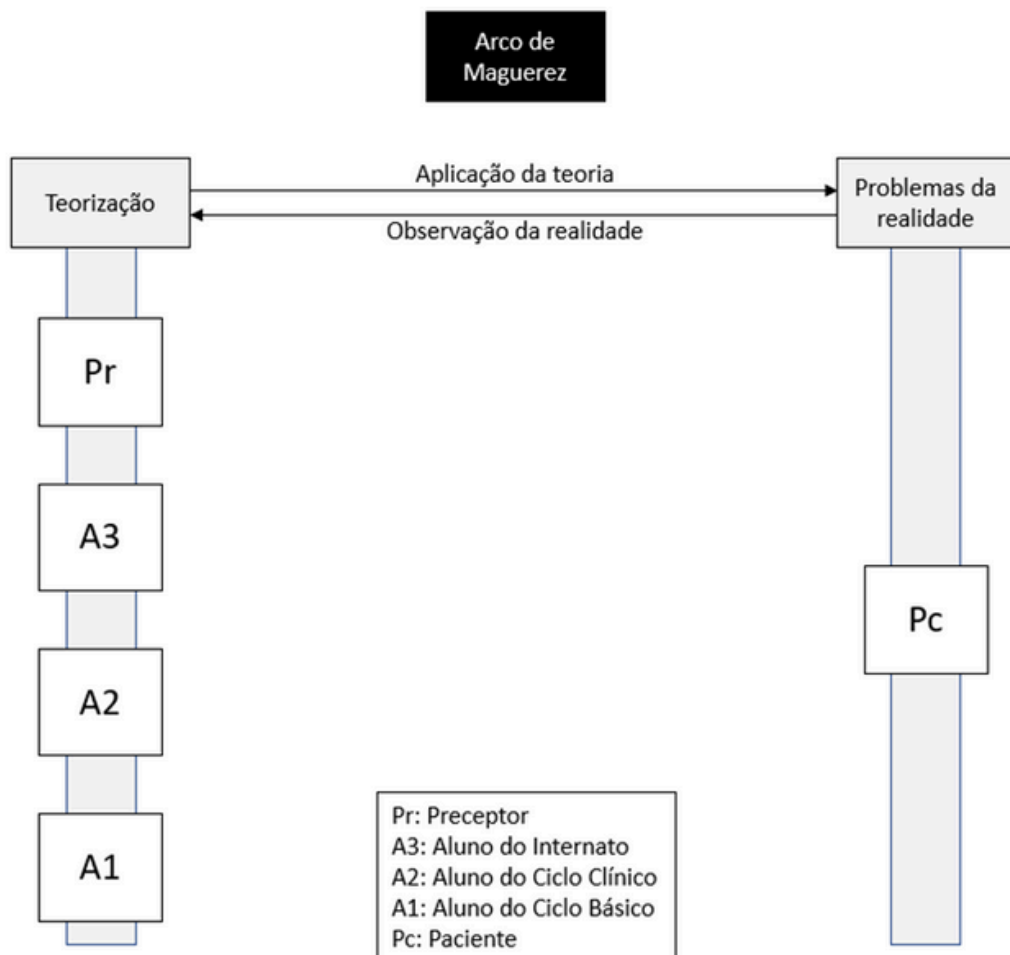


Fonte: Elaborado pelo autor (2024)



A teoria do arco de Maguerez nos permite extrair, a partir da **observação da realidade** do paciente, os pontos-chave de seus problemas e, a partir da **teorização** pertinente ao conhecimento prévio de cada integrante, formular **hipóteses de solução** que serão reaplicadas na realidade. A figura 6, adaptada do Arco de Maguerez, nos permite aplicá-la ao contexto dos integrantes do Ambulatório.

**Figura 6 - O arco de Maguerez no Ambulatório Compartilhado**



Fonte: Elaborado pelo autor (2024)

Dentro de um atendimento, são esperadas diversas competências dos profissionais, como a realização de entrevista clínica, realização de exame físico direcionado, interpretação de exames laboratoriais, preenchimento de prontuário, formulação de hipóteses diagnósticas, tomada de conduta, organização de raciocínio etc.

A partir do recorrido sobre a Teoria do Conhecimento Docente no Ambulatório Compartilhado, essas competências devem ser divididas **conforme sua progressão acadêmica**, de acordo com o **grau de complexidade** da tarefa, e com o **equilíbrio entre conforto e desafio** que o integrante é capaz de lidar (figura 7).

### CICLO BÁSICO

Foco em **adquirir conhecimento técnico e observação**. Exemplo de competências: realizar ou auxiliar na anamnese e no exame físico, aferir sinais vitais, auxiliar no registro dos prontuários.

### CICLO CLÍNICO

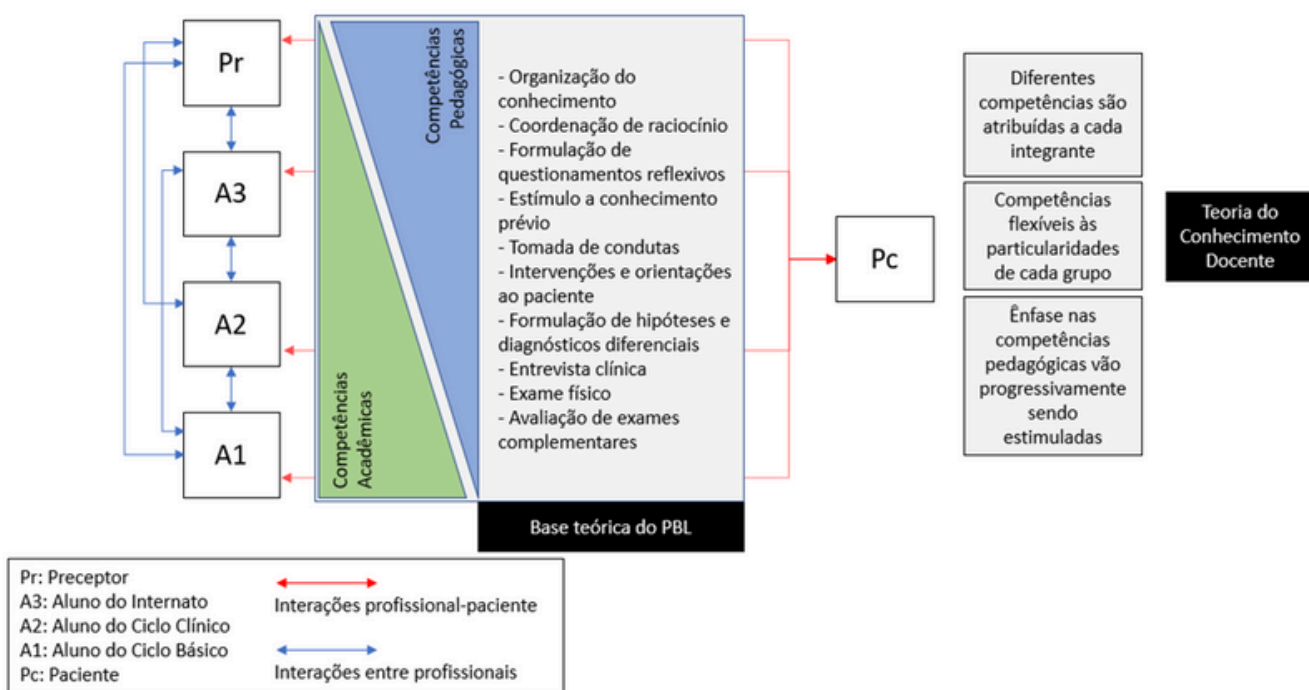
Desenvolvimento do **raciocínio clínico e comunicação** com pacientes. Exemplo de competências: realizar ou auxiliar o aluno do ciclo básico na anamnese e no exame físico, realizar registro dos prontuários, checar ou ajudar na verificação de exames, elaborar hipóteses diagnósticas.

### INTERNATO

Maior autonomia na **tomada de decisões e ensino** aos colegas. Exemplo de competências: auxiliar os demais alunos básico na anamnese e no exame físico (realizá-los em caso de maior complexidade exigida), realizar ou ajudar no registro dos prontuários, interpretar exames, elaborar hipóteses diagnósticas, sugerir condutas.

A divisão de tarefas é **flexível**, permitindo que cada grupo adapte as funções designadas conforme suas necessidades. Esse modelo fortalece tanto as habilidades acadêmicas quanto pedagógicas, preparando os alunos para a prática médica e para o ensino.

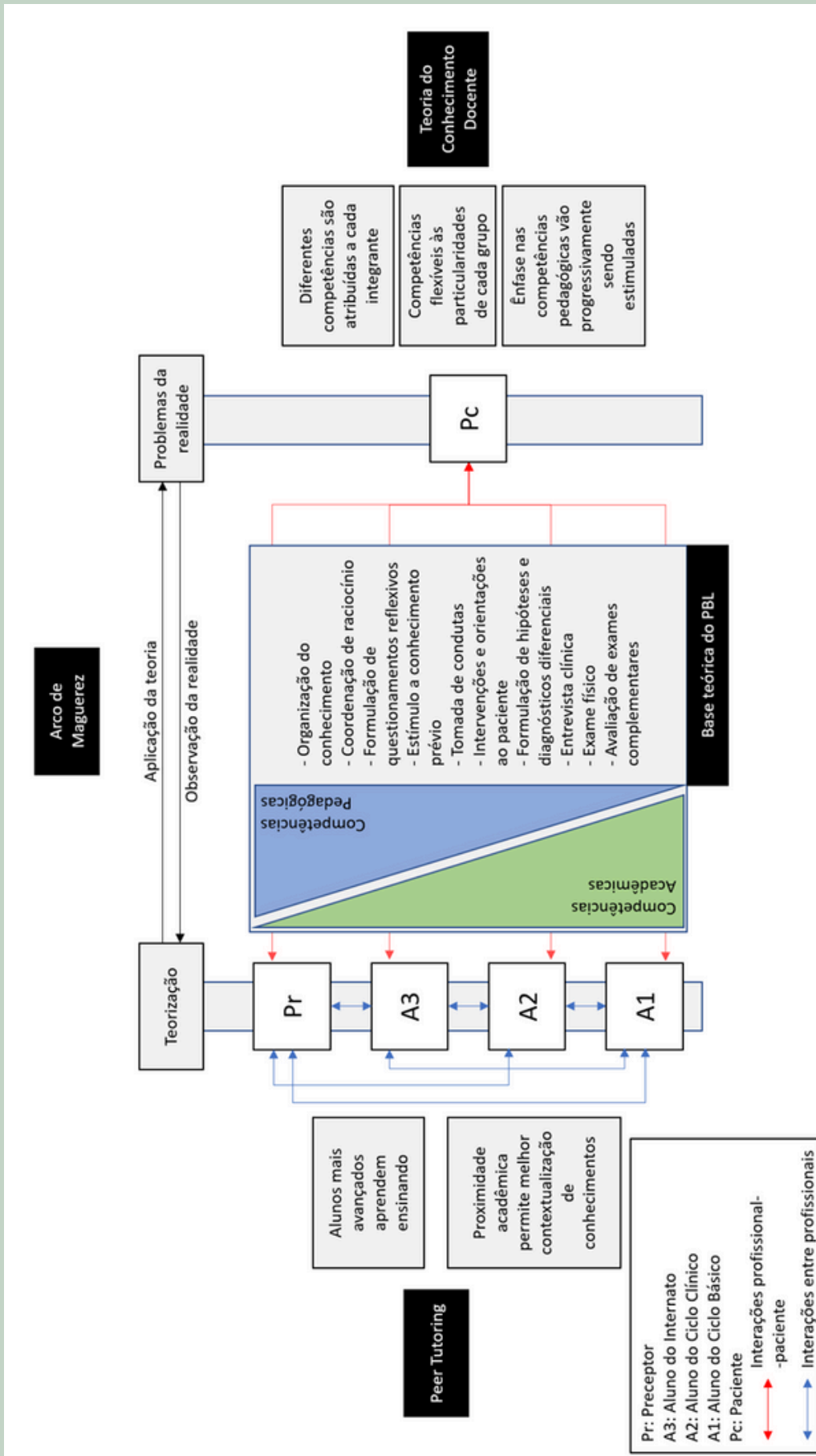
**Figura 7 - A Teoria do Conhecimento Docente no Ambulatório Compartilhado**



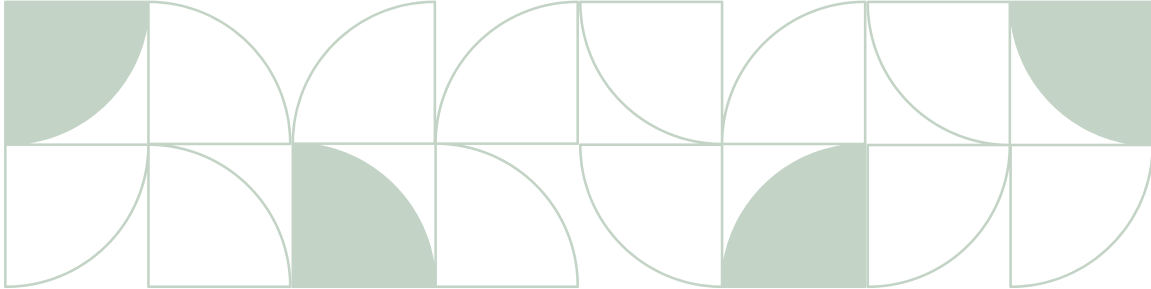
Fonte: Elaborado pelo autor (2024)

A partir da união desses princípios, compreende-se a estrutura teórica global do Ambulatório Compartilhado, na figura 8.

Figura 7 - Base conceitual do Ambulatório Compartilhado



Fonte: Elaborado pelo autor (2024)

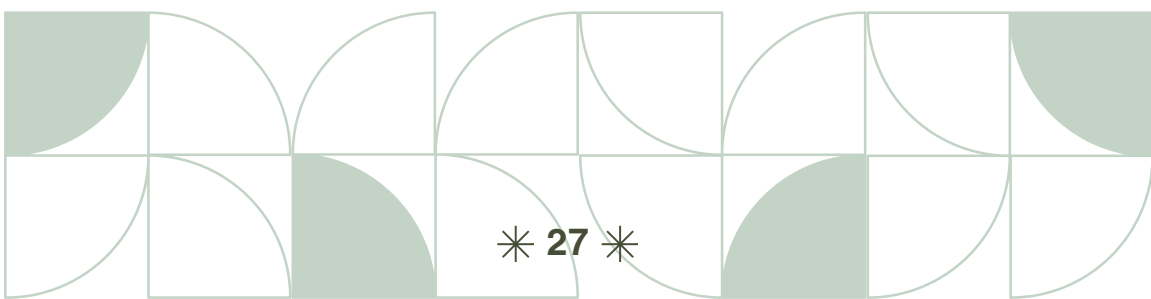


---

# A Prática

Como usar o Ambulatório Compartilhado?

---



# Construindo um Ambulatório Compartilhado

Apesar de ser construído para a atuação médica na Atenção Básica e possuir uma estrutura de divisão hierárquica, o Ambulatório Compartilhado é flexível o bastante para permitir sua adequação a qualquer serviço de atendimento a pacientes onde o preceptor tenha mais de um aluno, de preferência em momentos acadêmicos distintos.

O Ambulatório Compartilhado permite a flexibilização para diferentes tipos de preceptoria (preceptor em sala, facilitador etc.). O necessário para um atendimento é apenas um consultório amplo, que permita a entrevista e exame clínico do paciente; demais recursos, como salas de discussão ou salas de espera, podem ser utilizados de acordo com as necessidades do seu Ambulatório Compartilhado.

## Processo Reflexivo

Um dos aspectos mais importantes em qualquer metodologia ativa de qualidade é a **reflexão da prática**. No balanço ensino-serviço que o preceptor equilibra no seu dia a dia, enquanto as outras fases do atendimento são parte da dinâmica do serviço, **a reflexão é o aspecto mais importante do ensino**. Entretanto, é também o mais negligenciado frente às demandas e correria do trabalho, tanto pelo preceptor quanto pelos alunos.

**Jamais subestime o impacto da reflexão!** É somente nela que os alunos (e preceptores também!) são capazes de entender o que funciona, o que precisa de ajustes, e quais necessidades devem ser atendidas, tanto em nível individual, nas relações entre pares, na dinâmica profissional-paciente, e no Ambulatório em si!

# Organização dos Atendimentos

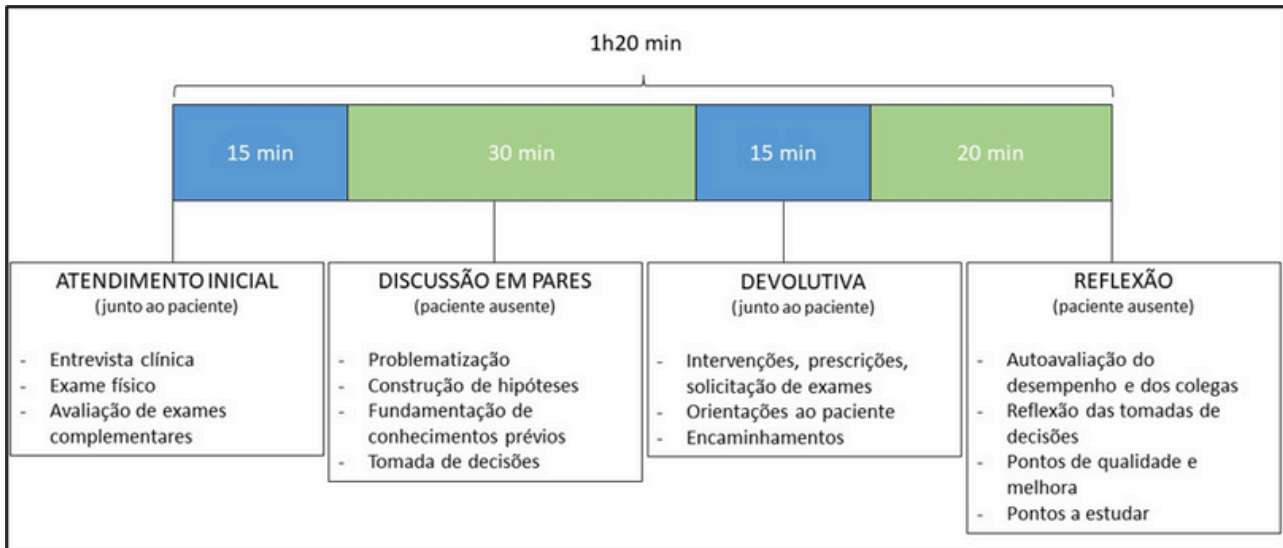
Os atendimentos no Ambulatório Compartilhado são divididos em quatro momentos, de forma a reproduzir a cadência natural do raciocínio clínico e estimular o processo reflexivo dos participantes. Como na figura 9, eles são:

- **Atendimento Inicial**
  - Entrevista e exame físico com o paciente para compreender suas queixas e demandas, e avaliação de exames complementares
- **Discussão em Pares**
  - Discussão do caso, problematização e formulação de hipóteses de solução
- **Devolutiva**
  - Tomada de condutas e interlocução com paciente, além de demais informações pertinentes ao caso
- **Reflexão**
  - Processo reflexivo quanto às condutas tomadas, autoavaliação do desempenho, dos colegas e do preceptor, bem como pontos a melhorar e de necessidade de aprofundamento teórico

Essa organização foi construída para auxiliar a organização e estruturação dos alunos e do serviço.

O tempo estimado pode ser adaptado para diversos períodos de atendimento.

Figura 9 - Ciclo estimado de fases de atendimento



Fonte: Elaborado pelo autor (2024)

## Atendimento Inicial

Com as incumbências de cada grupo divididas e claras, o grupo recebe o paciente em sala e inicia o atendimento.

O objetivo dessa fase é obter informações suficientes para **compreender as queixas e necessidades do paciente**, assim como registrar suas demandas e problemas. Isso engloba a entrevista clínica, exame físico e avaliação de exames complementares.

Dentro da estrutura SOAP de anamnese, essa fase corresponde ao “Subjetivo” (obtenção das informações e relatos do paciente) e “Objetivo” (obtenção de dados observáveis e mensuráveis durante a consulta).



## Discussão em Pares

Em momento consensual do fim do Atendimento Inicial, ou por sugestão do preceptor, inicia-se a fase de Discussão em Pares. O projeto inicial sugere a realização da discussão na ausência do paciente – tanto solicitando que aguarde em sala de espera, ou realizando a discussão em outro aposento enquanto o paciente aguarda em consultório –, com o objetivo de permitir uma discussão livre e sem filtros pelos integrantes, porém é perfeitamente possível realizá-la com o paciente em sala.

O objetivo dessa fase é, a partir dos problemas do paciente e se utilizando dos conhecimentos prévios de cada integrante, **trabalhar as possíveis hipóteses diagnósticas**, sindrômicas ou etiológicas, avaliar a necessidade de exames complementares, e **elaborar um plano terapêutico singular** ao paciente, podendo envolver prescrição de medicamentos, orientações de cuidado, encaminhamentos a outros profissionais ou demais condutas necessárias.

Essa fase corresponde ao item “Avaliação” (formulação de hipóteses diagnósticas e lista de problemas) da estrutura SOAP, e a formulação do “Plano” (condutas, manejos e cuidados), que será discutido e combinado em conjunto com o paciente.

## Devolutiva

Após conclusão da Discussão, paciente e integrantes se reúnem, e os alunos discutem com o paciente os **resultados de sua discussão**, assim como as **condutas propostas**. São elaborados os planos diagnósticos, terapêuticos, de acompanhamento e educacionais. Os documentos necessários (receitas, encaminhamentos, atestados, pedidos de exame etc.) são preenchidos e entregues.

Essa fase finaliza o “Plano” da estrutura SOAP.

## Reflexão

Já sem o paciente, o preceptor e os alunos se reúnem para discutir quanto ao desempenho de cada integrante e do grupo no acolhimento e cuidado com o paciente.

O objetivo é **estimular o processo de reflexão sobre a prática**, de modo a evitar o automatismo, compreender possíveis pontos de melhora, expor necessidades e deficiências, consolidar competências bem desenvolvidas, refinar os detalhes de cada Ambulatório Compartilhado, e redefinir as competências, se necessário.

Orienta-se estimular cada indivíduo a realizar uma **autoavaliação de desempenho**, assim como **do grupo**. Nesse momento é importante que o preceptor também contribua (ou às vezes o inicie) com sua própria autoavaliação, e percepção dos demais.

Pode ser interessante estimular as reflexões com **perguntas abertas** (“*O que você gostou do atendimento?*”) ou **abrangentes** (“*O que acredita que poderia melhorar na nossa prática?*”), sem singularizar respostas ou comentários, o que pode gerar conflitos entre os integrantes. Dê comentários gentis e estimulantes, e os estimule dos colegas mais velhos. Esse processo deve ser sempre **compassivo e atencioso com as necessidades de cada um**, e por vezes pode ser prudente postergar uma devolutiva individual para um momento posterior, em privacidade.

Dependendo do funcionamento do serviço, o processo reflexivo pode ser realizado ao final de cada atendimento, após o término de todos os atendimentos, ou periodicamente, talvez a cada dois ou três pacientes. Entretanto, **não deixe de realizá-lo!** É fácil adiar ou omitir a reflexão da prática, mas, como uma avaliação, ela é fundamental para a consolidação de boas práticas, compreensão de pontos de melhora e evolução das competências dos alunos. Também é a forma de compreender como os alunos têm percebido seu Ambulatório Compartilhado, e o que o grupo pode fazer para adaptá-lo às necessidades de cada um.

## Divisão e preparo dos grupos

Dependendo do número de participantes, esse passo é opcional. Caso haja um número de participantes maior que o sugerido, ou se compreenda que a quantidade de alunos possa prejudicar o desenrolar da atividade, é possível dividir os integrantes em dois ou mais grupos, de acordo com a disponibilidade do local e do preceptor.

O número ideal são três integrantes, mas o Ambulatório Compartilhado comporta de dois a cinco integrantes, mais o preceptor. Um número maior do que cinco integrantes pode sobrecarregar o preceptor e inibir os pacientes, prejudicando o atendimento. Sugere-se que, no caso de seis ou mais alunos, sejam segmentados dois ou mais grupos, se possível.

Os alunos devem compreender o funcionamento do Ambulatório Compartilhado, suas fases, competências e interações com os demais integrantes. Tire um momento para explicar todo o processo e sanar as dúvidas *antes* da dinâmica.

## Partilha de Competências

A partilha de competências será **diferente para cada grupo**, e pode ser **rediscutida e redistribuída entre os atendimentos**. Os alunos devem dizer o que se sentem confortáveis em realizar e dividir entre si o que acontecerá durante o atendimento. O preceptor pode sugerir a configuração que acredita ser melhor para auxiliar nessa partilha. Utilize, caso necessário, os exemplos de Sugestão de Competências citados na página 47.



Sugere-se que alunos menos experientes tenham **papel mais ativo** e protagonismo nas consultas, e os alunos mais experientes **facilitem seu processo** com perguntas condutoras e ideias de raciocínio.

Lembre-se de que **cada grupo será único**, e que os níveis de conforto de cada aluno com as competências, especialmente no início, poderão variar bastante. Estimule-os a se desafiar, aproveitando as oportunidades que o Ambulatório oferece, porém **não os force** caso não se sintam à vontade. Talvez atender um primeiro paciente, com auxílio de um estudante mais experiente, possa atrair os mais novos a participar ativamente do processo.

## Papel do Preceptor

O preceptor pode assumir diferentes papéis, de acordo com o grupo, as demandas e a necessidade. Alguns exemplos são:

- **Cuidado Supervisionado:** o preceptor permanece no consultório durante todo o atendimento, acompanhando o processo e oferecendo suporte quando necessário. Ele confere o prontuário, acompanha o exame clínico e norteia as condutas. Ideal para grupos iniciantes no Ambulatório Compartilhado, alunos mais novos, ou que tenham pouca experiência clínica.
- **Facilitador:** os alunos realizam o Atendimento Inicial apenas com o paciente, e realizam a Discussão com o preceptor, que pode retornar com os alunos para a Devolutiva e auxiliar no final da consulta, se achar necessário. Ideal para alunos mais velhos, com mais experiência clínica, ou em processo de independência.
- **Residente como preceptor:** também é possível atribuir a função de preceptoria ao residente, de forma a integrá-lo no processo e estimular seu desenvolvimento de habilidades pedagógicas.



## Dicas aos estudantes mais novos

- É normal se sentir inibida(o) e/ou despreparada(o) para determinadas tarefas, especialmente frente a novas experiências, mas **tente sair de sua zona de conforto e se permitir novos desafios!** Só assim conseguimos crescer e nos desenvolver. Aproveite a oportunidade na prática que o Ambulatório oferece!
- **Não tenha medo de se arriscar** em atividades que talvez não tenha tanta experiência. **Esse é o momento de praticar.** O preceptor e colegas mais velhos estarão lá para ajudá-lo, e irão corrigir qualquer equívoco ou problema. Eles também passaram por onde você está hoje!
- Preste atenção em **como você se sente.** Sua experiência é valiosa para o grupo. O que acha que funciona? O que acha que poderia melhorar? Como avalia seu desempenho? O que faria diferente depois de refletir? Que experiências prévias você acha que poderiam ajudar aqui?
- Ao final do processo, **tire suas dúvidas** com os colegas mais velhos e preceptor. **Anote** suas dificuldades e pontos a estudar. Nada como a prática para nos demonstrar nossas lacunas!

## Dicas aos estudantes mais avançados

- Procure assumir um papel de **facilitador do conhecimento**, permitindo à(ao) colega ser proativa(o) nas atividades que são de sua responsabilidade.
- Priorize **dar o lugar de fala** aos colegas mais novos, e **os permita falar primeiro**. Cuidado para não monopolizar a fala! Não é incomum colegas mais novos se sentirem intimidados; eles precisam de espaço e segurança.
- Mesmo que saiba o que fazer ou dizer, **aguarde** para ver as ideias dos colegas mais novos.
- Frente a um raciocínio falho ou incompleto, ao invés de dar a resposta, **conduza** por meio de perguntas e hipóteses, de forma a iluminar as lacunas nos pensamentos dos colegas.
- **Perguntas includentes** podem ajudar a estimular colegas mais novos ou acanhados a se sentirem incluídos no processo. Por exemplo:
  - *“Você gostaria de perguntar/acrescentar alguma coisa?”*
  - *“Lembra de algo a mais sobre esse tema/essa questão?”*
  - *“Você ficou com alguma dúvida sobre o que dissemos?”*
- Se perceber algum colega com dificuldade ou informação incorreta, auxilie-o com **humildade e gentileza**, tomando cuidado para não inibi-lo ou humilhá-lo.
- Faça **questionamentos amplos**, que ajudem a conduzir o raciocínio dos colegas. Evite posturas de “adivinha o que estou pensando!” ou de dar “dicas para a resposta certa”; chegar sozinho a uma resposta errada pode ensinar mais que dar a resposta certa!



# Exemplos de adaptação

## Enfermagem

O Ambulatório Compartilhado pode ser adaptado ao curso de Enfermagem mantendo sua essência de aprendizado colaborativo e ensino prático na Atenção Básica. A principal mudança seria a redistribuição dos papéis dos alunos e a ênfase em competências específicas da profissão.

### Estrutura da Equipe no Curso de Enfermagem

Composição ideal:

- Ciclo Básico (1º e 2º anos) → Observação, coleta de sinais vitais e apoio em anamnese.
- Ciclo Clínico (3º e 4º anos) → Realização de procedimentos e assistência direta ao paciente.
- Internato ou Estágio Supervisionado (5º ano) → Liderança no atendimento e tomada de decisão sob supervisão.
- Preceptor Enfermeiro → Supervisiona e orienta os alunos durante os atendimentos.

### Organização dos Atendimentos

Cada consulta pode seguir essas etapas:

- Atendimento inicial – Coleta de dados, exame físico e identificação de necessidades.
- Discussão em pares - Discussão do caso com grupo, fora do leito. Realizando planejamento de cuidados e intervenções.
- Devolutiva – Aplicação do plano de cuidados e educação em saúde para o paciente.
- Reflexão – Discussão sobre o atendimento, troca de experiências e pontos de melhoria.

## Principais Competências Desenvolvidas

O Ambulatório Compartilhado adaptado para Enfermagem pode fortalecer habilidades essenciais como:

- Raciocínio clínico em enfermagem – Identificação de diagnósticos de enfermagem e planejamento do cuidado.
- Trabalho em equipe e liderança – Aprendizado interprofissional e tomada de decisões em grupo.
- Comunicação terapêutica – Aperfeiçoamento da interação com pacientes e familiares.
- Educação em saúde – Promoção de orientações e práticas preventivas na comunidade.
- Execução de procedimentos – Administração de medicamentos, curativos, aferição de sinais vitais e outros cuidados.

## Onde Implementar?

O modelo pode ser aplicado em:

- Unidades Básicas de Saúde (UBS)
- Estratégia Saúde da Família (ESF)
- Ambulatórios de especialidades
- Hospitais-escola
- Comunidades vulneráveis com necessidade de assistência contínua

## Odontologia

O Ambulatório Compartilhado pode ser aplicado à Odontologia, adaptando os papéis dos alunos e as práticas para atender às especificidades do cuidado odontológico, mantendo o aprendizado colaborativo e a integração entre os diferentes níveis da graduação.



## Estrutura da Equipe no Curso de Odontologia

### Composição ideal:

- Ciclo Básico (1º e 2º anos) → Observação, educação em saúde bucal e assistência em procedimentos simples.
- Ciclo Clínico (3º e 4º anos) → Exame clínico, diagnóstico inicial e realização de procedimentos supervisionados.
- Internato ou Estágio Supervisionado (5º ano) → Planejamento do tratamento e execução de procedimentos mais complexos.
- Preceptor Cirurgião-Dentista → Supervisiona os atendimentos e orienta os alunos.


### Organização dos Atendimentos

#### Cada consulta pode seguir essas etapas:

- Atendimento Inicial – Coleta de anamnese, exame bucal e identificação de necessidades.
- Discussão em pares – Planejamento do tratamento com base nas condições do paciente.
- Devolutiva – Aplicação de medidas preventivas e terapêuticas, conforme o nível de cada aluno.
- Reflexão – Discussão sobre o atendimento, troca de experiências e sugestões de melhoria.

### Principais Competências Desenvolvidas

- Diagnóstico odontológico – Avaliação da condição bucal e identificação de doenças.
- Planejamento de tratamento – Definição de condutas e estratégias de cuidado.
- Execução de procedimentos clínicos – Restaurações, extrações, profilaxia, aplicação de flúor, entre outros.

- 
- Educação em saúde bucal – Orientação sobre higiene e prevenção de doenças.
  - Trabalho em equipe e liderança – Desenvolvimento de habilidades interdisciplinares e gestão de casos.

Onde Implementar?

O Ambulatório Compartilhado em Odontologia pode ser aplicado em:

- Unidades de Saúde Bucal na Atenção Primária
- Clínicas-escola das universidades
- Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)
- Projetos comunitários e ações de prevenção

## Visitas Domiciliares

O Ambulatório Compartilhado pode ser adaptado para visitas domiciliares, ampliando o aprendizado dos alunos no atendimento em domicílio, especialmente no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do cuidado a pacientes com dificuldades de locomoção.

Estrutura da Equipe para Visitas Domiciliares

Composição ideal:

- Ciclo Básico (1º e 2º anos) → Observação, acolhimento e apoio na coleta de dados.
- Ciclo Clínico (3º e 4º anos) → Realização de anamnese, exame físico e proposta de conduta.
- Internato ou Estágio Supervisionado (5º e 6º anos) → Planejamento do atendimento, tomada de decisão e educação em saúde.
- Preceptor (Médico, Enfermeiro ou outro profissional da ESF) → Supervisiona o atendimento e orienta os alunos.
- Agente Comunitário de Saúde (ACS) → Auxilia na mediação com o paciente e familiares.

## Organização da Visita Domiciliar

O atendimento segue estas etapas:

- Preparo – Discussão prévia sobre o paciente e seus principais problemas de saúde.
- Avaliação inicial – Coleta de dados, exame físico, levantamento de necessidades e realização de escalas de cuidado.
- Discussão de condutas – Planejamento das intervenções, educação em saúde e orientações para cuidadores. Pode ser realizada na própria casa, ou na Unidade Básica de Saúde (UBS).
- Devolutiva - Realizar intervenções, condutas e orientações na casa ou entrando em contato em momento posterior.
- Reflexão – Discussão final com o preceptor sobre o atendimento e aprendizado dos alunos.

## Principais Competências Desenvolvidas

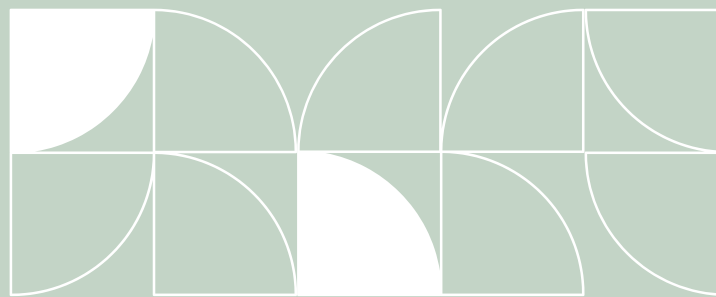
- Abordagem integral do paciente – Avaliação do contexto social e familiar no cuidado à saúde.
- Promoção da saúde – Educação em saúde para pacientes e cuidadores.
- Tomada de decisão em condições de complexidade diferentes – Identificação de agravos que necessitam encaminhamento ao Serviço de Atenção Domiciliar ou outro serviço especializado.
- Trabalho em equipe – Colaboração com diferentes profissionais e agentes comunitários.
- Empatia e comunicação terapêutica – Desenvolvimento de habilidades interpessoais no atendimento domiciliar.

## Onde Implementar?

- Estratégia Saúde da Família (ESF)
- Atenção Domiciliar (Melhor em Casa, SAD – Serviço de Atenção Domiciliar)
- Programas de Saúde do Idoso e de Pacientes Crônicos
- Residências terapêuticas e cuidados paliativos domiciliares



# Perguntas frequentes



## 1) Como posso avaliar os alunos no Ambulatório Compartilhado?

O processo de reflexão funciona naturalmente como forma de avaliação formativa do desempenho dos alunos, pela autoavaliação, feedback entre os pares e avaliação do preceptor. Entretanto, no caso da necessidade de avaliação somativa, pode-se utilizar ferramentas como o Global Rating e o Miniex (Miniexercício Clínico Avaliativo) para obtenção de avaliações objetivas.

## 2) Como corrigir um erro técnico ou informação incorreta durante um atendimento?

Apesar de o Ambulatório Compartilhado ser uma ferramenta pedagógica, ela é aplicada em serviços reais, com pacientes reais. Portanto, oferecer ao paciente informações corretas e atualizadas é de suma importância.

No caso de um aluno oferecer uma informação incorreta ou realizar uma técnica de forma inadequada, pode-se estimular, com prudência e bom senso, que alunos mais velhos ofereçam correções (*“Marina, acha que Miguel poderia aprimorar algo nessa palpação de abdome?”*), ou intervir com ajustes (*“Na verdade, só uma pequena correção...”*). Ao fim, o preceptor é responsável por oferecer ao paciente a melhor conduta e informações corretas, e deve servir de exemplo aos alunos.

Essa experiência pode ser discutida ao final do atendimento, durante a fase de Reflexão, ou individualmente com o estudante, à discrição do preceptor.

### 3) E se um aluno não se sentir confortável para desempenhar um papel específico?

A divisão de tarefas sempre deve ser ajustada para respeitar o nível de cada estudante, garantindo que todos participem ativamente. Por mais que uma competência possa parecer fácil ou adequada ao momento acadêmico de algum estudante, caso ela(e) não se sinta confortável com a atividade, não é prudente forçá-la(o). Vale lembrar que, em um atendimento tradicional, essa competência seria do preceptor.

Caso nenhum aluno se sinta confortável com uma tarefa, o preceptor ou residente deve realizá-la, podendo oferecer incentivos ou participações menores (“*Clarissa, você sabe realizar a ausculta dos focos cardíacos? Pode fazê-los no paciente, por gentileza?*”, ou “*Antônio, juntando essas queixas da paciente, o que você acredita que ela tenha? Pode dizer o que vem à cabeça, sem medo de errar*”).

É importante frisar que o incentivo dos acertos e a valorização dos conhecimentos prévios do aluno são ótimos modos de encorajá-lo a participar ativamente.

### 4) Quando devo intervir no atendimento?

Em grande parte, é fundamental estimular o protagonismo dos alunos durante os atendimentos. É fácil se permitir começar a “palestrar” sobre o assunto e assumir as rédeas da consulta, delegando aos alunos um papel passivo.

Em situações onde o paciente se direciona ao preceptor, sugere-se orientar a discussão de volta ao aluno realizando a entrevista (“*Perdão, dona Lena, nesse momento eu não posso interferir!*”, ou [direcionado ao estudante entrevistador] “*O que você acha, Ricardo?*”).

Em casos de discussões tangenciais que excessivamente tirem o foco da consulta, o preceptor pode nortear o discurso de volta aos tópicos fundamentais (“*Pessoal, apesar de essa ser uma discussão importante, a dor de dona Fátima é ainda mais importante. Vamos retomar as condutas?*”)

Entretanto, alguns momentos exigem intervenção direta do preceptor. Erros técnicos durante a realização do exame clínico e anamnese, quando não corrigidos por colegas academicamente mais avançados, devem ser pontuados e esclarecidos, assim como orientações errôneas e condutas incorretas durante a Devolutiva.

Por fim, conflitos entre paciente/familiar e alunos precisam ser mediados, assim como discussões ou enfrentamentos entre os próprios alunos durante qualquer fase do processo, de forma a priorizar o bem-estar e o atendimento do paciente, sem colocar em risco a integridade de quaisquer participantes.

## 5) Posso mudar o número de alunos do Ambulatório?

Sim. Apesar de o número ideal de participantes ser de dois a cinco alunos, respeitando-se a divisão de responsabilidades, o Ambulatório Compartilhado comporta flexibilidade no número de participantes.

## 6) O residente pode participar do Ambulatório?

Sim. Ele pode assumir o papel de aluno mais velho, ou de preceptor, como discutido em *Papel do Preceptor*, na página 34.

## 7) E se eu não tiver alunos do [Ciclo Básico / Ciclo Clínico / Internato]?

Os nomes Ciclo Básico, Ciclo Clínico e Internato são apenas para facilidade de compreensão. Eles denotam o caráter hierárquico dos integrantes, não necessitando corresponder às definições práticas.

## 8) O Ambulatório Compartilhado pode ser adaptado para outras áreas da saúde?

Sim! Embora tenha sido inicialmente idealizado para o curso de Medicina, o Ambulatório pode ser aplicado em outras áreas da saúde, como Enfermagem, Fisioterapia e Odontologia, assim como em outros serviços, como em visitas domiciliares, ambulatórios de atenção especializada, ou enfermarias, incentivando a colaboração interprofissional.

## 9) Durante a Discussão, o paciente precisa sair da sala?

Não. A discussão pode ser realizada em outro recinto, ou mesmo com o paciente em consultório. Alguns pacientes gostam de participar da discussão de suas questões de saúde, valorizando a atenção e o cuidado dispensados.

## 10) Preciso seguir essa exata estrutura de atendimento?

Apesar de a estrutura Atendimento Inicial → Discussão em Pares → Devolutiva → Reflexão ter sido idealizada a fim de auxiliar no raciocínio clínico e divisão de responsabilidades, e incentivarmos o compartilhamento dessas fases aos alunos para uma melhor compreensão dos papéis, essa é uma divisão didática, e que pode ser reestruturada de acordo com as necessidades de cada serviço.

Na prática, muitas vezes esses passos são realizados em conjunto, com obtenção de novas informações após devolutiva de condutas, entre outros.

## 11) Preciso mesmo realizar a Reflexão com os alunos?

A reflexão é discutivelmente o aspecto mais importante no desenvolvimento pedagógico do Ambulatório Compartilhado, tanto para os alunos, quanto aos preceptores. Entretanto, no decorrer das demandas cotidianas, corremos o risco de negligenciar sua importância.

**A reflexão é o olhar cuidadoso sobre nossas próprias práticas, condutas e decisões.** Do mesmo modo que uma escuta desatenta ou negligente à queixa de um paciente pode colocá-lo em risco de maiores complicações, a desatenção ou negligência à reflexão nos coloca em risco de cometermos erros, ou pior, de não aprendermos com eles. Aos alunos, isso é ainda mais nocivo: correm o risco de calcificar práticas erradas, que talvez nunca se endireitem.

É somente através da reflexão que tanto alunos quanto preceptores podemos reconhecer o que funciona e o que precisa de ajustes. Quanto mais reflexões, mais apreendemos das nossas experiências.

Ela não precisa ocorrer ao fim de cada atendimento, mas sugere-se ocorrer ao menos uma vez ao dia, enquanto as práticas ainda estão recentes e frescas na cabeça.

# Sugestão de Competências

## CICLO BÁSICO

- Preparo de materiais e organização do espaço
- Exame físico
- Suporte no registro de anotações e exames complementares
- Anamnese
- Participação na discussão

## CICLO CLÍNICO

- Suporte ao exame físico
- Suporte / Interpretação de exames complementares
- Anamnese
- Formulação de hipóteses diagnósticas e diagnósticos diferenciais
- Tomada de condutas (prescrições, encaminhamentos, pedidos de exame etc.)
- Participação na discussão

## INTERNATO

- Suporte ao exame físico
- Suporte à interpretação de exames complementares
- Suporte à anamnese
- Suporte / Formulação de hipóteses diagnósticas e diagnósticos diferenciais
- Tomada de condutas (prescrições, encaminhamentos, pedidos de exame etc.)
- Condução da discussão

# Considerações finais

O Ambulatório Compartilhado representa uma inovação na formação em saúde, integrando teoria e prática por meio de um ensino colaborativo e progressivo. Ao longo deste material, discutimos seus fundamentos, teoria, estrutura, aplicação prática e possibilidades de adaptação para diferentes contextos.

Este modelo tem como principal diferencial a interação entre alunos de diferentes níveis da graduação, promovendo o aprender ensinando, o desenvolvimento do raciocínio clínico, o fortalecimento do trabalho em equipe e o aprimoramento de competências pedagógicas e acadêmicas. Sob a supervisão de preceptores capacitados, essa abordagem não apenas melhora a experiência de aprendizagem, mas também contribui para um atendimento mais qualificado e humanizado aos pacientes.

A implementação do Ambulatório Compartilhado exige planejamento, capacitação dos preceptores e um ambiente propício à troca de conhecimentos. No entanto, seus benefícios são amplos, refletindo-se na formação de profissionais mais preparados, éticos e engajados com a realidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e com a promoção da saúde baseada no cuidado integral.

Espera-se que este material sirva como um guia prático para docentes, alunos e gestores, incentivando a adoção dessa metodologia e sua adaptação às necessidades locais. Como toda inovação educacional, sua aplicação pode (e deve) ser aprimorada continuamente, com base nas experiências e desafios enfrentados no campo.

O Ambulatório Compartilhado não é apenas um modelo de ensino, mas um caminho para transformar a educação na saúde, preparando profissionais mais humanos, críticos e comprometidos com a construção de um sistema de saúde mais eficiente e acessível para todos.

# Referências:

- ABREU, J.R.P. **Contexto atual do ensino médico:** metodologias tradicionais e ativas – necessidades pedagógicas dos professores e da estrutura da escola. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2009.
- ALEXANDER, S. M.; DALLAGHAN, G. L. B.; BIRCH, M.; SMITH, K. L.; HOWARD, N.; SHENVI, C. L. What Makes a Near-Peer Learning and Tutoring Program Effective in Undergraduate Medical Education: a Qualitative Analysis. **Medical Science Educator**, v. 32, n. 6, p. 1495–1502, 2022.
- AUTONOMO, F. R. O. M.; HORTALE, V. A.; SANTOS, G. B. D.; BOTTI, S. H. D. O. A Preceptoria na Formação Médica e Multiprofissional com Ênfase na Atenção Primária – Análise das Publicações Brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 2, p. 316–327, jun. 2015.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução Nº. 3 de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, 23 jun. 2014; Seção 1, p. 8-11.
- BUCKLEY, S.; ZAMORA, J. Effects of participation in a cross year peer tutoring programme in clinical examination skills on volunteer tutors' skills and attitudes towards teachers and teaching. **BMC Medical Education**, v. 7, n. 1, 28 jun. 2007.
- COSTA, N. M. S. C. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 1, p. 21–30, abr. 2007.
- FARIAS, P. A. M.; MARTIN, A. L. A. R.; CRISTO, C. S. Aprendizagem Ativa na Educação em Saúde: Percurso Histórico e Aplicações. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 1, p. 143–150, mar. 2015.
- GILL, D.; PARKER, C.; SPOONER, M.; THOMAS, M.; AMBROSE, K.; RICHARDSON, J. Tomorrow's Doctors and Nurses: Peer assisted learning. **The Clinical Teacher**, v. 3, n. 1, p. 13–18, mar. 2006.
- MAURER, H.; NEUHOLD, C. Problems Everywhere? Strengths and Challenges of a Problem-Based Learning Approach in European Studies. **Higher Education Academy Social Science Conference**. In: PBL IN EUROPEAN STUDIES – MAASTRICHT EXPERIENCE. 2012 APSA Teaching and Learning Conference, 2 fev. 2012.
- MEIRELES, M. A. C.; FERNANDES, C. C. P.; SILVA, L. S. E. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação Médica: Expectativas dos Discentes do Primeiro Ano do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 2, p. 67–78, jun. 2019.

# Referências:

- MISSAKA, H.; RIBEIRO, V. M. B. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos congressos Brasileiros de educação médica 2007-2009. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 3, p. 303–310, set. 2011.
- NEWMAN, M. J. Problem Based Learning: An Introduction and Overview of the Key Features of the Approach. **Journal of Veterinary Medical Education**, v. 32, n. 1, p. 12–20, mar. 2005.
- OLIVEIRA, S. F.; CUNHA, A. J. L. A. D.; TRAJMAN, A.; TEIXEIRA, C.; GOMES, M. K.; HALFOUN, V. Percepção sobre o Internato de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro pelos Preceptores do Serviço na Atenção Básica: um Estudo de Caso. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 41, n. 1, p. 79–85, jan. 2017.
- QIN, Y.; WANG, Y.; FLODEN, R. E. The Effect of Problem-Based Learning on Improvement of the Medical Educational Environment: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Medical Principles and Practice**, v. 25, n. 6, p. 525–532, 2016.
- RIBEIRO, P. K. C.; FIRMO, W. D. C. A.; SOUSA, M. H. S. L.; FIGUEIREDO, I. A.; PACHECO, M. A. B. Os profissionais de saúde e a prática de preceptoria na atenção básica: assistência, formação e transformações possíveis. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care**, v. 12, p. 1–18, 2020.
- ROMÃO, G. S.; BESTETTI, R. B.; COUTO, L. B. Aplicação do PBL Clínico na Atenção Primária em Cursos de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 4, 2020.
- SHULMAN, L. Knowledge and Teaching: Foundations of the New Reform. **Harvard Educational Review**, v. 57, n. 1, p. 1–23, abr. 1987.
- SUKRAJH, V.; ADEFOLALU, A. O. Peer Teaching in Medical Education: Highlighting the Benefits and Challenges of Its Implementation. **European Journal of Education and Pedagogy**, v. 2, n. 1, p. 64–68, 18 fev. 2021.
- TEN CATE, O.; DURNING, S. Dimensions and psychology of peer teaching in medical education. **Medical Teacher**, v. 29, n. 6, p. 546–552, 1 jan. 2007.
- TOPPING, K. J. The effectiveness of peer tutoring in further and higher education: A typology and review of the literature. **Higher Education**, v. 32, n. 3, p. 321–345, out. 1996.
- VIDAL VILLA, A.; CASTILLO DELGADO, R.; GÓMEZ, J. Eight years of PBL peer-tutors experience at the Universidad Austral of Chile's Medical School. **Investigación en Educación Médica**, v. 6, n. 21, p. 35–41, jan. 2017.
- VIDAL VILLA, A.; CASTILLO DELGADO, R. Formación de estudiantes de Medicina como tutores pares en aprendizaje basado en problemas. **Educación Médica Superior**, v. 33, n. 3, set. 2019.