

Representação Social das Vivências de Estudantes no Curso de Medicina

Social Representation of Student Experiences in Medical School

Abrão Georges Restom¹
José Carlos Riechelmann¹
Valéria Menezes Peixeiro Machado¹
José Lúcio Martins Machado¹

PALAVRAS-CHAVE

- Educação Médica;
- Aprendizagem Baseada em Problemas;
- Sistema Único de Saúde.

KEYWORDS

- Medical Education;
- Problem-Based Learning;
- Unified Health System.

RESUMO

A medicina atua com a prevenção e a cura das doenças humanas num sentido amplo. Uma formação com enfoque em problemas permite ao estudante um poder de análise dos componentes das situações de saúde. O Programa de Integração em Saúde da Comunidade (Pisco) prevê levar estudantes e professores para a vivência da prática voltada à integralidade das ações, valorizando a prevenção e a promoção à saúde. O objetivo deste estudo foi analisar as vivências dos estudantes de Medicina no processo de avaliação das atividades do Pisco do primeiro ao quarto ano do curso e a sua relação com o projeto pedagógico do curso. Foi realizado um estudo descritivo quali-quantitativo. Foram produzidos registros escritos pelos estudantes ao final de cada encontro, de março de 2008 a dezembro de 2011, posteriormente analisados por meio do Discurso do Sujeito e pelo software QualiQuantiSoft®. Os resultados mostram diminuição do número de registros a partir da quinta etapa, pois a partir dela os alunos iniciam vivências em ambientes diferentes de prática médica e, assim, passam a desvalorizar as atividades no Programa de Saúde da Família.

ABSTRACT

Broadly speaking, medicine engages the prevention and cure of human diseases. Problem-based training allows the student to analyze the components of health situations. The Community Health Integration Program (Pisco) aims to enable students and teachers to experience the practice directed at comprehensive actions, highlighting health prevention and promotion. The objective of this study was to analyze first to fourth-year student experiences during the evaluation process of Pisco activities and their relationship with the pedagogical design of the course. A qualitative-quantitative descriptive study was conducted. The students produced written records at the end of each meeting, from March 2008 to December 2011. The records were analyzed using Discourse of the Subject and the software QualiQuantiSoft®. The results showed a reduced number of records made from the fifth stage onwards, from which time the students begin to experience different medical practice environments and start to pay less attention to Family Health Program activities.

Recebido em: 15/08/2014

Aprovado em: 03/05/2015

INTRODUÇÃO

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina, propostas pelo Ministério da Educação em 2001, são fruto de um processo articulado entre instituições médicas, universidades e representantes do governo, e preveem a formação profissional de acordo com os princípios do SUS, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde. O novo modelo, denominado paradigma da integralidade, aponta: (a) ênfase na saúde e não na doença (promoção, preservação e recuperação da saúde); (b) processo de ensino-aprendizagem centrado no aluno, que deve ter um papel ativo na própria formação; (c) ensino da prática no sistema de saúde em graus crescentes de complexidade e voltado para as necessidades básicas de saúde; (d) capacitação docente que considera, além da competência técnico-científica, a competência didático-pedagógica, a participação e o comprometimento no sistema público de saúde; (e) mercado de trabalho orientado para a reflexão e discussão crítica dos aspectos econômicos e humanísticos da prestação de serviços de saúde e de suas implicações éticas; (f) ênfase na formação contextualizada, levando em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da vida da população¹.

A medicina é uma das áreas do conhecimento humano ligada à manutenção e restauração da saúde, trabalhando, num sentido amplo, com a prevenção e a cura das doenças humanas num contexto médico. A medicina tem dois aspectos: é uma área de conhecimento (isto é, uma ciência) e é uma área de aplicação do conhecimento (as profissões médicas). Neste sentido, o médico, como um profissional generalista, deve estar capacitado a atuar no processo saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção. Nas competências listadas, suas ações devem dar ênfase aos atendimentos primários e secundários, dentro do sistema hierarquizado de saúde, obedecendo aos princípios técnicos e éticos de referência e contrarreferência.

A estrutura curricular deve possibilitar a inserção precoce do aluno em atividades práticas, de complexidade crescente durante a graduação, utilizando vários cenários de aprendizagem, pela integração ensino e serviço.

O enfoque de problemas prioritários permite ao estudante o poder de análise dos componentes das situações de saúde. O uso de problemas relevantes permite que o estudante aprenda a reconhecer padrões e modelos mais úteis do que a simples enumeração de informações a que é submetido na atualidade. Essa metodologia requer um esforço dos professores no sentido de propiciar modelos e cenários de ensino que permitam o trabalho e a aprendizagem em níveis adequados de complexidade e que sejam relevantes. Nesse sentido, o ambiente intra-hospitalar, que oferece um campo de ensino bastante importante e útil, não pode continuar sendo o terreno exclusivo para a formação

profissional. Com o desenvolvimento tecnológico, a medicina praticada junto às comunidades, no primeiro nível de atenção, tende a alcançar um alto grau de eficiência e a dar cobertura para a maioria dos problemas de saúde da nossa população.

A proposta pedagógica do curso está pautada no entendimento de que o sujeito é agente ativo do próprio conhecimento, construindo significados, definindo sentidos e representações da realidade de acordo com suas experiências e vivências. Esse enfoque assume como eixo principal o pensamento crítico e produtivo e a atividade consciente e intencional do aluno na resolução dos problemas.

O Programa de Integração em Saúde da Comunidade (Pisco) prevê levar os estudantes e professores para a vivência da prática voltada à integralidade das ações em saúde, valorizando espaços de prevenção e promoção à saúde. O foco do programa é a família, inserida no universo das relações históricas, culturais, socioeconômicas e políticas da sociedade, procurando romper com a concepção biomédica do processo saúde-doença. Profissionais, de diversas áreas foram envolvidos na construção do programa: Comunicação Social, Pedagogia, Psicologia, Serviço Social, Sociologia, Terapia Ocupacional, Odontologia, Fonoaudiologia, Nutrição, Enfermagem, Medicina e Biologia.

O Pisco utiliza uma metodologia problematizadora, na qual o processo ensino-aprendizagem decorre da necessidade de reflexão frente à realidade. A humanização e a integralidade do cuidado ao paciente se estruturam com base no vínculo criado entre o estudante e a família/paciente. A horizontalidade do programa, com carga horária de quatro horas semanais, diluída em oito semestres, vem possibilitando aproximações sucessivas entre os alunos e a realidade, com discussão, problematização e instrumentalização junto à equipe de saúde.

No primeiro semestre, os estudantes conhecem e se aproximam da comunidade residente na área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Unidade de Saúde da Família (USF). Enfatiza-se o reconhecimento das condições de vida e saúde da população da área onde cada grupo vai trabalhar. As principais atividades desenvolvidas são: entrevistas com lideranças comunitárias e com profissionais da área da saúde, visitas domiciliares a famílias das respectivas micro-áreas, em duplas, visitas aos equipamentos de saúde locais regionais, enfatizando o reconhecimento do território eleito para a permanência dos alunos (ou “para o desenvolvimento dos trabalhos”) durante oito semestres, dentro da atenção básica.

No segundo semestre, o foco é ampliado para o planejamento, execução e avaliação de atividades de educação em saúde, com base em demandas da comunidade, em espaços já existentes na comunidade – escolas, creches, centros comunitários

e outros. Já as atividades assistenciais crescem segundo o grau de complexidade da formação desses estudantes, sempre com supervisão dos preceptores e em processo de elaboração de projeto terapêutico pactuado com as equipes de saúde da família.

Durante todos os semestres, há integração com os respectivos módulos de tutoria e morfofuncionais, permeados por conferências semanais com temas pertinentes ao módulo de aprendizagem. A partir do quinto semestre, os estudantes desenvolvem mais sistematicamente o atendimento clínico supervisionado, de preferência na mesma UBS/USF da área de abrangência onde atuaram nos semestres anteriores. No decorrer das atividades do curso, o Pisco representa a primeira oportunidade de aplicação prática dos conhecimentos adquiridos e também o início do desenvolvimento do raciocínio clínico. O cuidado médico é discutido, considerando o sujeito do cuidado de forma integral, inserido em sua realidade histórica e social². O atendimento das pessoas do respectivo território é realizado de forma completa, desde a história e exame físico até conduta, retornos e exames necessários, considerando seu contexto, suas práticas de vida e suas dificuldades no cuidado de sua saúde.

Considerando a institucionalização do programa, verificamos a necessidade de construção de um modelo de avaliação factível, que contemple sua visão inovadora. Diante deste cenário, o presente estudo teve por objetivo analisar a representação social das vivências dos estudantes de Medicina com o projeto pedagógico do curso de Medicina do primeiro ao quarto ano no cenário prático de inserção por meio de tarjetas.

MATERIAL E MÉTODOS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Cidade de São Paulo – Unicid (protocolo nº 13399414, CAAE 0115.0.186.000-08). Foi realizada uma pesquisa descritiva e quali-quantitativa com uso do método compreensivo associado aos métodos analítico e interpretativo^{3,4}. O estudo foi realizado na Universidade Cidade de São Paulo, tendo como amostra estudantes de Medicina da primeira à oitava etapa (primeiro ao quarto ano) em atividade na comunidade nas diversas regiões (municípios de Guarulhos, São Paulo e Mairiporã), entre 2008 e 2011 (de fevereiro a dezembro).

Os preceptores do Pisco participaram de Oficina de Desenvolvimento Docente sobre Avaliação de Programa e de Avaliação de Ensino-Aprendizagem, onde um dos temas teve como foco “O papel do uso das tarjetas no processo de avaliação do Pisco”. Nessa oficina, foram pactuados os procedimentos de coleta das tarjetas em cada grupo de estudantes pelo respectivo preceptor, em dias de atividades durante o desenvolvimento do projeto.

Os registros escritos (tarjetas) foram produzidos pelos estudantes ao final de cada encontro do Pisco, de março a dezembro de 2008 a 2011. As tarjetas foram digitalizadas e ordenadas por data, local e momento do Pisco. Todas as tarjetas foram, então, classificadas em ordem alfabética, sendo realizado um processo de amostragem selecionando-se uma a cada dez tarjetas. Posteriormente, os registros foram analisados quali-quantitativamente, por meio do Discurso do Sujeito, e por meio do *software* QualiQuantiSoft®.

A análise privilegiou o enfoque qualitativo, considerando como eixos norteadores: (a) programação das atividades desenvolvidas nos diferentes semestres nas Unidades Básicas de Saúde (UBS); (b) condições institucionais da rede de serviços de saúde conveniada à universidade e respectivas vivências nas UBS durante o desenvolvimento dos oito semestres do Pisco; (c) relações estabelecidas entre docente-grupo de estudantes, estudantes e equipe de saúde e entre os participantes do grupo de estudantes enquanto equipe de trabalho. A análise dos discursos foi feita utilizando-se três figuras metodológicas: a ideia central, as expressões-chave e o discurso do sujeito coletivo.

Para a construção da análise quantitativa, os dados retirados das categorias foram extraídos de uma frase que deveria conter a palavra “sentiu-se” (primeira parte), “com o quê?”, referindo-se ao procedimento (segunda parte) e “com quem?”, referindo-se às relações: equipe, aluno-aluno (inter pares) e aluno-professor (terceira parte). Em momento posterior, os registros analisados foram correlacionados com o conteúdo dos portfólios elaborados pelos estudantes durante as atividades desenvolvidas no Pisco, enquanto instrumento de avaliação formativa do estudante e que contém reflexões mais elaboradas, registradas de dois em dois meses.

RESULTADOS

O processo de amostragem resultou em 232 tarjetas retiradas de um universo de 1.194 registros de 2008 a 2011, sendo excluídas as tarjetas que estavam com data, período ou etapa incorretos ou ausentes. O procedimento adotado iniciou-se com a inclusão na amostra da primeira tarjeta, datada de 11/02/2008, sendo da primeira etapa. A partir dela, dividiu-se o universo em grupos de dez tarjetas, selecionando para a amostra sempre a primeira de cada dezena.

Todos os dados foram lançados nas planilhas do *software* QualiQuantiSoft®, onde os discursos foram inseridos em oito grupos por meio de ideias centrais e posteriormente categorizados para que se pudesse analisar o discurso do sujeito coletivo dos estudantes de Medicina. Os temas apreendidos parecem indicar que os estudantes reconhecem o Pisco como

FIGURA 1

Distribuição das ideias centrais contidas na amostra de 232 tarjetas do DSC, apresentando sentimentos variados, segundo a categoria temática, no período de 2008 a 2011

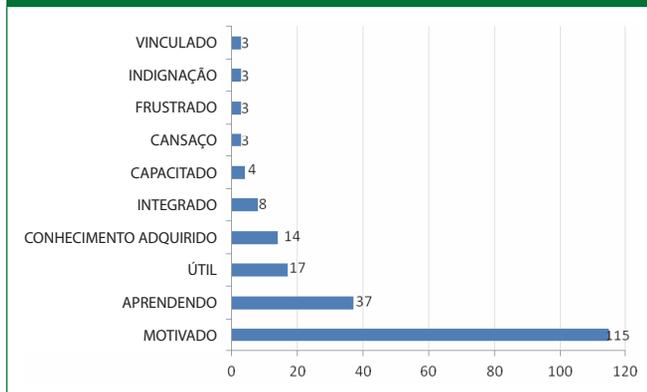
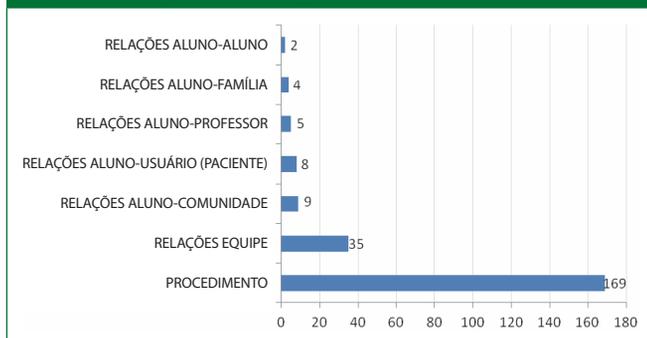


FIGURA 2

Distribuição das ideias centrais contidas na amostra de 232 tarjetas do DSC nas relações “com o quê e com quem?”, segundo a categoria temática, de 2008 a 2011



um cenário relevante para sua formação, enquanto pretensos médicos. Contudo, não parecem ter claro seu lugar de constituinte curricular nuclear num projeto pedagógico que assume o compromisso de ser orientado para a comunidade, além de sua inserção crítica como profissional do SUS.

Durante a coleta dos dados, houve diminuição do número de tarjetas da quinta etapa em diante, pois, a partir dela, os alunos iniciaram vivências em ambientes diferentes de prática médica além do PSF, como ambulatórios, hospitais e pronto-socorros, e passaram a dar menor ênfase ao trabalho que faziam no PSF.

A Figura 1 ilustra todos os relatos com ênfase nos sentimentos gerados “com o quê? (procedimentos) e “com quem?” (relações com a equipe de saúde, inter pares, professor, co-

munidade, usuário e família). Sem diferenciação por etapas, ou seja, a vivência social manifestada nas tarjetas de maneira ampla. Já a Figura 2 ilustra a vivência social apresentada no discurso do sujeito coletivo em relação a “com o quê? e “com quem?”.

Foi possível observar relatos positivos, como os ligados a motivação e aprendizado, mas também com aspectos negativos, como descontentamento. A seguir, são apresentados alguns relatos dos estudantes relacionados a estes sentimentos ao longo das etapas do programa.

“Hoje o dia foi muito legal, fizemos a nossa primeira visita domiciliar”. (Motivação – 1ª etapa – ASUJ1361)

“Simplesmente achei a unidade bem organizada e bem estruturada. A gerente da unidade é fantástica, e a equipe muito boa. Tenho certeza de que faremos um bom trabalho na comunidade”. (Motivação – 1ª etapa – ASUJ1501)

“Dia foi muito produtivo. Particularmente eu adorei fazer PA e glicemia, só teve a acrescentar essa atividade. Poderia ser sempre assim”. (Motivação – 2ª etapa – ASUJ2291)

“Estou adorando, pois estamos sempre fazendo coisas, aprendendo todo dia”. (Motivação e Aprendizado – 3ª etapa – ASUJ345)

“Fomos à USF e, ao chegar lá, ficamos todos impressionados, pois a mesma era muito limpa, organizada, agradável, além do mais importante, estarem felizes com a nossa chegada. Percebo uma vivência e aprendizado grandioso”. (Motivação – 5ª etapa – ASUJ525)

“Apreendi como funciona o conselho tutelar, grande importância para o médico de crianças.” (Aprendizado – CSUJ –191)

“Hoje fizemos um grupo de hipertensão e diabetes, acho que foi ótimo, nós temos que aprender a organizar consultas”. (Aprendizado – CSUJ-2241)

“Visita domiciliar foi pouco proveitosa. Faltou organização, mesmo assim foi possível discutir pontos importantes”. (Aprendizado e Descontentamento – CSUJ4197)

“Gosto do Pisco, portanto acho que não deveriam deixar fazermos Dextro sem uso de luvas, achei errado isso”. (Descontentamento – DSUJ-2151)

Em relação à programação, os estudantes a consideram ora como fonte de motivação, possibilitando conhecer realidades diferentes, lidar com situações novas, valorizar as relações com as pessoas, ora como uma obrigação curricular: repetição de atividades e cansaço.

As condições institucionais surgiram tanto em suas facilidades (equipe de profissionais envolvidos e agentes comunitários disponíveis), como em seus nós críticos (gestores da Unidade que não reconhecem o valor do trabalho, equipe de saúde que não envolve os estudantes).

As relações interpares, no grupo de estudantes, vêm sendo pouco abordadas nesse instrumento, o que leva a sugerir um empenho maior nesse sentido. A presença, o envolvimento e o apoio docentes têm sido captados nos registros de estudantes como fatores importantes para o bom desenvolvimento do Pisco.

DISCUSSÃO

Em vários países, a formação médica vem sendo discutida com vistas a se adotar um currículo adequado à realidade dos sistemas de saúde. No Brasil, as Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Medicina vêm acompanhando o contexto mundial de transformação de referenciais da educação e das políticas de saúde. Essas mudanças buscam uma nova orientação, que possa contribuir para a formação do profissional que a sociedade contemporânea exige. As discussões sobre a formação médica, além de se voltarem para a revisão dos conteúdos curriculares, também vêm repensando as metodologias de ensino no sentido de torná-las mais adequadas ao perfil do profissional que se quer formar.

A proposta pedagógica da Metodologia Baseada em Problemas (PBL) se fundamenta no estudo de problemas propostos com a finalidade de fazer com que o aluno estude determinados conteúdos. Tal proposta sustenta-se: (a) nos blocos ou unidades pelos quais se estrutura o currículo; (b) nos problemas ou questões apresentados aos alunos; (c) nos grupos tutoriais.

Os princípios norteadores do modelo de ensino ancorado na Aprendizagem Baseada em Problemas permanecem atuais quando comparados com posicionamentos contemporâneos acerca da formação profissional. Perrenoud⁵, por exemplo, ao tratar a clínica como o momento da construção de saberes, de certa forma, retoma esse modelo pedagógico para analisar a formação médica, regida por uma lógica que tenta romper com o acúmulo mecânico de informações propedêuticas antes da inserção dos futuros profissionais médicos em atividades da prática profissional. Segundo esse autor, na ABP, a formação ocorre por meio da resolução de problemas estruturados

pelos professores para que os alunos, pouco a pouco, construam o conhecimento necessário à resolução de problemas reais no futuro.

Além dos grupos tutoriais, são oferecidas aos alunos outras atividades curriculares, tais como treinamento de habilidades (aulas práticas) e estágios. São realizadas avaliações ao final de cada módulo temático. Sua finalidade é avaliar o aluno e sua progressão e compatibilizar alunos, turmas e objetivos gerais da formação do profissional. As avaliações são parte fundamental do currículo, pois permitem que o mesmo receba um feedback sobre seu desempenho de forma que possa modificar ou aprimorar o seu progresso⁶.

O Pisco visa fornecer ao estudante condições de desenvolver habilidades técnicas, cognitivas e atitudinais aplicáveis tanto ao cuidado dos pacientes quanto à manutenção da postura de estudar para aprender pelo resto de sua vida profissional. Nesse modelo, em que o foco do processo educativo está centrado no estudante, estimula-se a capacidade de autoformação, fomentada pela busca ativa de informações. O estudante é estimulado a construir ativamente sua aprendizagem, articulando seus conhecimentos prévios com os de outros estudantes do grupo, na resolução de problemas selecionados para o estudo, visando ao desenvolvimento do raciocínio crítico, de habilidades de comunicação e do entendimento da necessidade de aprender ao longo da vida, e esta formação corrobora os achados de Barrows & Tamblyn⁷.

Acostumados a “receber” passivamente as informações, os alunos, quando colocados numa situação que demanda maior atividade, trabalho e esforço, mostram-se, inicialmente, resistentes ao novo método; com o tempo, essa resistência é superada. Este achado pode ser observado nos resultados quantitativos e qualitativos desta pesquisa (Figuras 1 e 2): houve grande motivação e aprendizado dos discentes envolvidos no Pisco, com maior porcentagem, embora a relação com o professor não tenha sido explorada e manifestada como deveria ser, e a figura do tutor não tenha expressado uma atitude facilitadora no processo de aprendizagem.

Um dos pontos importantes a destacar na PBL é o despertar, no aluno, de sua autonomia como ser pensante. Talvez este seja o grande conflito do processo educacional, ou seja, a introdução dos discentes à prática para o aprendizado e ao aprendizado para a prática. Parece redundante, porém são coisas distintas entre si. O processo envolve engajamento dos docentes e planejamento das ações para que o discente se sinta inserido no processo de aprendizagem no momento em que já se torna ator. Dessa maneira, o profissional responsável pela condução de tal ação deve ter habilidades e capacitação pedagógica capazes de despertar o aluno para o novo papel e

construir a personalidade profissional dele não só como médico, mas também como cidadão, no exercício das diferentes relações⁸.

Considerando os achados do presente estudo, sugerimos a contratação de um professor (médico especializado em saúde da família), supervisor para cada três Unidades de Saúde da Família (USF), com função de organização, treinamento, capacitação, suporte técnico e pedagógico à USF e, conseqüentemente, a abolição da presença física do atual preceptor. Na PBL, o educador não é visto como detentor e difusor de conhecimentos, e o educando como receptáculo de conhecimentos. Não existe um professor, mestre, coordenador, que dá as informações solicitadas pelos alunos ou cria as condições necessárias à dinâmica de grupos, o que reduz drasticamente a intervenção ativa destes em seu processo de ensino-aprendizagem.

A construção do conhecimento se dá agora de forma que os educandos interagem entre si e têm um papel mais ativo. São os próprios educandos que conduzem a discussão, com a mediação de um deles, a quem chamamos coordenador. Em cada sessão, é nomeado um diferente, para que todos do grupo passem por essa experiência. Em síntese, esse mediador deve estimular a participação de todos e ficar atento ao tempo, para que não se chegue ao final da sessão sem encaminhamentos para a próxima.

Mas e o educador? Este seria uma espécie de “metamediador” da discussão – em nosso curso, e em vasta literatura sobre o assunto, é chamado de tutor. Sua finalidade maior não é participar dos debates, mas ajudar o coordenador quando está com dificuldade em desempenhar seu papel, convidar os educandos a refletir, promover o consenso do grupo, entre outras tarefas. Grosso modo, ele intervém quando algo não vai bem na discussão, até mesmo para que os alunos aprendam a desenvolver as competências desejadas. A depender da situação, acontece de o educador pouco falar numa sessão tutorial⁹.

Freire¹⁰ vai além dessa noção de tutor, quando afirma que “o educador já não é mais o que apenas educa, mas, o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando, que, ao ser educado, também educa” (p. 68). Ambos, educador e educando, tornam-se sujeitos do processo que crescem conjuntamente. De maneira mais contundente, pode-se afirmar que os papéis de educador e educando alternam-se mutuamente; não há mais educador do educando, nem educando do educador, mas educador-educando e educando-educador.

Ao considerar os pensamentos dos alunos, conforme as Figuras 1 e 2, observamos pouco vínculo com a comunidade, pois eles acham que o período de permanência na unidade é insuficiente para propiciar tal condição. Assim, propomos aumentar a permanência física na USF (de quatro para oito horas

semanais), no mesmo dia, e retirar tal atividade da quinta à oitava etapa do curso de Medicina. Além disso, a introdução do matriciamento, conforme diretrizes do Ministério da Saúde, propõe o estabelecimento de um fluxo em que o usuário recebe atendimento especializado na atenção primária.

O tópico “Ética na Formação Profissional e nas Relações” foi pouco abordado e não assimilado pelos estudantes, apesar da grande riqueza de recursos e situações-problema. Sugerimos, como proposta, envolver aspectos éticos nas discussões de casos, estimulando o estudante a buscar a legislação pertinente e seu posicionamento diante da situação. Sugerimos, ainda, uma reunião clínica mensal das microáreas com casos-problema levantados na comunidade e sua discussão sob os aspectos técnico, ético e social, com propostas viáveis para solucioná-los. Nessas reuniões, deverão estar presentes profissionais da equipe, como assistente social, agentes comunitárias de saúde, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, médico e, fundamentalmente, algum membro do Conselho Gestor.

É fundamental a inserção de outros cursos e respectivos professores – por exemplo, Arquitetura, Pedagogia, Psicologia, Odontologia, Serviço Social, Fisioterapia – na dinâmica de orientação à comunidade, visto que ampliariam a visão do aluno de Medicina para as reais necessidades dos usuários, não de forma assistencialista, mas participativa, engajada e dinâmica, permitindo o exercício da cidadania. Esses aspectos fazem com que o médico trabalhe com sentimentos de prepotência e impotência diante da realidade. Mas, se respeitarmos as Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação do profissional médico, saberemos que o aluno será um ator no todo, não somente na doença, mas na integralidade do ser humano em sua essência.

Quanto à vivência no SUS, observamos que o aluno foi inserido nas práticas sem o devido preparo sobre os fundamentos do SUS, o que leva ao descontentamento e desconhecimento das políticas públicas. Assim, sugerimos instituir novamente as narrativas como instrumento de avaliação de formação e resultados, bem como da construção de saberes, permitindo o diagnóstico e a compreensão das reais dificuldades ou processos de aprendizagem do aluno de Medicina em sua inserção no programa de saúde da comunidade, principalmente no Programa de Saúde na Família (PSF). Dessa forma, será fundamental a capacitação por meio de discussões sobre os materiais didáticos do SUS, passo a passo, abrangendo território, recursos financeiros, naturais, comunidades, profissionais envolvidos e capacitados para a demanda e suas respectivas ações.

Outro aspecto observado nos resultados apresentados foi a vivência no trabalho em grupo, pois o aluno tem a possi-

bilidade de exercer os diferentes papéis – líder, coordenador, relator, ator, crítico e colaborador – nas diferentes equipes de saúde. Daí a importância da inserção do médico nos diferentes papéis dentro da unidade de saúde, como o profissional que cuida do processo saúde-doença do usuário, médico que gerencia a Unidade de Saúde (Gestão), médico como colaborador de outras secretarias (Educação, Habitação, Urbanização), médico como crítico e notificador dentro da Vigilância Epidemiológica e Sanitária, com capacidade criativa em estratégias e condutas, bem como em práticas de acordo com a rotina da comunidade. Na 11ª etapa, o aluno deverá permanecer por seis meses no acompanhamento da gestão no SUS (Municipal), oferecendo às demais etapas apoio e retorno aos colegas sobre as dificuldades, por exemplo, de agendamentos, especialidades, funcionamento e fluxo do usuário nas diferentes instâncias de gestão em saúde; deverá, também, saber responder à equipe como gestor e propor soluções viáveis.

Os resultados apresentaram também a questão do aprendizado por parte dos alunos, principalmente quanto aos procedimentos. Apesar das mudanças ocorridas nas relações público-privadas, os alunos conseguiram compreender o ganho do aprendizado técnico, peculiar ao papel do médico, sobretudo nas relações com a equipe, aluno-aluno, aluno-professor, aluno-comunidade, aluno-usuário, aluno-família, o que demonstra uma inovação no exercício dos diferentes papéis do médico, dessensibilizando o futuro profissional da visão engessada exclusiva da doença.

No que se refere aos resultados positivos do curso com ABP, observamos que os graduados se sentiram mais preparados ou foram avaliados mais positivamente por seus supervisores do que os graduandos dos cursos tradicionais, principalmente na dimensão social. Nesta dimensão, destacam-se de forma recorrente as competências de: “comunicar-se de forma eficiente”^{11,12,13}; “efetivar relacionamento interpessoal”¹²; “lidar com pacientes de culturas diferentes”^{11,13}; “levar em conta os aspectos psicossociais no adoecimento e no tratamento”^{11,14}; atuar em equipe e lidar com questões éticas.

Koh *et al.*¹⁵, com base em sua revisão sistemática, constataram que a ABP desenvolvida nas escolas de Medicina tinha efeitos positivos na competência médica após a graduação, principalmente na dimensão social. Deve-se salientar que a sincronicidade entre equipe da unidade, comunidade, preceptor e alunos é um fator relevante para alcançar as metas de aprendizagem no período letivo. Nem sempre as situações e questões levantadas se enquadram no formato acadêmico, ultrapassando os limites temporais e físicos, o que pode comprometer a dinâmica do Pisco e, conseqüentemente, os respectivos papéis. Nos demais aspectos, houve confirmação dos achados.

Sugerimos reorganizar o programa com base na vivência e percepção dos estudantes, mediante a participação da equipe envolvida no planejamento das ações, que, ao referir suas reais necessidades, levantaria os principais problemas, recursos e possíveis soluções: (a) promover uma reunião mensal com a equipe de saúde de cada unidade, visando a abordagens social, ética, técnica e pedagógica, por meio de avaliação de metas que serão instituídas com atribuições de ações e verificação contínua de resultados; (b) planejar as atividades com a equipe de saúde, estabelecendo ações interligadas num processo contínuo, bem como metas a atingir no final de cada semestre; avaliar os resultados por meio de análise estatística, com considerações sobre a permanência ou substituição destas atividades no programa; (c) selecionar adequadamente o preceptor da unidade, levando em conta o seu perfil, com o objetivo de ter um profissional educador com experiência em Medicina de Família ou, caso necessário, capacitá-lo para esse desempenho.

Em função deste trabalho, das ações realizadas durante 2011/2012 pelo diretor do curso e docentes envolvidos no Pisco e da inserção do eixo comum, algumas modificações corretivas foram alcançadas, como, por exemplo, a capacitação e o planejamento dos alunos da primeira etapa quanto ao conhecimento das políticas públicas de saúde e da área onde se realizariam as ações.

CONCLUSÃO

A análise das vivências dos estudantes de Medicina por meio das atividades do Programa de Integração em Saúde da Comunidade, pelos depoimentos registrados, nos indicou que o planejamento e a execução das ações devem ser reestruturados e adequados nas diversas etapas do curso de Medicina, para que o aproveitamento das estratégias seja utilizado e direcionado com maior efetividade.

Questões políticas e sociais não devem impedir a continuidade na formação dos discentes do curso de Medicina, onde o vínculo também passa pela continuidade e permanência mais longa entre as partes envolvidas, não dependendo apenas de ações eficientes de planejamento e gestão curriculares, mas também da articulação entre currículo e realidade profissional, para que haja reorientação de saberes e de práticas, tanto no espaço acadêmico como fora dele, aí incluído o âmbito do sistema de saúde, em busca das mudanças necessárias à saúde e ao bem-estar da sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Lampert JB. Tendência de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abem; 2002.

2. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. 2004. Dissertação (Mestrado) — Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas.
3. Tragtemberg M. Burocracia e ideologia. São Paulo: Ática; 1980.
4. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Fonte: Petrópolis; Vozes; 2003. 685 p.
5. Perrenoud P. A prática reflexiva no ofício de professor: profissionalização e razão pedagógica. Porto Alegre: Atmed; 2002.
6. Sakai MH, Lima GZ. PBL: uma visão geral do método. Revista Olho Mágico. 1996;2(5/6):1-4.
7. Barrows HS, Tamblyn RM. Problem-Based Learning: an approach to medical education. New York: Springer; 1980.
8. Thomson JC. PBL: Uma proposta pedagógica. *Revista Olho Mágico*. 1996;2(3/4):7.
9. Gomes R, Brino RF, Aquilante AG, Silva de Avó LR. Aprendizagem Baseada em Problemas na formação médica e o currículo tradicional de Medicina: uma revisão bibliográfica. *Rev. bras. educ. med.* 2009;33(3):433-40.
10. Freire P. Pedagogia do oprimido. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
11. Jones A, Mcardles PJ, O'Neill PAO. Perceptions of how well graduates are prepared for the role of pre-registration house officer: a comparison of outcomes from a traditional and an integrated PBL curriculum. *Med Educ.* 2002; 36(1):16-25.
12. Hoffman K, Hosokawa M, Blake JRR, Headrick L, Johnson G. Problem-based learning outcomes: ten years of experience at the University of Missouri-Columbia School of Medicine. *Acad Med.* 2006;81(1):617-25. Doi: 10.1097/01.ACM.0000232411.97399.c6
13. Watmough S, Taylor DC, Garden A. Educational supervisors' views on the competencies of pre-registration house officers. *Br J Hosp Med.* 2006;67(2):92-5.
14. Watmough S, Ryland I, Taylor DC, Garden A. Pre-registration house officer skill and competency assessment through questionnaires. *Br J Hosp Med.* 2006;67(9):487-90.
15. Koh GCH, Khoo HE, Won ML, Koh D. The effects of problem-based learning during medical school on physician competency: a systematic review. *Can Med Assoc J.* 2008; 178(1):34-41.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Todos os autores participaram do planejamento e execução. A redação do manuscrito para publicação foi feita por Abrão Georges Restom, e a revisão final por José Carlos Rielchemann, Valéria Pereira Machado e José Lúcio Martins Machado.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses por parte dos autores.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Abrão Georges Restom
Al dos Eucaliptos, 203 — Campos De Mairipora — Gleba2 —
Sp023- Km 51
Rio Abaixo – Mairiporã
CEP: 07600-000 SP
E-mail: restom@uol.com.br