

O Aluno de Medicina em Serviços Docente-Assistenciais da Rede Básica

Maria Alice Amorim Garcia¹
Adriana Maria Pachioni²
Patricia Domingues³

"O diálogo é este encontro dos homens mediatizados pelo mundo, para pronunciá-lo (...) o diálogo se impõe como caminho pelo qual os homens ganham significado enquanto homens.(...) ele é o encontro onde se solidariza o refletir e o agir (...) Não é possível a pronúncia do mundo, que é um ato de criação e recriação, se não há amor que a infunda."

Pedagogia do Oprimido, Paulo Freire, 1983

RESUMO

Investiga-se o ensino da Saúde Coletiva na graduação em Medicina, por meio de um estudo de caso do projeto pedagógico do Departamento de Medicina Social e Preventiva da PUC-Campinas. Analisa-se a disciplina Programa Integrado em Saúde Coletiva, a qual é ministrada ao quinto ano em serviços básicos da rede municipal. Para avaliar o cumprimento de objetivos e possíveis mudanças de atitudes, realizou-se uma análise qualitativa dos depoimentos de alunos que haviam cursado a disciplina no ano anterior à pesquisa. Observou-se que, a cada turma, o estágio adquire características próprias, tendo, em geral, superado as expectativas, possibilitando o reconhecimento do papel do atendimento primário na ordenação de um sistema de saúde resolutivo e de qualidade. Os conteúdos relativos às relações com os pacientes, à integralidade, à interdisciplinaridade e ao contato com a realidade social foram considerados proveitosos por se tratar de conhecimentos "novos" e por permitirem mudanças de atitudes. Entre as conclusões, registra-se a importância da inserção da escola médica junto aos serviços da rede e a necessidade da integração vertical e horizontal do curso para a superação da dicotomia teórico-prática.

INTRODUÇÃO

Este trabalho resulta de um estudo de caso da atividade docente-assistencial do Departamento de Medicina Social e Preventiva da PUC-Campinas junto à rede básica de serviços de saúde. Refere-se à análise do aproveitamento, por parte dos alunos de Medicina, na disciplina Programa Integrado em Saúde Coletiva, a qual é ministrada ao quinto ano (internato nível I), em estágios que totalizam oito semanas em período integral.

¹ Doutora, Professora Titular do Departamento de Medicina Social e Preventiva/ Faculdade de Ciências Médicas / PUC-Campinas.

² Egressa do Curso de Terapia Ocupacional/FCM/PUC-Campinas.

³ Estudante do Curso de Medicina/FCM/PUC-Campinas.

PALAVRAS-CHAVE:

- Docência-assistência;
- Atenção primária à saúde;
- Ensino da Medicina Preventiva;
- Avaliação do processo ensino-aprendizagem;
- Análise qualitativa.

São estágios realizados em três Centros de Saúde da rede municipal, que apresentam algumas peculiaridades, decorrentes, principalmente, da presença de profissionais assistenciais contratados pela Universidade e de docentes e discentes de outros cursos da área da saúde, tais como os de fisioterapia, nutrição, ciências farmacêuticas, terapia ocupacional, enfermagem e psicologia^{15,16}.

Em grupos de cinco internos por serviço e sob a supervisão contínua dos docentes do Departamento, a disciplina objetiva a experimentação de todas as atividades próprias ao profissional médico neste nível de atenção, ou seja: consultas eventuais e agendadas, consultas e visitas domiciliares, interconsultas multiprofissionais, atendimentos em grupos, ações de vigilância e atividades de promoção e controle dos problemas de saúde presentes na comunidade e em instituições como escolas e creches¹⁵.

A estratégia didática fundamental da disciplina é a vivência do cotidiano do trabalho, sendo que a partir dela se inscrevem os conteúdos relativos a: abordagem integral do indivíduo e do coletivo; introdução à interdisciplinaridade; problemática das relações entre profissionais e usuários; apreensão e intervenção sobre os condicionantes do processo saúde-doença. As demais estratégias – tais como preparação de casos clínico-epidemiológicos e de seminários, levantamentos e avaliações de dados do serviço ou da população e dinâmicas de grupo – compreendem momentos de aquisição, revisão e síntese de conteúdos e de internalização das vivências cotidianas*.

Com esta investigação, pretendeu-se avaliar se tais experiências têm possibilitado aos alunos a aplicação destes conteúdos, bem como mudanças de atitudes. Objetivou-se, também, subsidiar o planejamento didático-pedagógico do Departamento e do curso. Mesmo tratando-se da análise de um programa de ensino de um departamento, de um curso, de uma das escolas médicas brasileiras, considerou-se possível contribuir para o repensar do ensino da Saúde Coletiva.

O ENSINO DA SAÚDE COLETIVA NO CURSO MÉDICO: ALGUMAS REFERÊNCIAS

São inúmeras as questões relativas à inserção da Saúde Coletiva no curso de Medicina: desde as referentes aos conteúdos que devem ser ministrados e como ministrá-los, até a dis-

cussão de quais seriam os conhecimentos específicos desta área, já que se encontra em processo contínuo de construção.

Tendo por antecedentes a Medicina Preventiva, o ensino da Saúde Coletiva desenvolveu-se a partir da integração da escola médica aos serviços de saúde. A própria Saúde Coletiva, enquanto área de conhecimentos e práticas, se institucionalizou no Brasil graças à reordenação do setor, a que se denominou Reforma Sanitária. Com isto, impuseram-se desafios à Medicina Clínica, à Saúde Pública, à Epidemiologia e às Ciências Sociais, sendo que desta interdisciplinaridade surgiu a Saúde Coletiva^{3,5}.

Assim, atribuiu-se ao ensino da Medicina a responsabilidade de formar profissionais que satisfizessem as necessidades da comunidade; que pudessem intervir no processo saúde-doença abordando as questões bio/psico/sócio/culturais do indivíduo e do coletivo; que fossem responsáveis por suas ações e que tivessem potencial de reflexão e crítica da realidade^{15,16}.

Como referido por Chaves⁴, tornou-se fundamental proporcionar aos acadêmicos uma experiência multiprofissional em todos os níveis do sistema de saúde e o desenvolvimento de um espírito científico e uma visão holística e centrada na formação geral.

No cumprimento destas finalidades, tornou-se necessário que a aprendizagem estivesse diretamente vinculada à prestação de serviços à população, voltada aos seus problemas e baseada na integração docente-assistencial¹⁸.

Neste panorama, coube ao ensino da Saúde Coletiva a capacitação para a proposição, desenvolvimento e avaliação de ações integrais, voltadas ao indivíduo, ao coletivo e ao meio ambiente, em todos os níveis do sistema^{8,9,14}, o que fez com que se integrassem conteúdos que lhe são próprios – como os da Epidemiologia Clínica; da Vigilância à Saúde; das Ciências Sociais; da Educação em Saúde; da Administração, Gerência e Organização dos Serviços de Saúde – aos conhecimentos e práticas que fazem interface com a Clínica, tais como a problemática da integralidade, as relações interprofissionais e com os pacientes, e as questões relativas ao vínculo e ao acolhimento da população.

Como explicitado por Canesqui³, a aproximação das escolas aos serviços resultou na revisão dos tradicionais modelos

* - Do primeiro ao quarto ano, os alunos são introduzidos nos conhecimentos das Ciências Sociais e da Epidemiologia, tomando contato com as unidades básicas no quarto ano, por meio da disciplina de Administração e Planejamento em Saúde.

explicativos e de intervenção das Ciências Sociais e da Saúde Pública, e na reestruturação dos departamentos, no sentido interdisciplinar. No interior das escolas médicas, observou-se a tendência à integração interdepartamental; à ampliação das cargas horárias das disciplinas; ao desenvolvimento e participação em atividades multiprofissionais; e à utilização de recursos didáticos diversificados.

Em relação aos projetos de integração docente-assistenciais, cuja inserção nas escolas médicas data da década de 60, registra-se a diversificação de experiências. Ao invés de programas isolados, de caráter alternativo e vinculados a um só departamento, criaram-se projetos cujas premissas avançam no sentido da interdisciplinaridade; do compartilhamento de responsabilidades gerenciais, de avaliação e de assistência; da atuação voltada à resolução de problemas traçados pelas condições sanitárias locais e regionais; e, principalmente, da articulação ensino/serviço/comunidade por meio das organizações sociais locais*. Tais projetos, integrados nacionalmente no que se denominou REDE UNIDA, visam contribuir para a construção do SUS^{4,9}.

É importante salientar que a vinculação da escola aos serviços vem sendo reiterada como quesito para a implantação de novos cursos de Medicina, como consta em documento da Associação Médica Brasileira: "a escola deve compartilhar responsabilidades pela assistência", mantendo-se "uma indissociável relação com os serviços, numa área docente-assistencial definida e com vínculos estáveis entre as diversas instituições que nela se situam"².

Outro referencial que se aplica à discussão do ensino da Saúde Coletiva é o relativo aos modelos educacionais. Em consequência da inserção nos serviços, tornou-se necessária a revisão não só de conteúdos, mas também do processo ensino-aprendizagem, ou seja, do desempenho dos docentes, das estratégias e instrumentos de ensino, da linguagem utilizada, do modo como se interage com o aluno e como este é estimulado a buscar os conhecimentos¹.

A estratégia de aproximação ao cotidiano do trabalho, tornou-se fundamental para a instrumentalização do conhecer e do agir e o questionamento das práticas sociais¹³.

Por não caber neste artigo o aprofundamento destas questões, apenas cito algumas opiniões de autores desta área.

Saviani¹⁷, por exemplo, refere-se ao educar como a uma "catarse" entre o conhecer e o agir, que permite a efetiva incorporação dos instrumentos técnicos, culturais e éticos necessários a uma intervenção competente.

Outro referencial que se aplica a esta discussão é o desenvolvido por Vygotsky. Como explicitado por Góes⁶, o educar é um processo sócio-cultural e, sendo assim, alicerça-se no plano das interações (ou da intersubjetividade) e resulta da apropriação (internalização) de formas de ação que dependem "tanto de estratégias e conhecimentos dominados pelo sujeito, quanto de ocorrências no contexto interativo". Ou seja, o educar se realiza através de mediações entre sujeitos (dimensão pedagógica) e entre discursos (dimensão discursiva), em situações experimentadas. O trabalho tem por função permitir esta mediação entre sujeitos e seus discursos, em ação, tornando as vivências de aprendizado significativas¹³.

Assim, neste fazer pedagógico, é necessária a revisão e adequação destas ações e dos papéis dos docentes, das equipes e dos próprios alunos.

Hossne⁷ refere-se a um fazer que exige repensar, no dia-a-dia, as práticas, os conhecimentos e as relações.

Como indicado por técnicos da OPAS¹², para a "transformação da profissão médica (...) se faz necessário um novo estatuto de valores que (...) reconstrua a ética das relações básicas do exercício profissional e da função social de responder às necessidades de saúde, considerando as dimensões da relação médico/paciente, as relações entre os 'trabalhadores coletivos' e entre a educação e a prática médica". Esta deve nortear-se pela "promoção da saúde e a defesa da vida em condições que a façam possível e digna; a orientação solidária, baseada na equidade e guiada por políticas sociais que dêem prioridade aos problemas sanitários."

SUJEITOS E MÉTODOS

Partindo do entendimento da importância da vivência cotidiana para o conhecer e o agir, e de que esta vivência se dá através da mediação entre sujeitos por intermédio da ação e das palavras, é que adveio a opção pela análise qualitativa dos depoimentos de alunos.

* - Com o financiamento de agências internacionais formaram-se redes de projetos docente-assistenciais. Mais recentemente, criou-se o projeto UNI-IDA ou "Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde" e atualmente busca-se a integração das diferentes experiências através da Rede Unida.

Com o auxílio de entrevistas, buscou-se captar as percepções dos alunos (opiniões, reflexões e motivações) acerca do que havia sido experimentado nos Centros de Saúde e possíveis mudanças de atitudes¹¹.

De um total de 85 alunos, escolheu-se uma amostragem sistemática de nove pessoas (10%) que haviam cursado a disciplina no ano anterior, em períodos, serviços e turmas diversos.

As entrevistas, com duração média de 60 minutos, foram realizadas pelas auxiliares de pesquisa, com base em roteiro não-estruturado, entregue antecipadamente, onde constavam as seguintes questões:

- O que considerou mais significativo para seu aprendizado no estágio do Centro de Saúde? Procurar descrever uma situação marcante.
- Como se sentiu em relação ao trabalho em equipe?
- Houver situações específicas de experimentação ou de aprendizado da relação médico/equipe/usuário? Mudou alguma atitude sua em relação a este aspecto ou no trabalho multiprofissional?
- Qual a relação dos conteúdos aprendidos no estágio (vigilância epidemiológica, relação médico/paciente, trabalho em grupos, ações coletivas) com as finalidades do curso de Medicina? Como você vê a aplicação destes conteúdos?
- Aponte os aspectos válidos da disciplina; principais problemas e possíveis soluções.
- Realize uma avaliação dos docentes.

Na análise deste material, seguiu-se a metodologia interpretativa indicada por Minayo¹¹: leitura integral de cada uma das entrevistas, por cada um dos pesquisadores, anotando-se as observações relativas a seu conteúdo e contexto; "leitura transversal", para a classificação dos depoimentos de acordo com tópicos e categorias; revisão das respostas classificadas e análise de cada tópico; e, finalmente, análise de todo o material.

Tratando-se de análise qualitativa, procurou-se apontar as diferentes visões, relatando-se, quando possível, os pontos de vista de maioria ou localizados em um grupo, período, serviço ou pessoa.

* - Para manter o anonimato dos alunos, seus nomes foram substituídos por números, e os dos professores por letras aleatórias, excluindo-se também os nomes dos serviços.

Os resultados foram agrupados em duas grandes categorias – objetivos cumpridos e o fazer pedagógico –, apresentados por meio de texto contendo a análise e falas consideradas significativas.

De forma geral, apesar das dificuldades de agendamento das entrevistas em razão do acúmulo de atividades durante o internato, os entrevistados pareceram sentir-se à vontade para emitir opiniões e críticas, o que decorreu, provavelmente, do distanciamento de um ano do final do estágio; do fato de no sexto ano não se ter compromissos curriculares com o Departamento; da participação anônima na pesquisa; da realização das entrevistas por auxiliares de pesquisa, que como alunos, permitiram uma relação menos hierarquizada.

RESULTADOS

CUMPRIMENTO DE OBJETIVOS

As avaliações dos alunos foram moduladas pelas diferentes experiências desenvolvidas em cada Centro de Saúde e na dependência da época do estágio (de início ou de final de ano, ou em época de recesso de outros cursos), da turma de alunos e, principalmente, de suas características pessoais, perspectiva profissional e de vida.

Para a maioria dos entrevistados, o estágio superou as expectativas, devido à possibilidade da experimentação de uma prática diferenciada daquela do hospital universitário e à apreensão de conteúdos "novos", tais como o trabalho em equipe multiprofissional; as ações coletivas por intermédio dos grupos terapêuticos/educativos* e da vigilância epidemiológica; a introdução de conhecimentos relativos à psicossomática, à atenção ao idoso e às práticas alternativas.

"Tem algumas coisas que não vemos no hospital e eu gostei muito. Fizemos visitas à favela, (...) trabalhamos mais com a equipe multiprofissional, (...) este trabalho em grupos também não é comum no ambiente hospitalar (...) e outra coisa é a parte da medicina psicossomática"**(8A).

Esta superação das expectativas pode ser explicada, em parte, pelo fato de alguns alunos apresentarem, no início do estágio, representações negativas e/ou preconceituosas acer-

** - A ação ou atendimento em grupos segundo critérios de idade (mulheres, crianças, escolares) ou por problemas específicos (diabéticos, hipertensos, obesos, gestantes) visa incorporar/facilitar a abordagem da promoção e proteção, próprias da educação em saúde, por meio da interação entre os integrantes do grupo e a equipe multiprofissional.

ca dos serviços básicos, ou seja, tratava-se de "um postinho", onde pouco se aprenderia.

"Olha, eu sempre tive a visão primeiro de postinho. Não! É um Centro de Saúde e não postinho. Eu achava que era uma encheção (...) eu gostei muito (...) a relação que você tem com o paciente é muito gratificante"(6A).

Por meio da disciplina os alunos tiveram a oportunidade de conhecer melhor o sistema de saúde, as competências e limitações de cada nível de atenção.

"Eu vi que funciona a medicina que se faz no Centro de Saúde (...) Deu para ver que dá para fazer algo bom neste país, com o mínimo de recursos que o governo dá"(6A).

Em relação ao nível primário, algumas características foram evidenciadas: a facilidade de acesso e o vínculo da comunidade ao serviço; a preocupação da equipe com o acolhimento dos usuários; o trabalho multiprofissional; e uma organização específica, baseada na ação programática articulada à ação individualizada, cuja tônica é a família.

"O que eu achei mais importante no Centro de Saúde foi o tipo de serviço, de atenção primária à saúde. Foi justamente a relação interpessoal, de parecer que você está em casa (...) me marcou a relação do profissional, da equipe como um todo (...) Para começar, na pasta do paciente estava a família toda e você acabava tendo que se integrar ao paciente"(1A).

"No Centro de Saúde você já tem as consultas marcadinhas. Não espera tanto, você chega lá e já vai atendendo. Tendo físió, nutrição, os pacientes não têm que se deslocar. Nossa! É uma mão na roda!"(7A).

Entre os conteúdos mais valorizados pelos entrevistados, destaca-se a relação médico/paciente.

"A relação médico/paciente, o respeito que o paciente tem com a gente e a gente tem com eles, a relação com os funcionários (...) Aprendi no Centro de Saúde a ser médico mesmo"(2A).

"A relação médico/paciente, na teoria, tem que ser feita como no Centro de Saúde"(5A).

Respondendo às suas expectativas futuras, ligadas à realização profissional enquanto produtores privados em seus consultórios, as condições do estágio – consultórios individualizados, esquema de agendamento e retorno para os próprios alunos, associado ao modo como se realiza a supervisão docente – propiciaram a experiência de um atendimento de boa qualidade.

"No Centro de Saúde dava bem tempo de você sentar e conversar com cada paciente, com calma, tranqüilo.(...) é como atender no consultório, cria um vínculo maior"(7A).

"Na consulta, você fica sozinho e examina ele sozinho. O professor não entra na sala (...) o paciente confia em você e acaba contando um monte de coisas e você acaba entendendo o problema que ele tem...(...) Outra coisa excelente, que eu achei, foi que o paciente volta com você"(2A).

Este fato demonstra a necessidade de se ter um modelo adequado à docência-assistência. Se, por um lado, é preciso responder à demanda, deve-se também adequar o serviço à docência, pois esta não pode se dar por meio da simples "tocação de serviços".

"No hospital, eu sinto que você tem que 'tocar' mais"(7A).

Por sua vez, mesmo tratando-se de um estágio em Saúde Coletiva, evidenciou-se que o atendimento individual (momento clínico) não deveria ser excluído. Não só porque compõe o modelo assistencial, mas também porque permite responder às expectativas dos alunos, cuja imagem objetivo predominante é a da ação individualizada.

"Lá no Centro de Saúde tem outras coisas, mas acho que, para quem faz medicina, (...) faz falta o contato com os pacientes, (...) Acho que a gente tem que ir lá para trabalhar, para atender"(3A).

Segundo explicitado, o espaço do Centro de Saúde permitiu vivenciar a integralidade enquanto abordagem vinculada a uma relação médico/paciente adequada e um modelo que exige maior disponibilidade de tempo (para ouvir e conversar) e uma extensão e profundidade de conhecimentos, onde se inclui não só o referencial biológico e a terapêutica medicamentosa, mas também o social e as questões psicológicas.

"(...) ficava difícil, principalmente, esta experiência de ver o paciente como um todo, aprender a lidar com todos os aspectos dele e se distanciar ao mesmo tempo (...) é uma coisa que você vai aprendendo a cada dia, é uma coisa dinâmica. (...) Cada paciente é de um jeito. (...) Eu acho que eu comecei no Centro de Saúde"(1A).

"(...) tem muitos problemas que não é o remédio que resolve. Às vezes você conversando resolve melhor. (...) No Centro de Saúde você não olha só aquele 'cara' que está reclamando. Você sabe que por trás tem muitas outras coisas"(2A).

A apreensão da integralidade também foi possível devido ao trabalho multiprofissional.

"No Centro de Saúde, você sente mais a equipe, conhece outras áreas (...) você se sente numa equipe mesmo (...) É muito mais fácil a gente dividir, não dividir o paciente, mas dividir os trabalhos, não é? E para o paciente é melhor, porque às vezes ele se dá melhor com um profissional que outro. Quantas vezes ele conta para a nutricionista uma coisa que não falou para nós!"(5A).

Por intermédio desta disciplina, pôde-se tomar conhecimento do papel de cada profissão e entender que a interdisciplinaridade é um processo em construção.

"Veio a professora e a aluna da fisioterapia, e atenderam o paciente na nossa frente pelo lado deles, o que eles sabem. E é bem diferente. Eles sabem coisas que nós não temos idéia, não trabalhamos visando isto"(8A).

"Olha, tudo no começo é meio difícil, porque é tudo novidade. (...) É é aquela coisa... os outros cursos não gostam de nós, não é? [risos] Muitas vezes (...) mais o médico, invade os outros espaços. (...) Mas a gente se conheceu, fez superbem o trabalho. (...) A gente se respeitava, porque cada um tem o seu espaço no Centro de Saúde"(6A).

É importante salientar que este resultado se deveu ao modo como se dá o trabalho multiprofissional (interconsultas, ações em grupo, atividades nas escolas, etc.), que permite a troca de experiências e a busca de uma resolução mais rápida para os casos.

"Deu para ver que só a gente não dava conta de levar o programa de saúde escolar à frente. (...) Nós encaminhávamos direto para a pediatria, para a nutrição e a consulta era na hora. Não era aquele negócio de agendar para depois de tanto tempo"(2A).

Ainda em relação ao modelo docente-assistencial, destaca-se o próprio trabalho em equipe, que, na dependência da estrutura do serviço (programação de atividades, tamanho e conformação da equipe) e de questões pessoais (empatias e jeito de ser, tanto dos alunos como dos funcionários), permitiu a vivência de situações marcantes. Comparado à experiência intra-hospitalar, hierarquizada e individualizada, o trabalho no Centro de Saúde foi caracterizado como cooperativo, "familiar".

"Os funcionários, nossa! Eu adorei todos! Não dá nem para falar! (...) Enquanto estávamos no hospital todo mundo

olhava: interno, interno. Mas lá não. Lá, as pessoas sabem quem é quem"(2A).

Quanto às ações coletivas, os alunos consideraram proveitosas as atividades voltadas à vigilância à saúde e os trabalhos em grupos, principalmente por não serem experimentados em outros estágios do internato.

"Eu achei os grupos válidos, pois permitiam uma integração maior com as outras áreas. (...) Os grupos acabavam sendo uma descarga para os hipertensos e diabéticos. Isso é muito importante, pelo aspecto psicológico"(5A).

"Com a vigilância epidemiológica você vê quais as doenças que mais acometem aquela região (...) é importante para você aprender a prevenir este tipo de doença"(8A).

Os alunos relacionaram estas ações à possibilidade de contato com a realidade social, o qual foi marcante para muitos deles e considerado necessário para a formação médica. Como descrito, este conhecimento inicia-se pela visita à área de cobertura (fase de diagnóstico do perfil epidemiológico) e concretiza-se por meio das atividades de vigilância e das consultas domiciliares. Tais ações, além de possibilitarem a aplicação prática da epidemiologia e da educação em saúde, permitiram realimentar a ação clínica individual, revendo-se os limites da própria medicina.

"Primeiro a favela, um barraco, (...) estavam fazendo acompanhamento e eu fui lá fazer a entrevista, ver como a criança estava, se estava dando para dar um suporte alimentar. A gente perguntava e a mãe ia concordando: 'Tem arroz?' 'Tem'. E não tinha. (...) Então, muitas vezes você orienta. 'Tem que dar isso e tal'. Quando eles não têm condições de dar, eles param de ir no Posto. É difícil você ser mãe e não ter o que dar, não é? É, a gente não quer enxergar! Não é que não quer, é que você não está em contato diário"(6A).

Os alunos, em geral, consideraram válidas as discussões e experiências relativas às práticas alternativas (ou complementares). Entretanto, ficou demonstrada a dificuldade de introduzir conhecimentos cuja racionalidade difere da razão científica moderna, que embasa predominantemente o modelo biomédico.

"Nossa, o professor é fantástico! Ele fazia acupuntura, e eu sempre fui meio ... acredito mais ou menos, não é? Mas, ele deu umas palestras, fez acupuntura nos alunos... E realmente funciona! Não me pergunte como!"(6A).

"Muita gente acha que dando ervas e utilizando a homeopatia, vai solucionar o problema. (...) A minha visão pessoal não combina com isto. Acho que mesmo um bate-papo, uma conversa pode resolver melhor (...). Já se sabe que não conseguimos resolver tudo. (...) a droga não é a melhor coisa do mundo que existe, e tem mil efeitos colaterais, mas você pode curar a pessoa logo. (...) Eu estudei uma coisa nos ambulatórios e como poderia experimentar outra, se sou eu que estou atendendo?"(2A).

CARACTERÍSTICAS DO FAZER PEDAGÓGICO

O caráter peculiar do processo ensino-aprendizagem em estágios decorre de sua realização enquanto um trabalho que permite a aproximação ao cotidiano e a superação da dicotomia teórico/prática.

"É, a parte teórica da Medicina Social, às vezes é meio maçante, sabe? Aquele negócio de SUS, Suds, a evolução... E às vezes os professores pecam um pouco, porque eles querem que a gente entenda aquilo e é superchato! (...) Mas, é superimportante você saber isso daí! Isso é você pensar como um todo, você pensar na saúde coletiva. É a base de tudo, não é? (...) Tipo vigilância epidemiológica, nossa! Você imagina mil coisas! Quando você vê como é que é feito, tudo certinho, fica mais fácil de você entender, de você dar palpite"(5A).

Espera-se que estas vivências sejam marcantes, permitindo não só a revisão de conceitos, mas a mudança de atitudes.

"Depois que eu passei no Centro de Saúde eu falo para todos os pacientes: 'Vá no posto de saúde'. Porque para ele é mais fácil e o tratamento é bem melhor"(2A).

"Acho que foi isso o mais marcante: você pela primeira vez estar sozinho frente a um paciente, e ser considerado pelo paciente como um médico.(...) para nós era uma descoberta"(4A).

Alguns alunos referiram-se a situações realmente marcantes, até lembradas emocionalmente durante a entrevista.

"(...) fizemos uma visita lá na favela (...) fomos tomando contato com a realidade dos pacientes... Conversamos com uma menina de 11 anos de idade que tomava conta da casa sozinha. (...) Isto foi uma coisa que eu não esqueci"(8A).

Outros tiveram maior dificuldade de apontar mudanças de atitudes frente ao estágio, o que mereceria uma análise

mais aprofundada. Como manifestar mudanças decorrentes de um estágio num Centro de Saúde pouco valorizado pelo modelo biomédico?

"É difícil falar se mudei devido a esta experiência, mas acho que algumas coisas ficaram mais concretas. (...) acho que eu aprendi com a relação médico/paciente"(1A).

"Eu acho que eu não mudei (...) Não foi o posto que me fez mudar a maneira de pensar"(9A).

Em relação ao papel dos docentes, foi destacada a preocupação com a preservação da qualidade do atendimento, através do próprio aluno. Como descrito, objetiva-se que o aluno se responsabilize pelo caso, que se envolva e complete a consulta, numa situação de aprendizado adequada à relação aluno/paciente.

"No Centro de Saúde, você tira as dúvidas com o professor. Você já discute na hora e a conclusão a que vocês dois chegaram, você vai lá falar para o paciente. A credibilidade que o paciente começou a ter (...) não era perdida. Então, é diferente quando você vai discutir um caso e o professor fala na frente do paciente: 'Não, isso aí está errado'"(4A).

Explicitou-se, também, a busca dos professores de não restringir a supervisão ao referencial biomédico, incorporando-se a abordagem integral por intermédio do exercício do questionamento.

"O professor X. era uma pessoa que tinha tempo com a gente. Chegava e discutia bastante cada caso.(...) Discutia com o grupo inteiro mesmo, para todos aproveitarem todos os casos. 'Vamos manter ou vamos tirar este remédio? Por que vamos manter ou tirar? O que você sentiu da pessoa?' (...) Se a gente tinha uma dúvida, ele entrava na sala, pedia licença e aí explicava tudo certinho"(2A).

"A professora R. realmente tentava te integrar mais com o paciente e com os outros cursos. Você estava com o paciente e ela já perguntava da família inteira. O paciente estava usando uma determinada droga e estava sentindo náuseas, ela mandava você ir atrás da aluna da farmácia e procurar junto com ela o que aquele princípio ativo levava, o que podia alterar"(1A).

Entretanto, foram apontados alguns limites da abordagem generalista, tais como a demora na supervisão dos casos e a dificuldade de abarcar conhecimentos extensos, que exigem atualização contínua.

"Para discutir o paciente como um todo, demorava muito! Tinha que ser uma coisa mais objetiva. (...) Tínhamos que dar conta da pediatria, da G. O. Então eu não sei, nesse ponto, se não ficava defasado, porque hoje em dia, mesmo com as especialidades, não se dá conta e imagina querendo abranger tudo (...) os médicos que fazem medicina social acabam vendo o paciente como ser humano e não como um objeto"(7A).

Foram notadas diferenças entre os professores, em decorrência de suas experiências, formação, envolvimento no trabalho docente-assistencial e conteúdos ministrados.

Os alunos demonstraram ter seus próprios critérios de avaliação. Considerou-se excelente o professor que somou qualidades profissionais e pedagógicas ao bom relacionamento com o aluno.

"O professor A. talvez tenha sido o professor com quem eu tive mais contato. Eu adorei trabalhar com ele. Achei uma pessoa extraordinária. Não sei se foi pelo trabalho que ele fez com a gente, que foi uma das coisas que mais gostei no estágio. Acho ele muito didático, muito experiente, sabe muito, sabe passar o que ele sabe para a gente"(8A).

"Críticas aos docentes acaba sempre tendo. (...) O P. eu acho que fica devendo com certeza: no conteúdo do conhecimento, na forma de passar isto, na pontualidade..."(1A).

Distinguiu-se, também, a competência didática, da técnica, enquanto médicos ou especialistas em medicina social.

"O D. foi um cara superdez, (...) supertranquilo, supercabeça. Às vezes passava um pouco de insegurança na parte teórica da medicina"(5A).

O relacionamento pessoal foi valorizado, principalmente, ao permitir a superação do modo tradicional hierarquizado de relação professor/aluno, demonstrado pela adoção do "você", do "legal" ou "amigo".

"A T. também é dez. Boa professora, passa bem e é uma pessoa muito próxima de você. A gente percebe quando o docente coloca muita distância e fica difícil de conversar. Mas ela é uma pessoa amiga, próxima e eu acho que cumpriu o papel dela e houve retorno, houve troca"(1A).

"A C. é fantástica, eu adoro ela. Esse é que é o problema, não é? A gente se dá muito bem e acaba misturando. Mas quanto à parte profissional, eu não tenho uma queixa. Analisando friamente a C., acho que é uma excelente profissional"(6A).

DISCUSSÃO

Como disposto nesta análise, o estágio em Centros de Saúde é indispensável para a almejada formação geral dos médicos. Essa atividade tem permitido ao curso de Medicina da PUC-Campinas responder às proposituras de integração docente-assistencial nos vários níveis do sistema e de articulação da universidade com a comunidade, aproximando-a das necessidades sociais^{4,10,18}.

As condições específicas do nível primário possibilitam cumprir objetivos referentes à vivência de relações com a população em geral e com os pacientes e as equipe de trabalho; à experimentação de ações coletivas e outros programas diferenciados do atendimento hospitalar; o planejamento e proposição de modificações e inovações em áreas específicas dos serviços. Permitem, também, o desenvolvimento de uma aprendizagem baseada em problemas e a responsabilização dos alunos por suas ações^{4,18}.

Os alunos entrevistados valorizaram, principalmente, as atividades que ampliaram sua autonomia, como a realização do acompanhamento clínico em condições adequadas e diferenciadas do espaço intra-hospitalar e os conhecimentos considerados "novos".

É importante salientar que alguns dos conteúdos apontados, tais como a medicina psicossomática, as práticas alternativas e a atenção ao idoso, não são costumeiramente apresentados nos currículos de Medicina e entre as disciplinas da Saúde Coletiva, o que denota particularidades do programa da PUC-Campinas^{8,10,12,14}.

Há uma certa apropriação do modelo docente-assistencial em estudo, que se deve, principalmente, à conformação multiprofissional das equipes e à ação generalista e voltada preferencialmente às famílias.

A manutenção, pela universidade, de parte das equipes assistenciais e a presença de docentes e discentes de diversos cursos da área da saúde possibilitam uma programação mais estável e condizente com as atividades acadêmicas.

Quanto à ação generalista, ela se aplica à demonstração da integralidade, o que responde às expectativas dos alunos e aos objetivos da disciplina. Trata-se, entretanto, de uma apropriação tecnológica complexa por exigir a articulação de extensa gama de conhecimentos clínicos e da Saúde Coletiva. A docência, agregada à multiprofissionalidade e à atividade científica, parece ser fator determinante e facilitador desta busca.

Assim, o papel do docente desta disciplina implica somar qualidades como médico (onde entra a problemática da formação generalista), como membro de uma equipe de trabalho (onde se incluem funções administrativas e gerenciais) e como professor (o que exige formação pedagógica e científica).

Este fazer pedagógico, na ótica do trabalho, exige também mudanças dos alunos, dos pacientes e de toda a equipe envolvida^{7,13}.

Como analisado por Hossne⁷, há uma triangulação na supervisão de estágios entre os alunos, professores e pacientes. Para que se respeite a relação entre aluno e paciente e se obtenham resultados mais favoráveis, tanto para o processo de cura, quanto para o próprio aprendizado, o aluno deve desempenhar um papel diferenciado do de um simples aprendiz, antevendo-se enquanto profissional. Já ao professor cabe cumprir não o seu papel de médico ou de interventor, mas a construção de uma terceira relação, que permita aprofundar os vínculos preestabelecidos.

Desta forma, acrescentando-se o papel pedagógico do restante da equipe e da própria relação com o sujeito que se encontra sob cuidado, pode-se inferir que por meio do trabalho se altera a linearidade da relação professor/aluno para uma relação multivetorial, em que se questiona cotidianamente: quem ensina-quem-onde-e-quando⁶.

Têm-se, então, estágios diferenciados em cada Centro de Saúde, pois o programa da disciplina molda-se aos serviços, aos docentes e ao grupo de alunos.

Foi notada, por exemplo, nesta investigação, uma diferença significativa da ênfase dada ao atendimento clínico enquanto estratégia de ensino. Mesmo tratando-se de um estágio da Saúde Coletiva, os alunos apontaram como mais proveitosos os conteúdos que de alguma forma tinham relação com o acompanhamento clínico, pois assim puderam visualizar melhor a aplicação dos conhecimentos e práticas a serem experimentados em seu exercício futuro como médicos.

Este fato parece demonstrar que não se pode separar ações e conhecimentos voltados ao indivíduo e ao coletivo, o que justifica a realização de estágio em serviços da rede básica, pois neste espaço esta integração é imprescindível. O trabalho em equipe, a proximidade e o vínculo com a população, a preocupação com a resolutividade e a qualidade e, especialmente, com o acolhimento permitem e exigem esta integração.

Entretanto, é importante lembrar que os resultados destas atividades para a formação médica ainda são limitados, pois a estrutura da escola e dos serviços de saúde nem sempre condiz com os princípios definidos pela Reforma Sanitária^{8,12,18}.

Como citado pelos entrevistados, mantém-se na escola a dicotomia entre o básico e o profissionalizante, e entre teoria e prática; a perspectiva dominante de especialização entre os docentes e discentes; a displicência com as questões pedagógicas por parte de alguns professores; a desvalorização da medicina social, que é colocada à parte do curso e da faculdade (entendida somente como o Hospital Universitário); a complexidade e quantidade de informações a serem ministradas durante o curso, o que o torna sempre incompleto.

Nesta estrutura, conteúdos de caráter formativo, ético-social e humanístico apresentam-se como de pouca utilidade e de difícil aplicação^{8,18}. Como exemplo desta dificuldade, registre-se que, mesmo experimentando-se um trabalho considerado "gostoso" e de qualidade num Centro de Saúde, a referência por parte dos alunos à inserção futura nestes serviços foi remota (para início de carreira) ou até negada.

AGRADECIMENTOS

Aos alunos que participaram desta investigação e colaboraram para o repensar do ensino médico e, especificamente, para a melhoria de nosso curso.

SUMMARY

This research intends to verify the assessment of learning of Social Medicine in Medical Education. It's focused the teaching plan of the Preventive and Social Medicine Department of PUC-Campinas and the discipline what is to be ministered during the fifth year class in Primary Health Care Services. Aiming to evaluate the information retained by students and their performance, a qualitative approach was chosen through interviews with students who had finished the training in the previous year. We could verify that in each group training acquired its own character. In general, the training has surpassed expectations, also making clear that primary health services can be effective and with resolution. Some contents about: doctor-patient relation ship, integral attention, interdisciplinary work

and the approach to social reality have been emphasized for the students. They considered this knowledge new and enable to review attitudes. For conclusion it is important that the medicine school integrate into health services and modify the curriculum structure for overcome the theoretical /practice dichotomy.

KEY WORDS

- Assistant-teaching staff;
- Primary health services;
- Preventive Medicine teaching;
- Teaching-learning process evaluation;
- Qualitative methods.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADORNO, R. C. F. A escola, o campo, a diversidade, o jogo: as ciências sociais e as trilhas do ensino em uma instituição de saúde pública. In: CANESQUI, A. M. (org.) Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde Coletiva. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, p.133-144, 1995.
2. AMB. Requisitos mínimos para a criação de cursos de graduação em medicina. Documento 1. Associação Médica Brasileira.(mimeog.), 1990. 18p
3. CANESQUI, A. M. As ciências sociais, a saúde e a saúde coletiva. In: Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde Coletiva. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, p.19-36, 1995.
4. CHAVES, M. M. Educação das profissões da saúde: perspectiva para o século XXI. Rev. Bras. de Ed. Méd., v.20, n.1, p.1-48, 1996.
5. COSTA, N. R. Ciências Sociais e saúde: considerações sobre o nascimento da saúde coletiva no Brasil. Saúde em Debate, n.36, p.58-65, out/1992.
6. GÓES, M. C. A natureza social do desenvolvimento psicológico. Caderno Cedes, n.24. Pensamento e linguagem: estudos na perspectiva da psicologia soviética. São Paulo: Papirus, p.17-31, 1991.
7. HOSSNE, W. S. Relação professor-aluno: inquietações, indagações, ética. Rev. Bras. de Ed. Méd., v.18 ,n.2, p.75-81, 1994.
8. MARSIGLIA, R. G. & SPINELLI, S. P. As ciências sociais em saúde e o ensino. In: CANESQUI, A. M. (org.) Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde Coletiva. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1995. p.123-32.
9. MARSIGLIA, R. G. Relação ensino/serviços: dez anos de integração docente-assistencial (IDA) no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1995. 116p.
10. MEC. Ensino médico: bases e diretrizes para a sua reformulação. Comissão de especialistas do ensino médico. MEC/Sesu. Divulgação, n.5, p.19-25, 1991.
11. MINAYO, M. C. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2a ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993. 269p.
12. OPAS. As transformações da profissão médica e sua influência sobre a educação médica. Washington/D.C., Opas/OMS,out./1992.(mimeog) 15p.
13. PAIM, J. S. Marco de referência para um programa de educação continuada Rev. Bras. de Ed. Méd., v.17, n.3, p.7-13,1993.
14. PAIM, J. S. *et al.* O ensino da medicina social na graduação. Rev. Bras. de Ed. Méd., v.18, n.1, p.11-19, 1994.
15. Plano de curso: Disciplina Programa Integrado em Saúde Coletiva (programas anexos) Campinas: Departamento de Medicina Social e Preventiva, 1996. (Mimeo.)
16. PUCC. A docência-assistência interdisciplinar na rede básica de referência da PUCCAMP. Campinas: Departamento de Medicina Social e Preventiva/Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 1994.(Mimeo.)
17. SAVIANI, D. Escola e democracia. Coleção: Polêmicas de nosso tempo. 3a ed. São Paulo: Cortez,1984.
18. SOBRAL, D. T. Retrospecto da cúpula de Edimburgo: subsídios para a educação médica. Rev. Bras. de Ed. Méd., v.18, n. 3, p.103-10, 1994.

* Agência de fomento: Ceap-Coordenadoria de Apoio à Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, que contribuiu com bolsas para as auxiliares de pesquisa.

Endereço para correspondência:

Maria Alice Amorim Garcia

Rua Américo de Campos, 416 - Cidade Universitária

13083-040 - Campinas - SP

Fax: (019)287-4859

E-mail: millas@lexxa.com.br