

Projeto Sérgio Arouca: Relato de Experiência

Sérgio Arouca Project: a Case Report

Marcos Aurélio Maeyama^I
Luiz Roberto Agea Cutolo^I
Marcos Vinícius Chaves^{II}
Rafael dos Santos Barni^{III}

PALAVRAS-CHAVE

- Assistência Integral à Saúde;
- Atenção Primária à Saúde;
- Educação Médica;
- Humanização da Assistência;
- Promoção da Saúde.

KEYWORDS

- Comprehensive Health Care;
- Primary Health Care;
- Medical Education;
- Humanization in Health Care;
- Health Promotion.

Recebido em: 04/09/2014

Reencaminhado em: 26/06/2015

Aprovado em: 27/07/2015

RESUMO

Historicamente, a formação médica encontra-se voltada para o tradicional modelo biomédico. As Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Medicina, aprovadas em 2001, indicam a necessidade de ajustar a formação de recursos humanos ao serviço, seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Em conformidade com tais Diretrizes, o governo federal elaborou, em 2005, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), com o objetivo de favorecer a formação de profissionais adequados às perspectivas da Atenção Básica. Em 2009, no contexto do Pró-Saúde e inspirados pelo Projeto Rondon, professores do curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí (Univali) criam o Projeto Sérgio Arouca, uma iniciativa que visa à atuação na Atenção Básica de municípios carentes do Estado de Santa Catarina. O presente relato baseia-se em participações de acadêmicos de Medicina e objetiva demonstrar o quanto estas experiências foram enriquecedoras para a formação profissional e a construção de uma nova visão da prática médica, enfrentando situações e cenários distintos dos vivenciados no cotidiano na universidade.

ABSTRACT

Historically, medical education has been focused on the traditional biomedical model. The Brazilian National Curriculum Guidelines for Undergraduate Medicine Courses, approved in 2001, indicate the need to adjust the training of human resources to the service, by following the Brazilian National Health System principles. In accordance with those Guidelines, the Brazilian government developed, in 2005, the National Program for Reorientation of Professional Training in Health, in order to promote the training of appropriate professionals for primary care. In 2009, within the context of Pró-Saúde and inspired by the Rondon Project, teachers of the University of Vale do Itajaí create the Sérgio Arouca Project, an initiative that aims to work in primary care in needy towns of the State of Santa Catarina. This report is based on Medicine students' participation in the Project and aims to demonstrate how valuable these experiences were to their professional training and to building a new vision of medical practice, placing them in situations and scenarios different to those experienced in daily university life.

^I Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, SC, Brasil.

^{II} Prefeitura Municipal de Tangará, Tangará, SC, Brasil.

^{III} Programa de Residência Médica em Psiquiatria, Florianópolis, SC, Brasil.

INTRODUÇÃO

O Relatório Flexner, publicado em 1910 nos Estados Unidos, propunha um modelo de reformulação do ensino médico no qual havia um claro privilégio ao entendimento biológico do processo saúde-doença, favorecendo as especializações precoces, fragmentando o conhecimento e dificultando a visão integral do paciente¹.

Na década de 1960, com o início do regime militar e a crescente influência do complexo médico-industrial, o governo brasileiro utiliza recursos públicos para financiar a construção de hospitais privados, favorecendo o desenvolvimento do modelo biomédico², e realiza uma reforma universitária, por intermédio da imposição da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Superior, que ordenava aos cursos de Medicina a adoção obrigatória do modelo flexneriano³.

No início da década de 1970, com a crise do petróleo e o fim do milagre econômico, as verbas de saúde pública despencaram, e a atenção médica da Previdência Social caminhou para a falência⁴. Além disso, ao longo dos anos, o modelo biomédico foi se mostrando incapaz de solucionar os problemas de saúde coletiva, aliado aos altos custos da atenção médico-hospitalar e da diminuição da arrecadação previdenciária, e ainda ao fato de não atender boa parcela da população⁵.

Diante desse panorama mundial de crise econômica e sanitária, inicia-se um debate sobre o modelo em vigor, defendendo-se uma atenção mais abrangente à saúde⁶, dando origem ao que posteriormente ficou conhecido como Movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

O marco do Movimento da Reforma Sanitária ocorre na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 e presidida por um dos líderes do movimento, o médico sanitarista Sérgio Arouca. Nela surgiram propostas de reforma do sistema de saúde, e o relatório final da conferência serviu de base para o trecho constitucional que dava as bases para a criação do Sistema Único de Saúde⁷.

A Constituição Federal de 1988 determina que a saúde deve ser um direito de todos e dever do Estado, que deve garanti-la mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, prevendo ainda o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação⁸.

A Lei 8.080/90 define que saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, trabalho, meio ambiente, transporte, emprego, lazer, saneamento básico e acesso aos serviços de saúde⁹.

Este entendimento de saúde implica a recusa ao reducionismo de intervir apenas no sistema biológico que supostamente seria responsável pela queixa de um paciente¹⁰. Consi-

dera, em última instância, que a ocorrência de um evento se define a partir da determinação social, pois é a partir dela que os indivíduos estão sujeitos aos condicionantes ambientais e exposição biológica¹⁰.

Em 1993, o Ministério da Saúde cria o Programa Saúde da Família (PSF), com o objetivo de iniciar as mudanças no sistema de saúde, segundo uma lógica de abordagem integral do processo saúde-doença².

O PSF trouxe alguns desafios, como o trabalho multidisciplinar e a busca de uma clínica ampliada e integradora das dimensões biopsicossociais do adoecimento, e com isso, a necessidade de mudanças na formação de profissionais para trabalhar no novo modelo de atenção proposto².

Uma primeira medida foi a publicação, em 1996, da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), que permitia a flexibilização dos currículos dos cursos de Medicina, extinguindo a necessidade do currículo mínimo de base flexneriana¹¹.

A aprovação da LDB leva à elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em Medicina, em 2001. As Diretrizes apontam a necessidade de adequar a formação de recursos humanos ao serviço, seguindo as diretrizes e princípios do SUS e compreendendo a integralidade como eixo da formação¹².

Com base nas experiências do Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed) de 2001, que propunha uma formação mais afinada com a Atenção Básica e com enfoque nas necessidades de saúde da população¹³, o governo federal elabora, em 2005, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), com o mesmo propósito, estendendo-se aos cursos de Odontologia e Enfermagem¹⁴.

O Pró-Saúde baseia-se em três eixos: orientação teórica para abordagem integral do processo saúde-doença; diversificação dos cenários de prática com ênfase na Atenção Básica; e orientação pedagógica centrada nas necessidades dos alunos¹⁴.

O curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí adere ao Pró-Saúde em 2006. Na segunda etapa de execução desse programa, é implantado, em 2009, o Projeto Sérgio Arouca, que, na sua essência, busca atender os três eixos do programa.

Este trabalho trata-se de um relato de experiência por meio da participação dos acadêmicos em algumas edições do projeto.

METODOLOGIA

O relato de experiência é um documento em que se identifica todo o percurso desenvolvido pelo acadêmico em seu estágio, pesquisa de iniciação científica ou projeto de extensão. Ele se

dedica ao registro de situações relevantes ocorridas durante o mesmo¹⁵.

A coleta de dados foi realizada por meio de grupo focal, que em geral permite melhor contextualização do fato, por meio da criação de uma situação interativa entre os participantes, mais próxima do que uma entrevista individual¹⁶.

A amostra contou com participantes do último projeto, realizado no município de Cerro Negro em janeiro de 2015, num total de dez alunos. A amostra foi de caráter intencional, com alunos que participaram pela primeira vez do projeto e outros que haviam participado de edições anteriores, e ainda de diferentes fases, para que pudessem aparecer diferentes percepções sobre a experiência no projeto. Para identificar os acadêmicos, foi utilizado o termo “participante”, e estes receberam numeração de um a dez para sua diferenciação.

A amostra intencional pode ser utilizada com base no julgamento das necessidades dos pesquisadores de que determinados elementos sejam mais representativos da população e que possam melhor responder às questões de pesquisa¹⁷.

As falas foram gravadas e transcritas. Para análise de dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temático¹⁸.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Univali, tendo sido aprovada sob o parecer nº 1.052.312, e foram respeitados os termos de consentimento livre e esclarecido dos participantes do grupo focal.

DESCRIÇÃO DO PROJETO SÉRGIO AROUCA

O Projeto Sérgio Arouca possui, como inspiração, o Projeto Rondon, criado em 1967 e que realiza atividades assistenciais em comunidades carentes e isoladas do País, e, na sua versão mais recente, a partir de 2005, promove o estímulo à cidadania e à produção de projetos coletivos locais, em parceria com as comunidades.

O Projeto Sérgio Arouca, por meio de uma concepção ampliada de saúde, busca integrar tanto o componente assistencial quanto as noções de cidadania presentes em seu projeto inspirador. Seu nome é uma homenagem ao médico sanitarista Sérgio Arouca, expoente da reforma sanitária, que simboliza o desejo de mudança em saúde, objeto deste projeto.

O projeto é desenvolvido em municípios do interior de Santa Catarina com baixo Índice de Desenvolvimento Humano, tendo como locus a Atenção Básica, propiciando vivências em realidades sociais distintas das realizadas no entorno da universidade.

A primeira edição do projeto ocorreu em janeiro de 2010 e contou com a participação de 24 acadêmicos e quatro professores. No total, já foram realizadas dez edições, sendo a última em janeiro de 2015. O número de participantes foi crescendo a cada edição, girando em torno de 50 a 65 integrantes.

O projeto divide-se em dois momentos: planejamento e execução das atividades.

A etapa do planejamento inicia-se com uma viagem precursora ao município. Nesse momento, são discutidas as necessidades de saúde e as possibilidades de ações. Após a viagem precursora, iniciam-se as reuniões na universidade. Os participantes são divididos em grupos de trabalho (por exemplo, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde da criança, saúde mental, doenças crônicas e dia da cidadania), para elaborar as atividades a serem desenvolvidas de acordo com o diagnóstico prévio.

A primeira etapa é finalizada com uma oficina preparatória, na qual os grupos de trabalho apresentam a todos os participantes as atividades planejadas.

Todas as atividades realizadas no projeto, sejam de planejamento ou práticas, sempre são lideradas por acadêmicos, no sentido de desenvolvimento da autonomia e liderança, ficando os professores apenas no apoio. O projeto conta, ainda, com a participação de alunos do programa de mestrado da universidade e de médicos ex-alunos participantes do projeto, que trabalham numa perspectiva de supervisão, interdisciplinaridade e matriciamento.

A segunda etapa, já no município, ocorre em geral simultaneamente em seis ou sete localidades, onde os participantes do projeto realizam as atividades assistenciais e de grupo.

As atividades assistenciais são planejadas de forma a permitir abordagem cuidadora, sejam elas a partir do contexto do problema ou mesmo de rastreamento, isto é, o exercício da clínica ampliada, independentemente do ciclo envolvido. O objetivo não é apenas tratar o problema, mas, sobretudo, cuidar da pessoa que tem um problema.

Atividades de educação em saúde sempre são conduzidas de forma participativa (rodas de conversa, dinâmicas) ou lúdica (teatro, bingo, gincana, oficinas), buscando fugir de discursos prontos com pouca interação.

Entre as atividades de grupo que já ocorreram, podemos destacar, na saúde da mulher, rodas de conversa relacionadas a climatério, planejamento familiar, gestação, câncer de colo de útero e mama.

Na saúde da criança, foram realizadas dinâmicas de alimentação saudável com “teste cego” de frutas, atividades lúdicas de higiene, oficina de brinquedos com material reciclável, além de rodas de conversa com adolescentes sobre sexualidade.

Oficinas de culinária foram oferecidas a pacientes com hipertensão e diabetes, com preparo e degustação de receitas hipossódicas e dietéticas, valorizando, porém, o sabor dos alimentos, tornando possível a adesão a dietas mais saudáveis.

Uma dinâmica, realizada na saúde mental com pacientes de uso crônico de medicamento controlado, utilizou balões e papéis com palavras-chave em seu interior, estimulando discussões sobre as causas dos problemas mentais e o uso crônico do medicamento.

Foram efetuadas visitas domiciliares para pacientes acamados e idosos. Além dos cuidados do próprio paciente, a visita também visava ao cuidador.

No final do projeto, é promovido o “Dia da Cidadania”, uma atividade voltada a toda a comunidade, organizada em forma de feira, com atividades de lazer, educação, atenção à saúde e entretenimento, concentradas no centro da cidade.

REPERCUSSÕES DO PROJETO PARA A FORMAÇÃO ACADÊMICA

Orientação teórica

Em geral, o modelo adotado nos cursos de Medicina privilegia a prática hospitalocêntrica e limita um contato mais próximo com o paciente e o conhecimento do seu contexto social.

Durante o curso, com raríssimas exceções, percebemos a valorização do modelo biológico e a busca por uma formação essencialmente técnica. Somos “treinados” para a lógica de sinais e sintomas/diagnóstico/condução, baseada em protocolos. (Participante 1)

A prática profissional é resultado da forma como os conhecimentos são organizados no âmbito acadêmico. Uma educação médica biomédica tem como “produto” final um profissional cuja prática valoriza apenas o biológico e se torna impessoal, uma vez que os protocolos generalizam os casos, desconsiderando a singularidade das pessoas. Mesmo com a recente mobilização em torno de reformas curriculares, a formação médica ainda se apresenta voltada para o tradicional modelo biomédico¹⁹.

A Atenção Básica, em teoria, responde a uma prática contra-hegemônica que considera a singularidade dos casos. Porém, ainda que o profissional na Atenção Básica (preceptor) siga esta lógica em sua comunidade, nem sempre a prática na disciplina de Medicina de Família e Comunidade garante este aprendizado para o acadêmico, como demonstra a fala seguinte:

Na nossa prática regular, muitas vezes, várias questões a que damos valor são desprezadas pelos professores. Na própria disciplina de Medicina de Família, como os pacientes são todos muito conhecidos pelos médicos, contar alguma coisa da

história do paciente é desprezado, pois muitas vezes o médico já sabia daquilo e não conseguimos discutir o quanto esses problemas estão de fato afetando o paciente. (Participante 2)

A inserção do acadêmico na Atenção Básica, por si só, não confere a ele uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, pois implica fundamentalmente a interação com o profissional e o trabalho, que podem estimular ou não esse processo²⁰.

No Projeto Sérgio Arouca, nas diversas atividades executadas, além da preocupação com a questão sanitária das pessoas, o objetivo é a superação da lógica queixa-conduta. O foco volta-se para as dimensões socioambientais, psicológicas, biológicas e culturais do ser humano²¹, no sentido do conceito ampliado de saúde, relacionando, portanto, as condições de vida com o processo de saúde e adoecimento.

Acredito que a maior contribuição do projeto foi ensinar a importância de olharmos para o paciente como um todo, iniciando pelo ambiente em que ele vive, as relações que ele tem com a família, amigos e comunidade. Por mais que esse olhar seja ensinado na formação médica, ainda percebemos a dificuldade de se fazer isso no dia a dia, no hospital, nos ambulatórios e postos de saúde, e o projeto mostra como é possível fazer uma ampla abordagem em saúde e quanto isso beneficia o paciente. (Participante 3)

Apesar de haver no currículo formal uma discussão de uma abordagem ampliada, parece haver um distanciamento de uma vivência mais prática nas atividades regulares. O que parece de fato contribuir para que o acadêmico perceba a importância da escuta e do entendimento do contexto é a experiência prática. No projeto, a necessidade de dar respostas positivas aos problemas de saúde, sem apoio imediato de tecnologias duras, faz com que a escuta seja valorizada, pois em algumas situações ela é a única tecnologia disponível.

A combinação de conhecimentos adquiridos com sentimentos percebidos, com base nas próprias experiências vividas, permite a aprendizagem significativa e a ressignificação de sentidos²².

Ver a gratidão das pessoas por simplesmente tê-las escutado é também muito gratificante. Muitas vezes os pacientes só precisam de atenção, de um abraço, um olhar de compaixão. Acho que o projeto me faz pensar que quero tratar todos os pacientes com o máximo de atenção, independentemente da especialidade que seguirei. (Participante 4)

A satisfação das pessoas e a confirmação de que as tecnologias leves são importantes para a resolução dos problemas sensibilizam e legitimam para uma nova prática em saúde.

A observação e a vivência de atitudes acolhedoras e o desenvolvimento de um relacionamento adequado entre médico, paciente, membros da equipe e da comunidade enriquecem e potencializam atitudes positivas²³.

O novo ou diferente propicia ainda um processo de reflexão sobre as práticas vigentes.

Eu não acredito que a medicina deveria ser somente fazer diagnóstico, seguir condutas preestabelecidas. O projeto tem tudo a ver com o que eu queria aprender no curso e até então não tinha visto. O que mais me chama a atenção no projeto é justamente perceber que, com ações tão simples e com pouco recurso, e muitas vezes insuficientes para os guidelines, já é possível trazer benefícios para as pessoas. (Participante 5)

A vivência em outra lógica propicia a crítica para um modelo que se mostra reducionista para o enfrentamento de muitos problemas de saúde. Essa problematização tem potencial para gerar uma mudança de Estilo de Pensamento²⁴.

O conhecimento do contexto dos problemas possibilita, além das ações clínicas, trabalhar na mudança das condições de vida das pessoas, que de fato determinam o aparecimento ou a manutenção de um problema.

Temos a responsabilidade de analisar e estruturar as atividades de acordo com as necessidades de saúde da população. Para cada cenário, é preciso planejar uma atuação singular àquela realidade. (Participante 1)

Como descrevem as DCN, é importante que o aluno aprenda a aprender, pois a diversidade de realidades sanitárias em um país com características tão heterogêneas como o Brasil não permite a vivência e o aprendizado da totalidade, e, portanto, a tomada de decisões e as iniciativas nem sempre podem se basear em protocolos preestabelecidos¹².

A forma de apreender essas necessidades pode ser expressa pela clínica ampliada, que corresponde à capacidade dos profissionais de aprender com seus pacientes, conhecendo o seu contexto e integrando esses conhecimentos à prática profissional. Fazer uma prática integral em saúde significa buscar atender às necessidades das pessoas ou das coletividades, que se expressam em aspectos sociais, culturais, psicológicos e biológicos²⁵.

Aprender a valorizar o âmbito social das pessoas se torna fundamental. Realmente compreendemos a necessidade de enxergar o indivíduo como um todo. (Participante 6)

Reconhecer os diversos aspectos que interferem no processo saúde-doença e que o biológico é somente a expressão deste contexto permite, de fato, atuar nas causas dos problemas, e não apenas em suas consequências. Nesse sentido, o projeto contempla o eixo A do Pró-Saúde no que se refere à orientação teórica¹⁴.

Cenários de prática

A valorização do contexto não é possível apenas com um direcionamento de condutas ou rotinas. A diversificação dos cenários de prática, distante dos ambientes protegidos da universidade, propicia não só conhecer outras realidades, mas fundamentalmente entender como elas interferem na saúde das pessoas.

A vida real. Falo isso porque estou entrando no último ano da faculdade, e até aqui o curso nunca me proporcionou vivenciar experiências tão reais como as que vivi nos projetos. Mesmo no internato, nenhuma atividade se compara às experiências que realizamos durante o projeto. Sem contar o choque de realidade de estar com pessoas tão humildes, que vivem e são muito felizes com tão poucas condições. É uma verdadeira lição de vida. (Participante 7)

Os livros ou aulas teóricas nem sempre são capazes de sensibilizar o aluno. A experiência prática gera sentidos. Mas não se trata de qualquer prática. A imersão na experiência é que de fato gera sentidos. A imersão se dá no sentido de que os participantes do projeto vivem intensamente a realidade do município e das pessoas. Não se trata de uma mera atividade na unidade de saúde.

Uma das atividades realizadas durante o Projeto Sérgio Arouca que propicia a prática da clínica ampliada é a atenção domiciliar, considerada fundamental para o cuidado na Atenção Básica.

Lá a gente vê a realidade. Nas visitas, a gente conhece a realidade dos pacientes que vivem naquele lugar. Às vezes atendemos na faculdade, mas não fazemos ideia de como aquela pessoa vive, qual é a sua real condição de vida. (Participante 8)

As visitas permitem aos profissionais o conhecimento fidedigno do contexto em que o indivíduo está inserido e das suas condições de vida, trabalho e habitação. Por estar no

próprio espaço, a pessoa costuma se mostrar mais receptiva ao diálogo, o que facilita a construção conjunta de um plano assistencial individualizado.

A visita domiciliar constitui uma alternativa para humanizar o atendimento, pois possibilita o acesso das pessoas com alta vulnerabilidade e fragilidade à atenção necessária. Na esfera coletiva, as visitas domiciliares propiciam a ampliação da visão sobre os aspectos culturais e sociais de uma comunidade²⁶.

O Projeto Sérgio Arouca também mantém atividades educativas e de promoção da saúde, instrumentos valiosos para a superação do modelo biomédico.

Em relação à prática educativa, embora tenhamos objetivos sanitários, o propósito não é simplesmente determinar, de forma autoritária, o que as pessoas devem fazer. Buscamos uma prática educativa problematizadora, por meio do diálogo, do olhar ampliado, do conhecimento do contexto em que as pessoas vivem, para, então, juntos, discutirmos as soluções. (Participante 1)

As práticas educativas também são realizadas no modelo biomédico, mas não têm se mostrado efetivas. Tradicionalmente, elas são executadas por meio de palestras, sem que se conheça o contexto do problema, e as pessoas recebem informações sobre o que “devem” fazer.

Paulo Freire²⁷ afirma que, para alcançar a autonomia dos indivíduos, a prática educativa deve se basear no diálogo e no companheirismo, ou seja, em trocas entre educador e educando, nas quais ambos se educam, com construção de um novo saber crítico e reflexivo. O diálogo permite não apenas conhecer o que as pessoas sabem sobre determinado assunto, mas também, por vezes, que o próprio profissional se transforme e ressignifique seu conhecimento, e o ato educativo, consequentemente, assume outra forma e sentido.

A mesma lógica de escuta e diálogo permite que os problemas de saúde tenham outro significado e, consequentemente, outras respostas.

Conhecendo a realidade em que vivem as pessoas, pelo diálogo e pela problematização, podemos ir além e estabelecer um diagnóstico dos problemas comunitários envolvidos, que podem estar relacionados com a falta de lazer, empregos, educação, etc. (Participante 1)

A visão ampliada de saúde permite pensar as soluções também na lógica da promoção da saúde, como descreve a fala acima. A proposta é que as intervenções em saúde ampliem a sua abrangência e que as respostas ao processo saúde-

-doença se transformem em ações que inclusive modifiquem as condições de vida dos indivíduos e da comunidade²⁸.

O trabalho com grupos, seja ele educativo ou voltado à promoção da saúde, propicia a atenção integral à saúde, permite melhor conhecimento da comunidade, desenvolve a construção de novos saberes, aumenta a resolubilidade de problemas de saúde, potencializa a criação de vínculo entre equipe e comunidade, além de, indiretamente, influenciar a diminuição da demanda nas unidades de saúde²⁹.

A proximidade com a realidade das pessoas e das comunidades permite ainda que conteúdos desenvolvidos ao longo da matriz curricular, muitas vezes considerados utópicos, ganhem sentido.

No projeto é possível colocar em prática o acolhimento que a gente tanto prega na faculdade. Poder ver a pessoa como um todo, o meio em que ela vive, a comunidade. (Participante 10)

Essa relação da orientação teórica, baseada no conceito ampliado de saúde, com as atividades práticas, que incorporam a clínica, a prevenção e a promoção da saúde, vai ao encontro da imagem objetivo desejada para a integração ensino-serviço¹⁵.

Esse conjunto de atividades tem como cenário a Atenção Básica, a comunidade e os domicílios, apontando a desinstitucionalização das práticas educacionais assistenciais, que historicamente eram (e são) desenvolvidas em ambientes com alta densidade tecnológica, próprias do modelo flexneriano e biomédico, garantindo, assim, certa diversificação dos cenários de prática, contemplando o eixo B do Pró-Saúde¹⁴.

Orientação pedagógica

O estudante envolvido no Projeto Sérgio Arouca desenvolve, ainda, novas habilidades no que diz respeito à capacidade de liderança e trabalho em equipe. Desde o princípio, são os acadêmicos que efetivamente constroem o projeto.

A chance de ser protagonista ao criar as estratégias de trabalho, de aprender com os veteranos, que são mais atenciosos ao explicar. (Participante 5)

Acho que a palavra-chave seria autonomia. No projeto atendemos sozinhos, depois passamos o caso para um médico, e ele reavalia o paciente se necessário. (Participante 4)

Temos a liberdade de atender os pacientes da forma como quisermos, da nossa própria maneira, valorizar o que acharmos que deva ser valorizado para ajudar as pessoas. (Participante 2)

Valoriza-se a iniciativa, e o trabalho é moldado de forma que todos se tornem protagonistas. Ao menos, em algum momento, o participante será selecionado como líder do grupo de determinada atividade diária, processo importante para que o aluno comece a lidar com problemas reais e vá assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção¹².

A participação, desde a elaboração, planejamento, organização e execução das atividades, propicia aos acadêmicos a percepção do valor do esforço individual e coletivo. Com base nesses valores, adquire-se a competência para trabalhar em equipe, o que, no cotidiano dos serviços, aparece como uma grande dificuldade.

No dia a dia muitas vezes parece mais fácil fazermos as coisas do nosso jeito, achando que é a melhor maneira, sendo que muitas vezes não é. Certamente o projeto me mostrou como é importante o trabalho em grupo, a divisão de tarefas e o quanto essa boa relação traz benefícios no resultado final. (Participante 3)

Lá, oferecer ajuda, mesmo a quem você tem pouco convívio, fortalece o grupo. A palavra-chave é cooperação. (Participante 6)

A competição do vestibular, a disputa por melhores notas e os próprios valores de competitividade da sociedade capitalista são deixados de lado, para a valorização do trabalho em grupo e a preocupação com o outro. Mais do que competências necessárias ao trabalho em saúde, existe a possibilidade de transformar a visão de mundo e sociedade.

A pergunta que fica é: por que essa forma diferente de fazer saúde não pode ser exercitada em todas as disciplinas? É preciso repensar o ensino. A rotina e a prática curricular priorizam a obtenção de notas e conceitos adquiridos com a repetição de condutas que agradem aos professores, sem espaço para a crítica.

Acho que todos os alunos de Medicina têm interesse de ajudar o próximo. A faculdade, seja pela cobrança, pelas provas acumuladas, pela forma de ensino, nos afasta um pouco disso. E o projeto me devolveu isso, a vontade de ajudar o próximo. (Participante 2)

Ainda estou no ciclo clínico, então praticamente em todas as práticas tem o professor do lado, o que nos faz muitas vezes nos preocupar mais com o professor do que com o próprio paciente. (Participante 4)

Portanto, não basta mudar conteúdos ou a própria matriz curricular, é preciso mudar as práticas pedagógicas como um todo. É necessária uma coerência entre ensino-aprendizagem-avaliação, não só em relação a conteúdos, mas especialmente a valores que encerram as práticas de saúde e de educação desenvolvidas. Apesar de parecerem evidentes, muitas vezes, as transformações curriculares são incorporadas sem clareza de como as práticas pedagógicas podem acompanhar ou contemplar determinado paradigma³⁰.

A prática educacional tradicional, aqui representada pelo modelo flexneriano, historicamente foi centrada no professor e na organização da disciplina, e os alunos, para aprovação, acabam tendo a obrigação de se adaptar a esta lógica – portanto, com forte hierarquia e relação de poder, e sem a priorização do próprio aprendizado.

No projeto, não existe cobrança de notas ou professor, e sequer de aprendizado, mas, sim, a resolução dos problemas das pessoas e comunidades, e desta forma os alunos aprendem.

No projeto não existe a hierarquia de professor, veterano e calouro. As pessoas de período acima te pegam pela mão e ensinam o que sabem, te ajudam sem prepotência ou arrogância. (Participante 7)

O Projeto Sérgio Arouca demonstra que é possível maior proximidade entre aluno e professor, o qual se torna mediador e orientador do processo de ensino, assim como os próprios alunos veteranos. A substituição da habitual relação hierárquica por uma relação horizontal beneficia a formação crítica e reflexiva, com o desenvolvimento de variadas competências, como gerenciamento, tomada de decisões, capacidade de comunicação, liderança e autonomia¹².

Essa relação horizontal extrapola o ensino para a relação acadêmico-paciente, pois, fundamentalmente, são relações humanas. Nesse sentido, os aspectos pessoais, familiares e sociais do paciente deixam de ser relegados a um plano secundário.

Eu queria ajudar as pessoas, por isso escolhi a medicina. Foi no projeto que percebi, pela primeira vez, que meu objetivo antigo estava sendo alcançado. Usar a medicina para melhorar a vida das pessoas. (Participante 6)

No projeto eu pude vivenciar um pouco dos meus ideais para com a medicina, que é poder atender as pessoas mais carentes e sair muito feliz da consulta por receber um “sorriso de muito obrigada” em troca. (Participante 7)

Deu pra perceber que eles estavam felizes mesmo por estarmos lá. (Participante 7)

Há um resgate dos valores que motivaram a seguir a carreira médica, esquecidos no decorrer do curso, e ajudar o paciente torna-se, de fato, o principal objetivo. Nesse sentido, os princípios básicos que devem balizar qualquer prática em saúde – como autonomia, beneficência, justiça, solidariedade, sentir-se cuidado, gratidão e reconhecimento fraterno a quem está cuidando³¹ – são vivenciados e dão sentido não somente à prática em saúde, mas também à escolha da profissão.

A valorização do protagonismo e da autonomia, a ruptura com a hierarquia e o aprendizado significativo com a experiência prática, de certa forma, redirecionam para o aprendizado centrado no acadêmico, fomentando a (re)orientação pedagógica e contemplando o eixo C do Pró-Saúde¹⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS DOS AUTORES PARTICIPANTES

Durante cerca de dez dias, “largamos” nossas vidas e imergimos em uma nova realidade, que passa a ser o nosso mundo nesse período. São dias em que vivemos integralmente o projeto e momentaneamente deixamos de lado as preocupações do “mundo exterior”.

A sensação de que viveremos algo peculiar surge, já, no instante em que desembarcamos do ônibus, ao chegar ao município. Não importa a quem pertence cada mala descarregada: em um ato de companheirismo, todos se organizam em longas filas e se encarregam de auxiliar os colegas. Coordenadamente, os objetos são transferidos de mãos em mãos e conduzidos até o abrigo que compartilharemos nos próximos dias.

As salas de aula, brevemente desocupadas por ocasião das férias escolares, servirão de alojamento para o grupo. Carteiras, cadeiras e mesas são dispostas temporariamente nas laterais dos recintos, para ceder espaço a colchões e pertences pessoais.

Perde-se o individualismo. Presta-se ajuda ao colega com dificuldades para inflar o colchão ao lado. Estendem-se cordas entre pilares para improvisar varais. Alinham-se mesas e bancos para o lanche do grupo. Em poucas horas, forma-se uma comunidade, onde as diferenças se tornaram semelhanças.

Recortar, colar, organizar, estudar, ensaiar, escrever. A determinação move os participantes, e o trabalho se prolonga pela madrugada.

O leitor desavisado poderia questionar a origem de tamanha dedicação. Pode soar estranha a ideia de que jovens abram mão de suas férias para enfrentar banhos frios, encarar longos deslocamentos de ônibus, dormir no chão e perder parte da privacidade. A busca por algo a mais que inicialmente é individual se mostra de forma coletiva.

O convívio diário durante o projeto facilita a aproximação entre os acadêmicos, pois naquele momento estamos mais abertos à construção de relações interpessoais. Reconhecemos gradativamente que nossos objetivos convergem e compartilhamos sentimentos parecidos.

À medida que nos reunimos com o grupo para dividir as vivências, compreendemos o sentido de nossas ações. É comovente o brilho nos olhos dos colegas ao relatarem o encanto dos atendimentos, a gratidão da comunidade e a pureza dos sorrisos infantis.

Nossas atitudes têm um significado especial para a população com a qual trabalhamos. Pessoas carentes, sofredoras, esquecidas pelo poder público, que reconhecem nosso interesse em ajudá-las e valorizam nossos gestos, por menores que eles sejam. Sentem-se bem por alguém se importar com seus sofrimentos e emoções.

Somos tocados por suas histórias e nos envolvemos com a comunidade. Somos recebidos por pessoas que, apesar de lutarem contra as inúmeras adversidades impostas pela vida, mantêm-se perseverantes e generosas, a ponto de nos acolherem em seus lares como se fôssemos velhos amigos. Pessoas sábias, felizes com o pouco que possuem. Quantas lições nos ensinam em tão pouco tempo!

O agradecimento de um senhor por sermos os primeiros dispostos a ouvi-lo e a examiná-lo, o “muito obrigado” de uma paciente que classifica a consulta como “a melhor de sua vida”, o abraço caloroso de uma criança pelo singelo presente que acabamos de lhe oferecer. Acumulamos experiências revigorantes, demonstrações de que pequenos atos, quando feitos com carinho, têm grandes repercussões.

O Projeto Sérgio Arouca comprova que é possível exercer a medicina com a qual sonhamos quando decidimos ser médicos. Não há contradição entre praticar a ciência médica e se manter sensível às pessoas, suas expectativas e seus sentimentos.

A hora da partida é momento de reflexão. Que impacto geramos? O que mudará em suas vidas? Talvez demoremos a perceber, mas a maior transformação não ficou para trás. Ela segue conosco, no interior de cada um. Nossas convicções não são mais as mesmas. Mudamos como profissionais. Mudamos como pessoas.

Quem dera sempre poder empregar os nossos esforços na busca incessante do bem-estar social, sem fins lucrativos ou de promoção pessoal. O projeto não se limita a apresentar uma forma diferente de fazer saúde. Ele vai além. Mal nos damos conta, mas experimentamos um novo modo de viver em sociedade, com o exercício da humildade, da cooperação e da solidariedade. Enfim, o sonho de uma sociedade mais equânime.

REFERÊNCIAS

1. Pagliosa FL, Ros MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev. bras. educ. med.* 2008;32(4):492-99.
2. Nogueira MI. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. *Rev. bras. educ. med.* 2009;33(2): 262-70.
3. Ros MA. A Ideologia nos Cursos de Medicina. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC (orgs). *Educação Médica em Transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec; 2004.
4. Luz MT. Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil de 'Transição Democrática' - anos 80. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*. 1991;1(1):77-96.
5. Polignano MV. *História das Políticas de Saúde no Brasil*. Belo Horizonte; 2005.
6. Paim JS. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador; 2007. Tese (Doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. 300p.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
8. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal; 1988.
9. Brasil. Lei nº 8.080/90. Brasília: Diário Oficial da União, n. 182, p. 18055-9, seção I, 1990.
10. Maeyama MA, Cutolo LRA. As concepções de saúde e suas ações consequentes. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Florianópolis. 2010;39(1):89-96.
11. Gutierrez DDD. *Esferas de Influências nos Currículos de Odontologia das Universidades Públicas do Estado de São Paulo*. São Paulo; 2008. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo. 152p.
12. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior, 2001. *Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina*. Homologada em 03/10/2001, Parecer CES 1.133/2001, Resolução CNE/CES Nº 4, de 7/11/2001. Brasília: Ministério da Educação, 2001.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Secretaria de Políticas de Saúde. Secretaria de Educação Superior. PROMED - Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas: uma nova escola para um novo sistema de saúde. Brasília: Ministério da Saúde / Ministério da Educação; 2002.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. *Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial*. Brasília: Ministério da Saúde / Ministério da Educação; 2009.
15. Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6022: informação e documentação: artigo em publicação periódica científica impressa: apresentação. Rio de Janeiro; 2003.
16. Flick U, Netz S. *Uma Introdução à Pesquisa Qualitativa*. 2.ed. Porto Alegre: Bookman; 2004.
17. Goldim JR. *Manual de Iniciação à Pesquisa em Saúde*. Porto Alegre: da Casa; 1997.
18. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10.ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
19. Backes MTS, Rosa LM, Fernandes GCM, Becker SG, Meirelles BHS, Santos SMA. *Conceitos de Saúde e Doença ao Longo da História sob o Olhar Epidemiológico e Antropológico*. *Rev. Enferm. UERJ*. 2009; 17(1).
20. Jesus JCM, Ribeiro VMB. *Uma Avaliação do Processo de formação Pedagógica de Preceptores do Internato Médico*. *Rev. bras. educ. med.* 2012; 36(2):153-161.
21. Antonelli MS. *Promoção de Saúde: Os Bastidores do Atendimento Primário em uma Instituição Pública na Cidade de Pedregulho*. Franca: Uni-FACEF; 2009.
22. Rêgo C, Batista SH. *Desenvolvimento docente nos cursos de medicina: um campo fecundo*. *Rev. bras. educ. med.* 2012; 32(3):317-324.
23. Stock FS, Sisson MC, Grossemann S. *Percepção de Estudantes de Medicina sobre Aprendizagem da Relação Médico-Paciente após Mudança Curricular*. *Rev. bras. educ. med.* 2012; 36(1):5-13.
24. Fleck L. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum; 2010.
25. Mattos RA. *Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos*. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO; 2001.
26. Drulla AG, Alexandre AMC, Rubel, FI, Mazza VA. *A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar*. *Cogitare Enferm, Curitiba*, 2009; 14(4): 667-74.
27. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *A Construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
29. Maeyama MA (org.). *A Construção do Acolhimento: a proposta de mudança do processo de trabalho em saúde do município de Bombinhas*. Bombinhas: Secretaria Municipal de Saúde de Bombinhas; 2007.

30. Ciuffo RS, Ribeiro VMB. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. 2008; 12(24):125-140.
31. Silveira PAF. O acolher Chapecó. In: Franco TB, Peres MAA, Foschiera MMP, Panizzi, M (org.). *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho*. São Paulo: Hucitec; Chapecó, SC: Prefeitura Municipal; 2004.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Todos os autores participaram da concepção e desenho do estudo, da análise e interpretação dos dados, bem como da redação e revisão final deste texto.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesse de ordem pessoal, comercial, acadêmica, política ou financeira na produção do manuscrito.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Marcos Aurélio Maeyama
Rua Uruguai, 458
Centro – Itajaí
CEP 88302-901 – SC
E-mail: marcosmaeyama@ig.com.br



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.