

O ESTETOSCÓPIO E O CADERNO

NARRATIVAS DA VIVÊNCIA
CLÍNICA DE ESTUDANTES
DE MEDICINA

**DANIELE CRISTINA GODOY E
ANTONIO DE PÁDUA P. CYRINO**

**O ESTETOSCÓPIO
E O CADERNO**

CONSELHO EDITORIAL ACADÊMICO
Responsável pela publicação desta obra

Adriano Dias

Albina Rodrigues Torres

Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira

Elen Rose Lodeiro Castanheira

Larissa Santi Fernandes (representante discente)

DANIELE CRISTINA GODOY
ANTONIO DE PÁDUA P. CYRINO

O ESTETOSCÓPIO E O CADERNO

NARRATIVAS DA VIVÊNCIA
CLÍNICA DE ESTUDANTES
DE MEDICINA

**CULTURA
ACADÊMICA** 
Editora

© 2013 Editora UNESP

Cultura Acadêmica

Praça da Sé, 108

01001-900 – São Paulo – SP

Tel.: (0xx11) 3242-7171

Fax: (0xx11) 3242-7172

www.editoraunesp.com.br

feu@editora.unesp.br

Cip – Brasil. Catalogação na publicação
Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ

G532j

Godoy, Daniele Cristina

O estetoscópio e o caderno: narrativas da vivência clínica de estudantes de Medicina [recurso eletrônico] / Daniele Cristina Godoy, Antonio de Pádua P. Cyrino. – 1. ed. – São Paulo : Cultura Acadêmica, 2013.

recurso digital

Formato: ePDF

Requisitos do sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

ISBN 978-85-7983-468-4 (recurso eletrônico)

1. Estudantes de medicina. 2. Médicos. 3. Medicina. 3. Livros eletrônicos. I. Cyrino, Antonio de Pádua, 1958-. II. Título.

13-07975

CDD: 610

CDU: 61

Este livro é publicado pelo Programa de Publicações Digitais da Pró-Reitoria de Pós-Graduação da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP)

Editora afiliada:



Asociación de Editoriales Universitarias
de América Latina y el Caribe



Associação Brasileira de
Editoras Universitárias

*Aos estudantes de Medicina que,
com sua dedicação aos pacientes e escrita reflexiva,
permitiram a realização deste trabalho.*

A pesquisa que originou este livro
contou com o apoio da Capes
(Programa Pró-Ensino na Saúde)

SUMÁRIO

Prefácio à 1ª edição	9
Introdução	15
1 Projetos de reforma do ensino médico e a comunidade	25
2 A clínica ampliada	33
3 A avaliação na educação médica	37
4 A disciplina IUSC III	43
5 Narrativas no cotidiano da clínica ampliada	51
Considerações finais	115
Referências bibliográficas	119
Sobre os autores	127

PREFÁCIO À 1^A EDIÇÃO

Isto não significa que, contrariamente à Alice, tenhamos que saber o caminho, mesmo porque não existe o caminho, mas caminhos, uma pluralidade deles e... desconhecidos. Contudo, é necessário escolher algum. E escolher é sempre um risco. Nada nos assegura o resultado do caminho escolhido, que só parcialmente, e muito parcialmente, depende de nós.

Garcia¹

O livro *O estetoscópio e o caderno: narrativas da vivência clínica de estudantes de Medicina* é resultado de um estudo que compõe o projeto de pesquisa: *Integração Universidade, Serviços de Saúde e Comunidade na Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp*: construindo novas

1 GARCIA, P. B. Paradigmas em crise e a educação. In: BRANDÃO, Z. (Org). *A crise dos paradigmas e a educação*. 3.ed. São Paulo: Cortez, 1999.

práticas de formação e pesquisa². Este projeto conta com a participação de pesquisadores e alunos de pós-graduação e graduação, que vêm compartilhando, refletindo, discutindo, experimentando, dialogando, avançando, construindo conhecimento em torno de iniciativa de inovação, em desenvolvimento há dez anos, que está no bojo de um movimento maior, nacional e internacional, voltado à mudança na formação na graduação na área da saúde. Trata-se do programa Interação Universidade–Serviço–Comunidade (IUSC), criado em 2003, que se transformou num conjunto de disciplinas ministradas aos três primeiros anos de graduação em medicina e enfermagem.

Daniele e Antonio apresentam, neste livro, uma parte relevante desse trabalho, expondo esse processo de ensino–aprendizagem e pesquisa sobre a formação no ensino superior na saúde, que valoriza o encontro entre seres humanos, o compromisso com a integralidade do cuidado, a maior aproximação entre academia e serviço, entre saúde e educação, num encontro ético, estético e político. Por meio desse estudo, abre-se um diálogo, sabendo que abordamos uma prática social muito complexa, com a qual aprendemos a cada dia, enquanto estamos formando e nos formando, e desejando avançar na teoria e na prática.

O percurso no qual se insere este livro tem início com o processo seletivo do Promed³ em 2003, na forte presença de uma diretora⁴ entusiasmada por participar de um processo de mudança curricular que tivesse a marca da

2 Projeto de pesquisa financiado pela Capes, modalidade Projeto de apoio ao ensino e à pesquisa científica e tecnológica em ensino na saúde / Pró-Ensino na Saúde / Edital n° 024/ 2010.

3 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas – Promed. Brasília, 2002.

4 Profa. Marilza Vieira da Cunha Rudge, que foi diretora da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp.

integração ensino, serviço e comunidade e no encontro de professores da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp com profissionais da saúde e das humanidades que já vinham, ou não, trilhando novas passagens. Configurou-se um grupo mobilizado para encarar a mudança, o novo em uma escola médica tradicional, marcada por movimentos de inovação e valorização da formação profissional na graduação e na prática dos serviços públicos. Uma escola médica pública que, ao longo dos anos, envolveu-se com o movimento da reforma sanitária e tem participado da qualificação e do desenvolvimento do SUS.

Enredamo-nos de forma arrojada, colocando-nos a proposta de ir além do possível, avançar um pouco mais no impossível. A narrativa entra nesta história permeando o possível, mas também avançando em um terreno desconhecido.

Essa opção tem nos possibilitado, por um lado, “estudar uma realidade social e coletiva por meio de narrativas individuais e vividos singulares, e, de outro, pretender verificar não apenas o que esses sujeitos percebem dos diferentes modos de produzir serviços médicos, mas a própria existência objetiva desses modos”⁵. É o que temos buscado, em parte influenciados por jornalistas como Eliane Brum, por escritores como Moacir Scliar, por médicos como Rita Sharon, por educadoras como Maria Isabel da Cunha e muitos outros. Assim, participamos de um movimento de formação que não se reduz ao conhecimento técnico, mas que envolve diferentes saberes e grandezas da vida humana intelectual, corporal, afetiva, social, estética, ética e cultural, como parte de um projeto de responsabilidade social. Poderíamos usar a fotografia,

5 SCHRAIBER, L. B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Revista de Saúde Pública*, v.29, n.1, p.63-74, 1995.

o desenho, a escultura, o vídeo, a dramatização, mas optamos pelo trabalho com a narrativa oral e escrita, marcada pela captura das histórias de vida de pacientes, pessoas comuns da comunidade, usuários dos serviços, e também dos próprios estudantes e professores, tendo como proposta enriquecer as relações entre estudantes de Medicina e Enfermagem, professores, profissionais, pacientes, familiares e as comunidades.

A minha vida faz-se ao contá-la e a minha memória fixa-se com a escrita; o que não ponho em palavras no papel, o tempo apaga-o. [...] A escrita é uma longa introspecção, é uma viagem até as cavernas mais obscuras da consciência, uma lenta meditação. Escrevo às apalpadelas no silêncio e pelo caminho descubro partículas de verdade, pequenos cristais que cabem na palma da mão e justificam a minha passagem por este mundo. (Allende, 1995)⁶

Ao construir narrativas, ampliam-se espaços para compreender o sofrimento, o significado do processo saúde-doença, a necessidade de ampliar a autonomia dos sujeitos frente ao cuidado e à reflexão sobre estratégias de produção de saúde que considerem a realidade do outro e sua relação com as práticas de atenção à saúde. Enfatiza-se “a capacidade de adotar outras perspectivas, de seguir o encadeamento de histórias complexas, por vezes caóticas, tolerar ambiguidades e reconhecer os múltiplos, frequentemente contraditórios, significados dos acontecimentos vivenciados pelas pessoas”⁷. Surge a possibilidade de questionar o poder instituído no contexto da formação

6 ALLENDE, I. P. *Paula*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

7 SOUZA, A. N. de S. *A narrativa na transmissão da clínica*. Disponível em: <http://www.forumpsi.blogspot.com.br/2006/11/narrativa-na-transmisso-da-clnica.html>. Acesso em: 10 out. 2013.

de médicos e enfermeiros, um poder objetivador, normativo, o pragmatismo e o reducionismo da anamnese e do modelo de atenção que imprime ao paciente um regime de submissão e dependência. Como nos lembra Lobo (2012), “não sei o que nos espera, mas sei o que me preocupa: é que a medicina, empolgada pela ciência, seduzida pela tecnologia e atordoada pela burocracia, apague a sua face humana e ignore a individualidade única de cada pessoa que sofre. Não se descobriu ainda a forma de aliviar o sofrimento sem empatia ou compaixão”⁸.

Entrar nesse campo das narrativas, como pesquisadores, estudantes, professores e profissionais da saúde, significa apostar na ampliação da visão sobre o cuidado, qualificando a atenção à saúde que valoriza a relação entre humanos.

Precisamos ocupar esse espaço. E utilizá-lo. Quem não se arrisca não pode berrar. Tem muito confete no ar, a ironia não tem limites e as notícias podem correr pelo ar.

Torquato Neto

*Eliana Goldfarb Cyrino*⁹
Brasília, novembro de 2013

8 ANTUNES, J. L. *A nova Medicina*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2012.

9 Professora-assistente doutora do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu. Coordenadora geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde – Ministério da Saúde.

INTRODUÇÃO

O médico científico

*Quando eu fui ao médico científico
percebi a ânsia que havia nele para
que sua chamada ciência me afetasse
e me reduzisse ao nível de coisa.
Então eu disse: Bom dia!, e deixei-o.*

D. H. Lawrence

Nos últimos tempos, a formação de médicos no Brasil tem sido foco de interesse não apenas dos profissionais da área e dos especialistas em educação médica. Ela vem ocupando as páginas dos jornais de maior circulação no país, dada a insatisfação da sociedade como um todo com a assistência médica. Em torno da temática da qualidade do profissional formado pelas escolas médicas, tem se destacado na imprensa a proposta de um exame nacional para o exercício da medicina como uma possível resposta a essa questão. O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) já vem realizando, há alguns anos, uma avaliação, não obrigatória, dos médicos recém-formados, a qual, desde 2013, assumiu caráter com-

pulsório para aqueles que querem fazer o registro nesse órgão. É curioso que essa avaliação se proponha medir as competências cognitivas dos estudantes, não contemplando aquelas essenciais ao bom exercício da medicina, tais como o saber-fazer clínico e as habilidades de comunicação com o paciente, pois não há uma verificação desses quesitos. Ao mesmo tempo, transfere-se o ônus da insatisfação social para o recém-formado, dado que não se preveem medidas para avaliar os profissionais que já atuam no mercado de trabalho.

Trazer tais questões nos permite perceber ao menos parte da complexidade do tema e dos desafios colocados para a educação médica no século XXI. Por que a confiança nos médicos declinou em proporção inversa ao crescimento da confiança na medicina, em especial no que se refere à sua tecnologia? O quanto a formação médica responde pela dificuldade do profissional, na época atual, em construir uma relação de confiança e mais pessoal com seu paciente?

Quanto à primeira questão, podemos afirmar que o declínio na confiança no profissional é decorrência essencialmente de profundas transformações ocorridas ao longo da segunda metade do século XX, na passagem da Medicina liberal ou artesanal para uma Medicina tecnológica. Nesse período, houve amplas mudanças no processo de trabalho do médico, que passou a orientar sua prática menos pela conversa com o paciente e mais por tecnologias de diagnóstico laboratorial e por imagem, esvaziando a riqueza do encontro médico-paciente, que se torna a cada dia mais impessoal e ultratécnico.

Para a segunda questão, o que oferecemos como resposta ao leitor é o que deve marcar o trabalho do professor: a esperança de que uma formação mais humanizada do aluno possa produzir profissionais que valorizem a intensidade da conversa com seu paciente. A anamnese é

um importante recurso diagnóstico, e a conversa e a escuta atenta, recursos terapêuticos, pois o papel do médico não é só tratar doenças, mas também aliviar o sofrimento.

Nessa perspectiva, este livro é um esforço de análise do uso de narrativas, do ponto de vista do próprio aluno, como uma aposta em um instrumento de desenvolvimento dele que vá além do conhecimento técnico sobre o corpo biológico e sobre como intervir nele, mas que permita a apreensão do sujeito como totalidade. Cabe acrescentar que o desenvolvimento dos recursos diagnósticos por imagem “quase aboliu a narrativa da doença, em parte porque o médico tem menos tempo para ouvir” (Antunes, 2012, p. 30), em parte porque na formação médica não tem sido efetivamente valorizado o desenvolvimento de habilidades e competências para uma comunicação eficaz com o paciente.

Raras são as escolas médicas no Brasil que têm seu currículo organizado para que o estudante desenvolva uma prática de atenção centrada no paciente, para que tenha a oportunidade de acompanhar um mesmo paciente em mais de uma consulta e, com isso, possa experimentar e avaliar sua prática, além de permitir a construção de um vínculo médico-paciente e de confiança em seu trabalho e, assim, construir uma relação mais humana.

As narrativas dos alunos do terceiro ano da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp (FMB) analisadas neste livro foram elaboradas num contexto pedagógico em que eles tiveram a oportunidade de acompanhar um mesmo paciente ao longo de até quatro meses, vivência rara nas escolas médicas. Muitas dessas narrativas expressam a intensidade do encontro com o paciente, as dificuldades para lidar com pacientes difíceis (outro tema negligenciado na formação médica), a alegria do bom encontro, o sentimento de impotência diante das mazelas sociais, dos claros limites da medicina, a vivência da incerteza da

prática clínica cotidiana e o desafio, na Atenção Primária à Saúde (APS), de lidar com aquilo que é mais frequente: demandas que estão na “fronteira entre os ‘problemas da vida’ e a ‘patologia’ objetivamente definida e que, portanto, nem sempre estão claramente configuradas como demandas” e, assim, terão uma resposta objetivamente definida “pelo arsenal diagnóstico-terapêutico da biomedicina” (Teixeira, 2005, p. 227).

Cabe advertir o leitor que, ao nos debruçarmos sobre o conjunto dessas narrativas, não procuramos uma verdade definitiva para solucionar “o problema” da formação médica. Antes de tudo, apostamos na potencialidade dos estudantes participantes desse processo, que souberam aproveitar o espaço da clínica ofertado e exercitaram o que William Osler enunciou há mais de um século: “Ouça o seu paciente, ele está lhe dizendo seu diagnóstico”¹⁰ (Wikipedia, 2013). Podemos dizer que muitos dos nossos alunos entenderam essa máxima de Osler e atualizaram-na, complementando: Ouça atentamente o seu paciente, isto pode aliviar o seu sofrimento.

Cabe ainda observar que esse esforço em torno da medicina narrativa ou atenção primária baseada em narrativa¹¹ não é algo isolado. Movimentos internacionais há algum tempo vêm buscando novos caminhos para construir uma formação médica mais humana, sem deixar de reconhecer e incorporar os avanços e as conquistas da medicina enquanto prática técnico-científica.

A medicina narrativa é aquela “praticada com a competência narrativa para reconhecer, interpretar e ser leva-

10 “Listen to your patient, he is telling you the diagnosis” (Wikipedia, 2013).

11 Para uma aproximação a essas temáticas da medicina narrativa e Atenção Primária baseada em narrativas, ver, respectivamente: Charon, 2006; Launer, 2002.

do a agir pela situação crítica dos outros”¹² (Charon, 2001) e que permite aos médicos “olhar para além dos mecanismos biológicos no cerne das abordagens convencionais na prática médica e abarcar domínios de pensamento e modos de dizer que focam na linguagem e na representação, nas emoções e nas relações que iluminam a prática dos cuidados de saúde” (Hurwitz, 2011).

A disciplina na qual se desenvolveu essa e outras estratégias pedagógicas, com uma formação mais centrada no paciente, ou “clínica ampliada” (Campos, 2007a), como vem sendo chamada, não é uma disciplina isolada, mas faz parte de um conjunto de disciplinas articuladas e sequenciais – Integração Universidade–Serviços–Comunidade (IUSC) – que começaram a ser desenvolvidas em 2003, como inovação político-pedagógica, nos três primeiros anos do curso médico. De modo geral, busca-se provocar o aluno a experimentar outro olhar para o processo saúde–doença–cuidado, mais próximo da família e da comunidade, em seu contexto social, econômico e político. Ao longo do processo, a disciplina estruturou-se, nos dois primeiros anos, como uma experiência de “ensino interprofissional” com a enfermagem. Assim, nesses dois anos, os estudantes de medicina e enfermagem desenvolvem suas atividades conjuntamente, em pequenos grupos, mediados por um tutor¹³, como um grande esforço para “formar” um “espírito de equipe” interprofissional entre os futuros médicos e enfermeiros.

A disciplina IUSC III, ministrada no terceiro ano, campo do estudo que se apresenta nesta obra, difere dos outros dois anos porque ainda é desenvolvida sem essa

12 Tradução de Isabel Fernandes.

13 Os tutores que atuam como professores na disciplina são de diferentes profissões, tais como: pedagogos, assistentes sociais, psicólogos, dentistas, enfermeiros, fonoaudiólogos e médicos.

integração com a graduação em enfermagem e os tutores (professores e profissionais dos serviços dos pequenos grupos de cinco a seis alunos) são todos médicos, dado que nesse momento está envolvido o atendimento clínico a pacientes das Unidades Básicas de Saúde.

A Integração Universidade–Serviços–Comunidade representa uma iniciativa de inserção dos estudantes em serviços de Atenção Primária à Saúde, desde o início da formação profissional, como um exercício de educação pelo trabalho, no qual a aprendizagem se dá como um processo de construção de conhecimentos a partir de experiências significativas vivenciadas.

Por meio de metodologias pedagógicas inovadoras, que procuram ter o aluno como protagonista do seu aprendizado e o professor-tutor como mediador¹⁴, o processo de ensino–aprendizagem busca superar a hegemonia do ambiente hospitalar na formação do aluno.

Trabalhar com metodologias problematizadoras requereu ainda debater o modelo dominante de avaliação do estudante, reorientando-o para uma prática avaliativa contínua, processual, que procura ir além das dimensões cognitivas do processo de aprendizagem, incluindo aquelas relacionais, afetivas e psicomotoras, de modo a acompanhar o progresso individual dos estudantes e de cada pequeno grupo de atividades. Essa avaliação formativa tem sido organizada por meio de instrumentos capazes de viabilizá-la, o que inclui o estímulo à autoavaliação do aluno, como iniciativa que busca reforçar seu papel ativo em sua formação.

14 O papel mediador do professor na IUSC é uma proposição da educação como ato dialógico, como tratado por Paulo Freire, e da linguagem como principal elemento mediador no processo educacional, segundo Vygotsky, trazendo como ponto comum a centralidade do diálogo na ação pedagógica (Marques; Oliveira, 2005).

Um dos instrumentos utilizados no processo de avaliação formativa do estudante é o diário de campo, ou “caderno do aluno”, como denominado na disciplina IUSC III, objeto da investigação aqui apresentada, que foi pensado tendo em vista duas funções pedagógicas: desenvolver a competência narrativa do aluno e facilitar sua autoavaliação.

Nesse diário reflexivo, como também pode ser chamado, os alunos relatam suas experiências diárias vivenciadas na atenção à saúde prestada na Unidade Básica de Saúde (UBS) / Unidade de Saúde da Família (USF). Com ele, é possível acompanhar o aluno e o professor, avaliar os processos de mudança implantados sob a perspectiva desses alunos, assim como desenvolver a sua competência narrativa e apoiar a sua autoavaliação (Araújo et al., 2003). A narrativa como ferramenta conceitual e prática aplicada na clínica é uma possibilidade de ampliar o universo discursivo e interpretativo, isto é, a competência narrativa do médico, para além de um modelo biomédico restritivo (Favoreto, 2007).

O estudo que apresentamos constitui uma análise das narrativas registradas no caderno do aluno, cuja riqueza vem sendo empiricamente observada nestes dez anos de atividade da disciplina IUSC III. Tem como objetivo reconhecer as percepções e vivências de alunos de Medicina com relação ao aprendizado da clínica ampliada na Atenção Primária à Saúde, nessa disciplina, expresso nos cadernos, bem como identificar os principais temas abordados nesses “diários de campo” e seu potencial como instrumento de avaliação formativa do aluno.

Dos procedimentos metodológicos

A investigação apresentada neste livro é de natureza qualitativa e documental, pois trata das percepções e

vivências dos alunos registradas no caderno, caminho metodológico adequado ao tratar uma realidade que não pode ser quantificada: valores, percepções e atitudes dos sujeitos (Minayo, 2000).

Para o estudo documental, foram utilizados métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise dos cadernos (Sá Silva, 2009) de duas turmas de alunos em anos subsequentes: 2009 e 2010.

Do total de 179 alunos matriculados na disciplina IUSC III cujos cadernos foram objeto deste estudo, 83 cursaram-na em 2009 e 96 em 2010.

Estavam disponíveis para a pesquisa 114 cadernos, arquivados junto ao Núcleo de Apoio Pedagógico (NAP) da FMB, 42 deles pertencentes aos alunos do ano de 2009 e 72 aos do ano de 2010.

Os cadernos foram inicialmente trabalhados mediante leitura, classificação e seleção pelos pesquisadores. A leitura teve como objetivo obter uma visão mais geral do seu conteúdo, o que permitiu estabelecer uma classificação, considerando a qualidade dos registros quanto à densidade de expressão das vivências do cotidiano das atividades da disciplina relativas ao próprio aluno, ao paciente e ao tutor. Dessa forma, os cadernos foram divididos em três grupos, sendo que o grupo 1 continha aqueles de maior densidade de conteúdo e riqueza de temas, e o grupo 3, os de menor densidade de expressão.

Como critério de inclusão dos cadernos no estudo, levou-se em consideração a qualidade dos registros, utilizando os diários que apresentavam maior densidade de expressão das vivências do cotidiano das atividades da disciplina. Foram excluídos aqueles preenchidos de maneira inadequada, muito mecânica, como se fosse uma transcrição do prontuário no caderno, sem anotações das suas percepções em relação à atividade. Portanto, optou-se por trabalhar com amostra de conveniência composta

pelos cadernos pertencentes aos grupos 1 e 2, com a autorização dos alunos.

Para a definição da amostra, utilizou-se o critério da saturação¹⁵, que foi atingido com 27 diários, dos quais 12 pertenciam aos alunos de 2009 e 15 aos de 2010.

O conjunto dos registros, após seu recorte e classificação, foi objeto de análise temática de conteúdo (Bardin, 1977), com o que identificaram-se núcleos e eixos temáticos mediante os critérios de categorização: repetição (reincidência das manifestações) e relevância (possibilidade de confirmação de hipóteses iniciais de investigação).

Numa etapa final de análise dos dados, buscou-se a interpretação do sistema de núcleos temáticos e sua articulação com o referencial teórico.

Para a definição dos núcleos temáticos, procedeu-se ao desmembramento do texto em unidades temáticas, reconhecendo os elementos comuns mediante sucessivas apreensões e reclassificações que permitiram o seu agrupamento.

Considerando os objetivos da pesquisa, foram identificados, na análise dos cadernos do aluno, os seguintes eixos temáticos: Do território, dos serviços e da equipe de saúde; Da relação ensino–aprendizagem; Da prática clínica e da relação aluno–paciente.

Organização dos capítulos

Para a apresentação desse estudo, este livro está organizado em seis capítulos. No primeiro capítulo realiza-se um breve histórico dos principais movimentos de reforma

15 “A amostragem por saturação é definida como uma ferramenta conceitual empregada [na] investigação qualitativa, usada para estabelecer ou fechar o tamanho final da amostra em estudo” (Fontanella et al., 2008).

no ensino médico e o ensino na comunidade na atualidade, na tentativa de explicitar os desafios que as instituições de ensino superior enfrentam na formação do profissional médico. Do segundo ao quarto capítulo discutem-se os seguintes temas: a clínica ampliada enquanto estratégia de cuidado e a avaliação formativa, ambas estratégias pedagógicas da disciplina IUSC III, a qual será tratada em detalhes, com ênfase em suas estratégias de ensino–aprendizagem relacionadas à sua atividade principal: a consulta médica supervisionada e orientada pelos princípios da integralidade e humanização do cuidado. Também é feita uma análise do diário de campo – “caderno do aluno” –, instrumento de avaliação formativa da disciplina e objeto de estudo deste trabalho. Por fim, é apresentada uma cartografia das narrativas registradas no “caderno do aluno” segundo as categorias mencionadas. Nas considerações finais, completa-se a análise da cartografia das narrativas e buscam-se as correlações com a literatura.

1

PROJETOS DE REFORMA DO ENSINO MÉDICO E A COMUNIDADE

Os movimentos de reforma na educação médica

Diante da crise contemporânea da Medicina (Foucault, 1984), nas últimas cinco décadas, inúmeros projetos de reforma médica foram propostos, com forte influência sobre a educação médica, ainda que, muitas vezes, com pouco impacto na formação profissional.

Ao longo dessas décadas, muitas escolas médicas no mundo têm buscado reorientar seu ensino, na expectativa de impactar na correção de alguns dos problemas da atual medicina tecnológica. No século XX, a medicina moderna vivenciou importantes transformações, que ampliaram de modo significativo sua capacidade de intervenção sobre a saúde dos indivíduos, o que marca a passagem da medicina artesanal para a medicina tecnológica. Nesse processo, novos desafios apresentaram-se para a medicina e para a formação de seus profissionais: o alto custo da assistência médica, a desumanização da prática, a fragmentação do ato médico individual e a iniquidade de acesso à tecnologia médica e aos serviços de saúde (Schraiber, 1993). A medicina tecnológica conforma-se também como biome-

dicina, em função da sua centralidade na doença, na redução do humano ao corpo biológico e na ênfase aos recursos tecnológicos, em detrimento da subjetividade das relações (Rios; Schraiber, 2012).

Tais desafios vêm produzindo, desde o final da Segunda Guerra Mundial, inúmeros projetos de reforma médica, os quais, dentre outros resultados, têm influenciado propostas de reestruturação da educação médica. No Brasil e na América Latina, tais influências são reconhecidas desde o final dos anos de 1950, com os movimentos da medicina integral e medicina preventiva, e no final da década de 1960 e início da de 1970, com a medicina comunitária (Cyrino, 2002).

Os movimentos de medicina integral e preventiva tinham por objetivo o aprimoramento da atenção individual, por meio da superação do seu caráter fragmentário, introduzindo uma concepção globalizadora do objeto individual na prática – o paciente como totalidade biopsicossocial –, “enquanto o movimento de medicina comunitária buscava a reorientação da prática e ensino orientados ao cuidado integral e mais próximo das necessidades de saúde das populações” (Cyrino, 2002, p.20).

No Brasil, a influência desses movimentos resultou num conjunto de experiências, desenvolvidas sobretudo a partir do final dos anos de 1960, que buscaram uma aproximação junto à comunidade como possibilidade de reorientar o ensino centrado no hospital¹.

Já na década de 1970, houve uma ampliação dessas experiências de ensino, por meio de projetos de integração docente-assistencial, dentre os quais destacou-se,

1 Dentre essas experiências, no estado de São Paulo destacaram-se os Centros de Saúde Escola, criados mediante parceria entre algumas faculdades de Medicina e a Secretaria de Estado da Saúde, para aprofundar a Reforma Leser, mas que também se constituíram num novo cenário de ensino na graduação médica, mais próxima da comunidade (Cyrino, 2002).

na época, o internato rural da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG (Alves, 1996).

Uma nova conjuntura de reforma mais relevante da educação médica terá lugar, a partir do final da década de 1990², com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a necessidade de maior articulação com as instituições formadoras, em função da nova responsabilidade formal do Ministério da Saúde, estabelecida pela Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080), que lhe atribui o papel de regulador da formação dos profissionais da saúde. Papel esse que será exercido mediante ações indutoras para a reformulação do ensino médico, por meio de diferentes programas: Projeto de Incentivo a Mudanças Curriculares para o Curso de Medicina (Promed), Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e, mais recentemente, Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Um dos objetivos desses programas é a exposição de estudantes de Medicina em cenários de prática, desde o início da graduação, de modo que possam ter contato com o paciente, a família e a comunidade (Brasil, 2012).

Oliveira et al. (2008) apontam o potencial desses programas em fazer que as escolas médicas reorientem a “formação centrada em competências técnicas para a formação de profissionais com vivência sobre o acesso universal, a qualidade e humanização na Atenção Primária à Saúde (APS), com controle social, resultando em integração efetiva e permanente entre formação médica e serviços de saúde” (p.334).

O Promed, lançado em 2002 pelo Ministério da Saúde (MS) e pelo Ministério da Educação (MEC), selecionou

2 Na década de 1990, algumas propostas e programas podem ser destacados, em função da influência que tiveram no debate sobre a educação médica e outras profissões da saúde, como os da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem) e do Programa Universidade para Todos (Prouni) (Feuerwerker, 2002).

vinte escolas médicas dispostas a “adequar a formação dos médicos à realidade do [...] sistema de saúde brasileiro”, posto “que o currículo das escolas de Medicina praticamente não sofreu alterações nos últimos trinta anos” (Brasil, 2002, p.1), o que foi sintetizado na ideia de “uma nova escola médica para um novo sistema de saúde” (Oliveira et al., 2008, p.336).

O Pró-Saúde, lançado em 2005 pelo MS e pelo MEC, diferenciava-se do Promed apenas pelo fato de incluir outras profissões da saúde no seu edital, como enfermagem e odontologia (Brasil, 2002; 2005).

Já o PET-Saúde foi proposto, em 2008, para fortalecer a APS, em especial a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos em atividades de supervisão de alunos de graduação das diferentes profissões de saúde e o processo de mudança na formação desses profissionais (Brasil, 2008).

Nesse período, muitas escolas médicas, como a Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) – Unesp, campo deste estudo, que participaram desses programas indutores, reformularam seus currículos, incorporando ou ampliando a presença dos alunos em cenários na rede local de saúde e/ou em práticas mais junto à comunidade, também em outros espaços.

Cabe, por fim, reconhecer que o estabelecimento das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição também contribuiu para fortalecer o movimento de reestruturação da graduação dessas profissões (Brasil, 2001).

O ensino na comunidade hoje

A inserção desde o início da graduação em cenários de prática, na comunidade ou na APS, é uma estratégia que vem sendo internacionalmente adotada em processos

de mudança na formação médica³. Tal estratégia busca desenvolver processos de ensino–aprendizagem dinâmicos e interativos, nos quais se valoriza não só o domínio cognitivo, mas também o afetivo, as relações interpessoais e a aproximação com a realidade de vida da comunidade (Ferreira et al., 2007; Silveira et al., 2006).

O ensino médico inserido no espaço da AP pode resultar na produção de conhecimentos para o aprimoramento do sistema local de saúde, com intervenção na realidade e formação de um profissional habilitado e comprometido com a comunidade (Anjos et al., 2010).

Nesse contexto, a AP não deve ser considerada apenas um espaço de prática, mas um campo de conhecimentos integrador de abordagens disciplinares e pedagógicas potencialmente novas. O ensino na AP é justificado pelo fato de constituir a principal porta de entrada da grande maioria dos problemas de saúde, mediante práticas de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, além de ser considerada reorganizadora das práticas individuais e coletivas e reorientadora do SUS (Campos, 2007b; Campos; Forster, 2008; Trajaman et al., 2009). Com relação a tais novos cenários de aprendizagem, a recomendação é que eles não devem ficar restritos a espaços físicos de práticas profissionais, mas devem representar para o estudante um local de relações de trabalho, fazendo-os perceber-se como parte do processo de produção de cuidado (Ferreira et al., 2007).

O Programa de Saúde da Família (PSF), que se constituiu como uma estratégia de mudança no modelo de atenção à saúde no SUS, é um dos principais recursos utilizados pelas instituições de ensino superior para diversificar os

3 A criação, em 1979, da Rede de Instituições Educacionais de Ciências da Saúde Orientadas para a Comunidade (Network of Community-oriented Educational Institutions for Health Sciences, hoje The Network: Towards Unity for Health – A Rede: Rumo à Unidade de Saúde) é expressão de um movimento internacional para o processo de ensino na comunidade (Almeida, 2011).

cenários de prática, embora não seja a única possibilidade de ensino na APS, pois existe um conjunto de equipamentos e instituições para tanto: unidades de saúde, domicílios, organizações não governamentais, escolas, creches, associações de moradores, asilos, ambientes de trabalho, locais de lazer comunitários etc. (Albuquerque, 2007).

Até a década de 1990, parte das experiências de atividades extramuros se dava por meio de projetos de extensão universitária. Com a implantação das DCNs, em 2001, e diversos programas voltados à indução de mudanças, promovidos pelo Ministério da Saúde, em parceria com o da Educação, maior número de Instituições de Ensino Superior (IES) passou a inserir seus alunos na comunidade não só por meio desses projetos, mas também de disciplinas ou módulos integradores que envolvem práticas na realidade do SUS. As atividades em geral se constituem de práticas programadas, com destaque para a consulta médica individual, o acompanhamento de famílias, visitas domiciliares, atividades de grupo de promoção e prevenção e discussão de casos individuais e familiares, além de atividades educativas na equipe e na comunidade. Desse modo, o aluno pode “estar frente a frente com situações cotidianas dos serviços e de vida da população assistida, rompendo com o paradoxo de uma prática não reflexiva e uma teoria não contextualizada” (Albuquerque, 2007).

A essência da mudança não está simplesmente na adoção de novos cenários, considerando que não é suficiente levar o aluno à comunidade para ter contato com uma realidade social de risco e vulnerabilidade. Ela deve ir além, pois o que está em pauta é a transformação do perfil do graduando, que deve contemplar um caráter humanístico e socialmente responsável (Feuerwerker, 2002; Vieira et al., 2007). Para tanto, a mudança no processo de formação deve incluir a dimensão relacional entre os vários atores envolvidos (aluno, paciente, docentes, trabalhadores dos serviços), além das dimensões metodológica e pedagógica.

As escolas médicas com experiências de ensino na comunidade têm empregado metodologias problematizadoras de ensino–aprendizagem, como a aprendizagem baseada em problemas (ABP) e a problematização (Cyriano; Rizzatto, 2004).

Ao contemplar os aspectos relacionais, é recomendada uma ressignificação da escola médica, dos docentes e dos alunos, com vistas a uma articulação mais horizontalizada entre a universidade, os serviços e a própria comunidade. Com esse investimento na subjetividade da prática é possível amenizar as resistências que o ensino na comunidade e a diversificação de cenários de prática enfrentam nos debates sobre o ensino médico, que incluem questões relacionadas à inadequação da estrutura física desses espaços e dos recursos disponíveis, assim como à desarticulação entre a supervisão local e o processo pedagógico do curso, à resistência dos trabalhadores dos serviços de saúde em receber a universidade para dentro do seu âmbito de trabalho e à pouca familiaridade dos docentes com a lógica dos serviços (Albuquerque, 2007).

Além dessas dificuldades, outras barreiras são identificadas no que se refere ao trinômio ensino–serviço–comunidade: a universidade propõe como principal eixo de mudança a conformação de um modelo de atenção à saúde centrado no usuário, porém os alunos, na maioria das vezes, são inseridos em serviços nos quais a atenção à saúde ainda se dá sob a influência de um modelo tecnoassistencial centrado no procedimento (Cabral et al., 2008; Albuquerque, 2007).

Há certa confluência entre diferentes autores (Albuquerque, 2007; Blank, 2006; Ferreira et al., 2007; Marin, 2007; Massote et al., 2010) quanto às recomendações para a prática de ensino na comunidade, quais sejam: desenvolver-se desde o primeiro ano de graduação em pequenos grupos de alunos, com a supervisão de um tutor; estender-se ao longo de todo o período de graduação, porém com níveis de complexidade diferentes (inicialmente, a

ação do grupo deve estar voltada para o compromisso com uma microárea, passando a ter depois abrangência maior na comunidade); envolver várias disciplinas da grade curricular e de maneira integrada, com ênfase na formação generalista; proporcionar ao aluno vivenciar diferentes atividades de atenção – consultas agendadas e até ações de pronto-atendimento – e atividades de oferta organizada ou ações programáticas, tendo a prática como elemento motivador do aprendizado; ampliar a habilidade profissional para incluir uma comunicação adequada entre os sujeitos, com respeito à sua autonomia; desenvolver ações de saúde na Atenção Básica à Saúde (ABS), em conformidade com os problemas em tempo real; evidenciar o papel social do aluno nessas relações e, sobretudo, fazê-lo desenvolver um novo olhar para o SUS.

O ensino na comunidade mais recentemente também vem sendo valorizado para o ensino clínico, reconhecendo-se que: estimula o protagonismo do estudante, aperfeiçoa sua capacidade de se comunicar e interagir com as pessoas, além de levar à aquisição de conhecimentos e habilidades vinculados aos problemas de saúde, propondo uma formação mais prática e menos conceitual. Oferece ao aluno também a oportunidade de conhecer as manifestações iniciais das doenças e vivenciar a repercussão dos problemas de saúde na vida pessoal e profissional da pessoa por eles afetada, bem como em sua família e no meio social em que vive (Trocon, 1999).

Ao reconhecer as vantagens de um ensino médico mais próximo da realidade de vida das populações, as instituições formadoras têm proposto reformas curriculares e a construção de novos modelos pedagógicos, acumulando experiências de sucesso que buscam o equilíbrio entre excelência técnica e relevância social. Na Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp, campo deste estudo, embora haja uma longa trajetória de experiências de ensino na comunidade, ainda hoje o hospital ocupa parte expressiva do currículo médico, com carga horária ainda reduzida na APS.

2

A CLÍNICA AMPLIADA

Tendo a integralidade e a humanização como desafios à formação de profissionais de saúde, pode-se reconhecer na proposta da clínica ampliada uma referência técnico-política para apoiar práticas de ensino–aprendizagem em cenários diversos, em especial aquele da Atenção Primária à Saúde (APS). Tal perspectiva pode ser empregada sem abrir mão dos recursos biomédicos de intervenção, mas reconhecendo sua insuficiência para dar conta da complexidade própria da APS (Cunha, 2005; Teixeira, 2005).

A clínica ampliada consiste num conjunto heterogêneo de práticas que, em seu direcionamento, busca maior eficiência e humanização no atendimento e em que o usuário do serviço de saúde passa a ser visto como um sujeito biopsicossocial, e não mais como um indivíduo doente (Dheim, 2010).

Enquanto tecnologia de atenção à saúde, a clínica ampliada se fundamenta nestes aspectos: singularização do atendimento clínico; seguimento longitudinal dos casos; ampliação do grau de autonomia do sujeito; construção de vínculo entre os sujeitos da clínica (profissional–paciente); valorização da escuta; e superação da fragmen-

tação do cuidado (Campos, 2007a; Cunha, 2005). “Em outras palavras, na clínica ampliada o compromisso é com o sujeito e a sua capacidade de produção de sua própria vida, abrindo-se para perceber e ajudar o sujeito doente a construir sua percepção sobre a vida e o adoecimento” (Cunha, 2004, p.73).

A prática da clínica ampliada é a realização da clínica para além do exame complementar, da prescrição de medicamento. É a escuta, o vínculo e o afeto no cuidado do sujeito, a singularização do olhar para o sujeito doente, a superação da fragmentação do cuidado, a responsabilização em relação aos usuários dos serviços de saúde, a valorização da intersectorialidade, reconhecendo os limites do conhecimento médico e das tecnologias empregadas, abrindo espaço para diferentes setores, além de assumir um compromisso ético profundo com o sujeito da clínica (Brasil, 2007).

A proposta dessa prática aponta caminhos para a superação da clínica tradicional e o direcionamento para a clínica ampliada, mediante o estabelecimento do diagnóstico considerando elementos da história de vida do sujeito, identificando fatores de risco e proteção, valorizando o papel terapêutico da escuta e da palavra, da educação em saúde e do apoio psicossocial, além dos fármacos e da cirurgia (Campos et al., 2007). Como tal, a clínica ampliada pode ser considerada uma proposta de orientação para o trabalho e ensino na APS.

Na época atual temos uma assistência baseada na medicalização, que ocupa o lugar da integralidade, a qual deveria estar presente entre as práticas e o ensino de saúde. Quando a integralidade está presente na assistência, pode abrir caminho para o desenvolvimento da dimensão cuidadora na prática dos profissionais de saúde, tornando-a mais responsável, ávida por resultados das ações de atenção e capaz de acolher, estabelecer vínculos e dialogar com

outras dimensões do processo saúde-doença (Camargo Jr., 2003).

A APS, ao se constituir na principal porta de entrada para o sistema de saúde e possibilitar o seguimento longitudinal dos casos, sugere a assistência pautada na construção de vínculos entre a equipe e os pacientes e o acompanhamento integral dos usuários, características que justificam o maior incentivo hoje concedido às escolas formadoras para desenvolver parte do ensino na Atenção Primária (Campos, 2007b). Enquanto cenário de prática, a APS abre caminho para uma relação mais vivaz entre os profissionais e os determinantes sociais e subjetivos do adoecimento que estão relacionados diretamente com as reais necessidades de cuidado da população assistida (Favoreto, 2008).

A disciplina Integração Universidade–Serviços–Comunidade (IUSC), ao propor o ensino na Atenção Primária tendo como proposta de atuação a clínica ampliada, busca responder às questões de um ensino que contemple os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e o compromisso com a formação voltada ao aprimoramento dos serviços de saúde por ele prestados (Cyrino, 2006).

A prática da clínica do sujeito ou clínica ampliada beneficia-se muito da valorização do saber generalista e humanista, que defende a integralidade do cuidado, com vínculo afetivo e estabelecimento de diálogo entre usuário e equipe não centralizado na doença, mas sim na situação de vida e saúde do paciente e nas suas condições psicossociais (Hafner, 2010).

Apesar dos inúmeros benefícios da prática da clínica ampliada, autores apontam algumas dificuldades para a sua efetivação enquanto proposta de modelo de assistência, entre elas, o conflito existente entre os médicos generalistas e especialistas, os quais norteiam a assistência pela valorização da doença, a despeito das demandas dos

usuários, e dessa forma posicionam-se na contramão da lógica da integralidade pregada pela assistência generalista, o que também está atrelado à dificuldade de ruptura com o modelo tradicional biologicista e médico centrado (Cunha, 2005; Capozzolo, 2003; Hafner, 2010). Outro aspecto limitante é como vencer as tensões e poderes inculcados na organização das práticas em saúde, a maneira frágil e insipiente em que se coloca o paciente como sujeito da clínica e se percebem as suas reais necessidades de saúde, como provável consequência da posição de poder e hegemonia ocupada pelo médico no diálogo com o paciente, além do desconhecimento da sabedoria prática deste último (Favoreto, 2008).

A clínica ampliada tem como objetivo a ampliação do grau de autonomia do usuário, da família e da comunidade, o que, para Campos (1999), sugere ações que proporcionem a promoção dos sujeitos, tornando-os capazes de compreender suas necessidades de saúde e responsáveis no processo de produção de saúde. Para o mesmo autor, outro caminho para a ampliação da clínica seria a construção de vínculo entre o profissional e o usuário do sistema de saúde, usando-se todos os dispositivos capazes de promover essa interação.

Dessa forma, reconhece-se na proposta da clínica ampliada o recurso capaz de contribuir para a construção da clínica na Atenção Básica (Cunha, 2004).

3

A AVALIAÇÃO NA EDUCAÇÃO MÉDICA

A avaliação somativa e formativa no ensino superior

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), de 1996, estabeleceu que a avaliação educacional no país seja contínua e cumulativa, que os aspectos qualitativos dela se sobreponham aos quantitativos, destacando a importância que deve ser dada ao desempenho do aluno ao longo do ano, e não apenas em uma prova ao final do curso ou da disciplina. Esse modelo de avaliação é conhecido por avaliação formativa. O objetivo é que desestimule a avaliação tradicional (somativa ou classificatória) no meio educacional (Brasil, 2003).

A despeito disso, a avaliação somativa é a mais tradicional e a mais empregada no ensino superior. Caracteriza-se por: ser centrada no professor e na verificação do desempenho dos alunos, por meio de provas e contabilização de resultados, de acordo com os objetivos de ensino estabelecidos (Romanowiski; Wachowicz, 2006); priorizar os acertos e desvalorizar os erros (enquanto indicativos das dificuldades a superar); limitar-se a verificar os resultados

obtidos pelo aluno, o que o estimula a estudar apenas para tirar nota, e não para aprender (Mendes, 2005).

A avaliação formativa, também considerada um procedimento de regulação permanente da aprendizagem por aquele que aprende, tem como características: ser democrática, holística, emancipatória, constantemente diagnóstica, centrada na confiança mútua entre professor e aluno e, ao invés de causar medo, desperta autoconfiança (Moura, 2007).

O emprego da avaliação formativa no ensino superior é objeto de muita resistência entre professores e alunos e, embora a teoria avaliativa tenha alcançado grandes avanços, a prática avaliativa pouco evoluiu, conservando muitas características da avaliação somativa (Perrenoud, 1999).

A autoavaliação, nesse método avaliativo, é muito recomendada como uma técnica de valor para a aprendizagem e que possibilita ao aluno ter consciência da sua progressão, bem como identificar as falhas e os pontos fracos, além de contribuir para o processo de aprendizagem contínua, sendo considerada um recurso para a habilitação profissional do médico (Domingues et al., 2007).

Em síntese, a principal diferença entre a avaliação somativa e a formativa é a intencionalidade: a primeira verifica a aprendizagem, a segunda busca os seus limites e identifica os problemas para corrigi-los (Mourão, 2009).

A avaliação do estudante de Medicina

Falar em mudanças no ensino médico implica não só reconhecer a necessidade de adotar novas estratégias de ensino-aprendizagem, como também assegurar a coerência dos projetos de reforma em relação aos pressupostos ético-políticos e técnicos da saúde no país. Não é mais possível promover a formação do médico fora do contexto

do Sistema Único de Saúde (SUS), utilizando estruturas tradicionais de ensino, currículos fragmentados, disciplinas não integradas, e sem considerar as experiências do aluno como parte integrante do eixo da aprendizagem (Gomes et al., 2010).

Nesse contexto, ressaltam questões relativas à avaliação do processo ensino–aprendizagem, com vistas à formulação de novos métodos, capazes de superar a orientação somativa ou classificatória prevalente, ainda hoje, na avaliação educacional.

A avaliação do estudante de Medicina cumpre um papel fundamental na sua formação, embora os métodos usualmente utilizados para realizá-la, quase sempre somativos, de caráter punitivo ou de premiação, venham produzindo uma imagem negativa das práticas de avaliação e provocando distorções no processo de ensino–aprendizagem. Isto porque o processo de avaliação deve abranger não só o conhecimento adquirido, mas também habilidades específicas, como as de comunicação, e elementos de ordem afetiva frente aos inúmeros aspectos da prática profissional (Trocon, 1996).

Feuerwerker (2002) aponta problemas comuns na avaliação da aprendizagem nas escolas médicas, na avaliação da aprendizagem, como: a avaliação de caráter cognitivo ao final das disciplinas (valorizando a memorização de conteúdos teóricos); a valorização da prova como método avaliativo; e o estímulo à competitividade entre os estudantes.

Gomes et al. (2010), ao discutirem as necessidades de mudanças no ensino médico, ressaltam o papel da avaliação como elemento de ação transformadora e como grande colaboradora para o sucesso no uso de metodologias ativas, dentre as quais se destacam, na área da saúde, a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. O que se pretende, nesse contexto, é que a avaliação deixe de ser mero espaço para o exercício de poder e passe a ser utilizada como espaço dialógico entre o avaliador e o

avaliando, que considere as particularidades dos sujeitos envolvidos e, desta forma, ocupe um lugar como método promotor da aprendizagem.

Alguns autores propõem para a avaliação do estudante de Medicina o emprego do método formativo. Apontam como uma de suas características fundamentais o retorno imediato que deve ser fornecido ao aluno, considerado aspecto fundamental da aprendizagem. No contexto da clínica, ao se referir ao desempenho do aluno em determinadas situações ou atividades, contribui para a sua autopercepção, bem como permite a autoavaliação (Trocon, 1996; Zeferino, 2007).

Por fim, cabe lembrar que um dos caminhos para promover mudanças na educação médica é investir em transformações no campo da avaliação, pois esta constitui um elemento central no aprimoramento do processo de ensino-aprendizagem (Araújo; Peixinho, 2006).

O caderno de campo como instrumento de avaliação formativa

Quando se fala em instrumentos de avaliação formativa, recomendam-se aqueles que a tornem um processo contínuo, dialógico, diagnóstico e participativo, contribuindo para a responsabilização do aluno com a sua educação e permitindo às instituições acompanhá-lo melhor (Silva, 2006).

Com relação aos instrumentos mais indicados para um processo de avaliação nos moldes formativos, há um consenso, entre os pesquisadores, de que não existe um método perfeito e nenhum deles deve ser usado isoladamente (Moura, 2007; Domingues et al., 2007). Dentre os instrumentos utilizados para a prática de avaliação formativa, foi adotado na disciplina IUSC III o diário de campo do aluno, fonte documental da pesquisa que deu origem a este livro.

O “caderno do aluno” foi inspirado no diário de campo da pesquisa etnográfica. Como tal, revela-se como um valioso instrumento de coleta, dada a possibilidade de registro de impressões e opiniões, no cotidiano, de determinada vivência, podendo potencializar o exercício da escrita e da reflexão e se constituindo em uma fonte infinita de produção de sentidos (Pinho e Molon, 2011). Pode também ser empregado, como aconteceu na disciplina objeto deste estudo, para o “registro das observações, comentários e pensamentos reflexivos, podendo ser usado de maneira individual pelo profissional, pesquisador e aluno” (Falkembach, apud Pinho e Molon, 2011, p.2). É considerado um instrumento muito apropriado quando participante de um processo técnico e pedagógico que leva à reflexão e análise da realidade vivenciada no cotidiano profissional (Lima et al., 2007).

O seu uso na área de ensino–aprendizagem, no processo de formação de profissionais da saúde, faz que se torne muito valioso não só pelo seu papel como instrumento avaliativo desse processo, mas pelo seu comprometimento com a aprendizagem reflexiva e o desenvolvimento da competência narrativa do aluno (Araújo et al., 2006; Freitas et al., 2006).

Na disciplina IUSC III estabeleceu-se o uso de um diário de campo – “caderno do aluno” – para o registro das reflexões dele sobre as atividades realizadas, como uma das estratégias pedagógicas da disciplina. Esse caderno constitui um instrumento de avaliação formativa para alunos e professores da disciplina, e, como tal, foi objeto desta pesquisa. Cabe apontar que é ainda reduzida a bibliografia nacional sobre experiências e estudos de uso do caderno de campo como recurso de avaliação formativa na graduação médica. Em um dos estudos, os autores descrevem a experiência de utilização desse instrumento na disciplina de Propedêutica na graduação médica (Araújo et al., 2006).

4

A DISCIPLINA IUSC III

Estratégias pedagógicas da disciplina IUSC III

A disciplina Interação Universidade–Serviço–Comunidade III (IUSC III), dirigida ao terceiro ano de graduação médica da Faculdade de Medicina de Botucatu, integra um conjunto de disciplinas, ministradas nos três primeiros anos, orientadas pela concepção da integralidade e humanização do cuidado, tendo como objetivo geral propiciar aos alunos a construção de estratégias que possibilitem o desenvolvimento de ações para o cuidado e a promoção da saúde junto à comunidade, em parceria com a rede municipal de Atenção Básica de Botucatu (Unesp, 2006).

A IUSC III teve início em 2005, como disciplina optativa, e passou a ser obrigatória em 2007. Possui caráter eminentemente prático, pois, exceto na abertura da disciplina, todas as atividades realizam-se junto às unidades de saúde, tendo como núcleo a consulta médica supervisionada de pacientes adultos usuários da Unidade Básica de Saúde/Unidade de Saúde da Família (UBS/USF) do município de Botucatu.

As principais estratégias pedagógicas adotadas na disciplina são: o uso de uma “anamnese ampliada”, retornos frequentes do paciente para o mesmo aluno; a visita e o cuidado domiciliar supervisionados; a discussão dos casos atendidos com os tutores; a discussão sobre a vivência do aluno com psicólogos; e o uso do diário do aluno.

A anamnese ampliada foi elaborada pelo corpo docente da disciplina, ao longo dos primeiros anos de atividade, com o objetivo de assegurar um instrumento para uso do aluno junto aos pacientes que não se reduzisse à anamnese clínica tradicional. Deste modo, incorporou-se à anamnese um conjunto de dimensões que buscou, de um lado, aproximar-se de uma entrevista, ampliando a escuta, e, de outro, abordar questões que pudessem explorar os “sentimentos do paciente relacionados aos problemas de saúde” e de “avaliação da qualidade de vida do indivíduo”. Incluiu-se ainda, ao final da “anamnese ampliada”, o diagnóstico e a definição dos problemas médicos, sociais e psicológicos e o plano terapêutico (Cyrino; Hokama, 2009).

Introduziram-se no Guia para orientação na Atenção Primária à Saúde (Cyrino; Hokama, 2009) roteiros para o uso do aluno no atendimento de pacientes com retorno agendado e reavaliação. O retorno frequente do paciente para o mesmo aluno, ao longo de determinado período, é um evento pedagógico pouco frequente ou até mesmo ausente da vida curricular formal dele. Deste modo, destacou-se essa estratégia dos retornos frequentes como um recurso de ensino–aprendizagem com potencialidade para a percepção do tempo como tecnologia da clínica e, ao mesmo tempo, o fortalecimento do vínculo e da responsabilização do aluno com relação ao paciente.

A visita e o cuidado domiciliar supervisionados pela equipe da unidade de saúde são mais uma estratégia pedagógica da disciplina, que visa a diversificação de cenários,

e na IUSC III estão dirigidos ao atendimento e à prestação de cuidados a pacientes selecionados pela equipe.

A discussão de caso clínico com a equipe da unidade busca desenvolver uma abordagem integral dos problemas e valorizar o conhecimento de cada categoria profissional, por sua relevância para um bom cuidado. A supervisão de docentes da psicologia médica como estratégia pedagógica, que aconteceu até o ano de 2009, visava dar ao aluno, em especial, a possibilidade de expressar seus sentimentos e dificuldades na relação com o paciente.

A disciplina ainda propicia ao aluno maior conhecimento sobre o modo de organização do trabalho desenvolvido pela equipe da UBS/USF, pois, no primeiro mês de atividade, ele observa diferentes atividades realizadas pela equipe da unidade, o que muitas vezes inclui acompanhar reuniões do Conselho de Unidade de Saúde (Conus)¹ ou conversar com representantes da comunidade.

O caderno do aluno é um instrumento de avaliação que tem a finalidade de registro das atividades desenvolvidas por ele no dia a dia, e será tratado mais detalhadamente a seguir.

Na avaliação do processo de ensino–aprendizagem, além do diário de campo, o tutor utiliza um instrumento específico, desenvolvido pela equipe de coordenação², com base nos objetivos da disciplina. Este instrumento busca sistematizar a observação diária do desempenho do aluno quanto à assiduidade, pontualidade, atitudes e valores³ e o conteúdo do trabalho por ele realizado na atenção ao paciente. Neste último que-

1 O Conus está composto por funcionários da unidade e representantes da comunidade (usuários do serviço).

2 A equipe de coordenação da disciplina IUSC III contou com o apoio de assessoria externa da área de pedagogia.

3 Responsabilidade, respeito, apresentação pessoal e trabalho em equipe.

sito, procura-se reconhecer a capacidade desenvolvida na abordagem do paciente nas seguintes dimensões: história de vida e doenças; definição dos problemas do paciente; iniciativa para resolver os problemas do paciente; apresentação pessoal; trabalho em equipe; atitudes e valores; registro do atendimento no prontuário (se realiza uma boa síntese, finalizando com hipótese diagnóstica e plano terapêutico); interesse em conhecer o funcionamento da unidade de saúde; e a maneira como é feito o preenchimento do diário. Em cada uma dessas dimensões, há uma escala com três diferentes níveis de prática e atitude. Assim, por exemplo, na definição dos problemas do paciente constam: não define, define apenas os patológicos e alguns não orgânicos, define os principais problemas (orgânicos e não orgânicos), sendo atribuídos ao aluno, respectivamente, os conceitos: insuficiente, suficiente e plenamente satisfatório.

As duas primeiras dimensões – história de vida e doenças e definição dos problemas do paciente – buscam acompanhar o desenvolvimento do aluno no que se refere à abordagem do paciente, tendo como referência uma prática compreensiva ou ampliada da atenção.

A carga horária anual da IUSC III é de oitenta horas, distribuídas em vinte períodos de atividades realizadas em maio e de agosto a novembro. A classe é organizada em grupos de cinco alunos⁴, distribuídos em onze unidades, dentre Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família e o Centro de Saúde Escola. Cada grupo é supervisionado por um tutor médico que, nessa atividade, atua como generalista. Esses profissionais têm um perfil bastante variado quanto à área de especialização –

4 Em função do espaço limitado de algumas Unidades Básicas de Saúde, um grupo foi estruturado com três, e dois outros grupos, com quatro alunos.

psiquiatria, geriatria, nefrologia, oncologia, saúde pública, patologia clínica e medicina de família – e distintos vínculos institucionais (rede municipal de saúde de Botucatu, Hospital das Clínicas e Centro de Saúde Escola, estes dois últimos vinculados à FMB).

A vivência proporcionada pela IUSC III aos alunos permite-lhes aplicar os conhecimentos recém-adquiridos na disciplina Semiologia, mas focalizando a atuação médica para além do diagnóstico/condução. O fato de os alunos cursarem a IUSC III preferencialmente na mesma unidade onde fizeram a IUSC I e II consolida um caminho percorrido por eles nesses dois primeiros anos da disciplina. Com uma visão ampliada dos problemas de saúde da população com a qual lidam, conhecem as suas condições de vida e saúde, o que permite uma assistência mais efetiva no processo saúde–doença das pessoas que assistirão.

O caderno do aluno na disciplina IUSC III

O caderno do aluno na disciplina IUSC III foi instituído já no início das atividades pelos coordenadores do programa, os quais, desde a sua idealização, buscaram uma metodologia de avaliação formativa coerente com a proposta pedagógica da disciplina, que pudesse auxiliar o aluno no próprio aprendizado, trazendo um aspecto mais reflexivo à sua prática; que pudesse ser um instrumento para os tutores acompanharem o aprendizado do aluno, tornando-os capazes de identificar suas dificuldades a tempo de serem trabalhadas e mostrando o desenvolvimento de cada um ao longo da disciplina, entendendo-se que seria necessária a mescla de diversos instrumentos para atingir os objetivos avaliativos propostos.

Desde então, o diário de campo – caderno do aluno – vem sendo utilizado para o registro das suas vivências diárias. Tem se mostrado um rico instrumento de avaliação

formativa e autoavaliação do aluno, o qual é incentivado a responder, ao final das atividades, às seguintes questões norteadoras: 1) O que aprendeu na consulta médica (ou na atividade) de hoje? 2) Quais as dificuldades que encontrou nessa prática? 3) O que achou motivador na prática de hoje? O aluno pode inserir, a partir dessas questões, outras temáticas reflexivas. Nesse diário, ele relata suas experiências diárias vivenciadas na atenção à saúde, prestada na disciplina, como já tratado. Como tal, o diário “permite acompanhar as atividades do aluno e a atuação didática dos professores, fornecer subsídios para a avaliação do desempenho dos estudantes, apoiar processos de reformulação da prática pedagógica a partir [da devolutiva] dos discentes e funciona para o aluno como um instrumento de autoavaliação” (Araújo et al., 2003), além de abrir espaço para que ele se coloque em relação a questões pouco trabalhadas na graduação, como: medo, insegurança, incerteza, situações difíceis de relacionamento estudante–paciente, entre outros aspectos, como veremos no Capítulo 5.

O caderno do aluno, na disciplina IUSC III, deve ser utilizado, obrigatoriamente, desde o primeiro dia de atividade nas unidades de saúde. Esse caderno, no decorrer do curso, fica com o aluno ou o tutor do grupo e, no final, é encaminhado para arquivamento junto ao Núcleo de Apoio Pedagógico (NAP) da FMB.

Ao professor-tutor cabe a leitura semanal dos cadernos de seus alunos, não só para ter uma visão de conjunto do grupo, mas principalmente para acompanhar o progresso de cada aluno quanto ao aprendizado alcançado, as dificuldades enfrentadas, os problemas experimentados com colegas e pacientes, os quais, muitas vezes, só vêm à tona nos diários, e até mesmo sugestões de encaminhamento dos trabalhos do professor, dentre outros aspectos.

Numa apreensão qualitativa de um conjunto de cadernos, verificou-se que apresentam cerca de trinta páginas

de registros das percepções dos alunos sobre as atividades vivenciadas, o envolvimento do tutor e, muitas vezes, comentários sobre o próprio desempenho. As narrativas são compostas de registros que contemplam as perguntas norteadoras citadas, sendo em geral mais curtas no início do caderno e tornando-se mais detalhadas, mais longas e mais ricas em impressões, percepções e sentimentos a partir do início das consultas médicas supervisionadas.

Os registros mostram-se homogêneos quanto à cronologia do seu conteúdo e coerentes com o cronograma de atividades da disciplina, qual seja: reconhecer a unidade de saúde, sua equipe e a área de abrangência; acompanhar a consulta clínica feita pelo tutor; realizar a consulta clínica com os colegas e posteriormente de modo individual; participar de visitas e atendimentos domiciliares com a equipe da unidade e de atividades de discussão de caso.

A disciplina, de maneira geral, está dividida em dois momentos: o de observação da unidade de saúde (quatro a cinco períodos iniciais) e o de consulta médica supervisionada (dezesesseis a dezoito períodos). As narrativas, num primeiro momento, descrevem as características estruturais e de organização das unidades e da área de abrangência, a observação e o acompanhamento da consulta médica, a visita domiciliar com o tutor e outros membros da equipe.

O segundo momento da disciplina caracteriza-se por uma participação mais ativa do aluno como sujeito das consultas médicas supervisionadas. Nas narrativas predominam descrições dos pacientes atendidos, percepções e vivências. Aparecem relatos de outras atividades, acompanhados, além da consulta médica, de discussões de caso com o tutor, por exemplo.

As narrativas referentes à consulta médica descrevem essa vivência na companhia dos colegas e depois individualmente, permitindo perceber as facilidades e dificul-

dades em cada situação. Além da relação com os colegas, o caderno, nesse momento, traz descrições sobre a relação aluno–tutor e aluno–paciente.

Outro aspecto importante das narrativas são as descrições sobre as habilidades adquiridas, as facilidades e dificuldades na realização das atividades propostas. Muitos cadernos, num primeiro momento, trazem as expectativas do aluno com relação à disciplina, assim como, num último registro, apresentam uma avaliação dela.

5

NARRATIVAS NO COTIDIANO DA CLÍNICA AMPLIADA

A partir dos objetivos da pesquisa apresentada neste livro, realizou-se a análise temática do conteúdo das narrativas do caderno do aluno, o que permitiu caracterizar as vivências e percepções do aluno que cursou a disciplina IUSC III e realizou atividades na Atenção Primária à Saúde (APS). O conjunto do material produzido foi agrupado segundo três grandes eixos temáticos, apresentados a seguir, que tratam de vivências e percepções: Do território, serviços e equipe de saúde; Do processo de ensino–aprendizagem; Da prática clínica e da relação aluno–paciente.

Do território, serviços e equipe de saúde

Hoje conheci os serviços oferecidos [pela UBS], como a farmácia, saúde do adulto, saúde da mulher, pós-consulta, saúde mental. Além disso, tive contato com os documentos utilizados para a solicitação de exames, encaminhamento, receituário. [...] Gostei do fato de ter

conhecido mais de perto a unidade, preparando minha atuação nas aulas seguintes. (45F09)¹

Esse grande eixo temático contempla um conjunto de núcleos temáticos que tratam da percepção e vivência do aluno, por meio de suas narrativas, a respeito da unidade, de sua estrutura e organização, do trabalho da equipe e das relações interprofissionais, da comunidade de sua área de atuação e do sistema local de saúde.

Na análise das narrativas desse eixo, construíram-se sete núcleos temáticos que tratam de percepções e vivências:

1. Da unidade de saúde
2. Da organização da Atenção Primária à Saúde (APS) e do sistema local de saúde
3. Das novas práticas de atenção à saúde
4. Do trabalho da equipe e da centralidade do médico na equipe
5. Da relação equipe–aluno
6. Do vínculo equipe–paciente
7. Da comunidade

Da unidade de saúde

Embora, na disciplina IUSC III, o aluno desenvolva suas atividades, todo o tempo, na unidade de saúde, elas são objeto de suas narrativas sobretudo no primeiro período, quando estão mais centradas na observação da própria unidade e da equipe. Nessas narrativas, comentam diferentes aspectos da estrutura física e do funcionamento da unidade de saúde.

1 O registro utilizado buscou assegurar o sigilo da identidade dos alunos. Apenas foi indicado o sexo: M para masculino, F para feminino.

No primeiro dia da IUSC, o objetivo foi conhecer a unidade do Jardim Peabiru. Pessoalmente, achei a unidade constituída por uma estrutura grande e bem organizada. Conhecemos de modo geral as salas que compõem a USF: de vacinação, de medicamentos, de consultas, de curativos, entre outras. Hoje tivemos a oportunidade de acompanhar as atividades na sala de medicamento, vacinação e de acolhimento. Descobrimos como funciona a pós-consulta e aquisição de medicamentos. Não sabia que pacientes de outras unidades de saúde podiam [receber...] medicamentos. Estou conhecendo melhor a unidade de saúde [...] os profissionais que aqui trabalham nos explicaram sobre o cotidiano. (80F10)²

Em algumas das narrativas, revelam surpresa com a dinâmica de atendimentos, a estrutura física ou a diversidade de serviços oferecidos nas unidades. Tal surpresa talvez expresse bem o contraste entre o observado e o “senso comum” com que percebiam as Unidades Básicas de Saúde e o SUS.

O objetivo [...] hoje foi conhecer a estrutura e funcionamento da USF. Fomos até a recepção, acolhimento [...] Passamos pela farmácia e ficamos surpresos com o grande número de medicamentos retirados pelos pacientes. Achei muito interessante a organização da farmácia. Na sala de vacina acompanhamos alguns pro-

2 O código composto por dois números e uma letra que aparece no final das narrativas identifica o aluno, mas preserva a sua identidade. Nesse código, os números 09 e 10 indicam o ano em que ele cursou a disciplina (2009 e 2010, respectivamente); as letras F e M informam o sexo: feminino ou masculino; e o primeiro número, dado aleatoriamente, identifica o aluno a partir de uma listagem com os nomes dos participantes da disciplina nos anos de 2009 e 2010.

cedimentos. Na sala de curativos e medicações tivemos a chance de aplicar injeções em alguns pacientes. [...] (11F10)

Em diversas narrativas, os alunos relatam a maneira como são realizados os atendimentos, as relações de vínculo na equipe, a percepção do acolhimento e da organização na Unidade Básica de Saúde ou de uma Unidade de Saúde da Família. Revelam sentimentos positivos (contentamento, motivação etc.) com o que deparam ao observar o trabalho realizado em algumas unidades.

Fomos apresentados à estrutura da USF, às atividades ali realizadas e aos funcionários da unidade, muitos já eram nossos conhecidos, mas achei importante o estímulo à criação de vínculo entre todos que trabalham na unidade, inclusive entre nós, estudantes, e eles [...]. Fico contente porque essa unidade é bastante organizada e realiza várias atividades em saúde voltadas para a comunidade. (24F09)

Hoje acompanhei o funcionamento da farmácia no CSE e as atividades realizadas pela equipe de saúde mental me foram descritas pela funcionária da área. A cada dia me sinto mais motivada em entrar nesta unidade na IUSC do 3º ano, pelo fato de ser tão organizada e com tantas possibilidades de tratamento aos pacientes que aqui procuram. (64F09)

Da organização da Atenção Primária à Saúde (APS) e do sistema local de saúde

Em suas narrativas, os alunos tratam do sistema local de saúde e da organização da APS. Em relação ao primeiro, observam aspectos do sistema de referência e de

contrarreferência, do fluxo dos exames laboratoriais realizados, entre outros. Esses aspectos são percebidos a partir da vivência prática da atenção aos pacientes e dos problemas enfrentados, que se caracterizam como potenciais elementos de “problematização”.

Outro aspecto importante do aprendizado deste ano foi a compreensão de como é organizado o atendimento de saúde do município de Botucatu. Agora tenho uma visão de onde são realizados os exames, para onde vão os encaminhamentos e qual é a retaguarda com que a Atenção Básica pode contar. Também aprendi um pouco sobre muitas coisas que ainda não tivemos no currículo da faculdade. (68M10)

Ao tratarem da organização da APS, os alunos destacam sua capacidade resolutiva, a acessibilidade, a integralidade e a longitudinalidade do cuidado prestado.

Pudemos ver quantos problemas podem ser resolvidos nas Unidades Básicas de Saúde, como a hipertensão e o diabetes. Casos mais simples não precisam ser encaminhados para serviços secundários ou terciários. Aliás, ao longo do ano vimos poucos encaminhamentos sendo realizados, a não ser em casos que exigiam a opinião de um especialista. (35F09)

Aprendi a valorizar a importância do atendimento na unidade básica, já que possibilita ao profissional acompanhar o paciente longitudinalmente. (55M10)

Acompanhei o [médico da unidade...] em duas visitas domiciliares e pude [...ver] a progressão do problema do paciente, [...] na própria casa do paciente, para saber como anda a sua situação, se está estável, se melhorou ou se piorou. (65M09)

Das novas práticas de atenção à saúde

Os alunos descrevem, em suas narrativas, a atividade de grupo com os pacientes. Reconhecem e valorizam essa outra maneira de fazer a atenção à saúde dos usuários, seja pela racionalização da atenção à demanda ou por resultados não alcançáveis numa consulta médica. Alguns alunos consideram essa atividade um importante momento de comunicação, por dar ao paciente a oportunidade de falar, ser ouvido, partilhar experiências com outros participantes e, ainda, pelo caráter mais integral de cuidado oferecido.

Hoje acompanhei uma consulta em grupo de caso novo. [...] A dinâmica [...] foi bastante diferente do que eu conhecia, ou seja, uma consulta única, médico e paciente. Descobri que uma consulta médica pode ser estruturada de forma diferente do tradicional e, assim, conseguir resultados que não seriam possíveis no outro modelo. [...] Inicialmente tive dificuldades de perceber qual o objetivo daquela consulta em grupo, uma vez que foi direcionada de forma a abordar o aspecto psicológico principalmente, e não a doença em si. O que mais achei motivador foi a experiência de acompanhar uma consulta em que o médico se preocupa em saber como o paciente se sente em relação ao seu problema. (59F10)

A percepção da consulta médica no domicílio do paciente, com acompanhamento do tutor, revela diferentes apreensões. Em uma narrativa, ela é percebida como outra modalidade de consulta, distinta daquela do consultório, enquanto em outra é considerada muito limitante, dados os obstáculos enfrentados no domicílio e com determinados estratos sociais para realizar uma “consulta padrão”, mas, ao mesmo tempo, desafiadora.

1) 14/ outubro/ 2010

3

2) aprendi que pacientes de saúde mental talvez necessitem de atenção especial, não apenas de uma consulta objetiva

3) encontrar uma resolução para os problemas práticos da paciente.
Além disso, tentar torná-la ativa em seu processo de recuperação.

4) Sei motivador poder fazer com que a paciente perceba que seu pro- blema era realmente do campo físico lógico. Além disso, conscientizar a de que isso não deixa de ser um problema de saúde que mer- ceceu tratamento adequado!

Hoje acompanhei o tutor em uma visita a área rural [...]. Achei a atividade de hoje muito interessante, pois tivemos a oportunidade de conhecer uma realidade muito diferente, aprender e entender como é feita uma consulta [médica] domiciliar (cujos procedimentos são muito diferentes dos realizados em um consultório). (32F10)

Hoje a atividade foi um tanto inusitada [...], fomos à zona rural [...]. Quanto à consulta, observei o quanto ela pode ser comprometida por diversas vertentes: deficiência [de espaço] física para uma consulta adequada, conduzindo o profissional da saúde a um exame físico “quebra galho”, o quanto é difícil colher dados para uma anamnese contundente, na medida em que a população rural normalmente possui baixo nível escolar. Tudo é muito díspar da realidade encontrada por nós, alunos, dentro das quatro paredes de um hospital, onde tudo ou quase tudo ocorre dentro do esperado. Foi especificamente isso que me motivou a estudar mais, tornando-me dessa maneira mais preparado e capacitado para contornar tais situações. (17M09)

A visita domiciliar, enquanto estratégia pedagógica da disciplina, é apresentada nas narrativas em geral de uma maneira muito significativa e positiva. Os alunos expõem no caderno as potencialidades dessa atividade, em geral considerada muito rica pela vivência e pelo aprendizado que oportuniza. Para alguns alunos, como vimos em outras narrativas, facultamos uma experiência afetiva forte com seus pacientes, ao permitir que conheçam a realidade do domicílio deles, surgindo uma grande empatia graças à identificação com o outro, ao se colocarem no lugar dele.

Neste dia fomos fazer uma VD [visita domiciliar...] à dona Maria, de 96 anos, que tem artrose grave nos dois joelhos, que a impede de levantar da cama [...]. Apesar de

todos esses problemas, dona Maria me pareceu uma pessoa muito alegre, hospitaleira e, apesar de tudo, muito positiva. Em certo momento da visita, quando o colega perguntou para ela o que mais a incomodava da doença, ela chorou ao dizer que era muito triste ter que ficar dependendo das pessoas para fazer quase tudo. [...] Nesse momento, imaginei-me em seu lugar, impossibilitada de fazer coisas com autonomia. [...] Eu acho que não só os alunos, mas a maioria dos profissionais de saúde que não têm contato com a saúde da família fica algumas vezes chocado ao fazer uma visita desse tipo. Isso porque estamos acostumados a lidar com o paciente do outro lado da mesa ou então numa cama de enfermaria. Temos nesses locais a sensação de que as condições de doente daquele paciente são passageiras. Mas quando observamos esse paciente dentro de sua casa e observamos o quanto essa doença alterou a sua vida, tenho uma sensação mista de tristeza pela sua situação, com um sentimento de culpa por ter uma boa saúde, de poder fazer coisas simples as quais ela não pode mais fazer, e muitas vezes reclamo da vida que tenho. (09F09)

Do trabalho da equipe e da centralidade do médico na equipe

Em suas narrativas, os alunos tratam o trabalho de diferentes membros da equipe em distintos momentos de sua vivência nas unidades, incluindo o tutor médico³.

Nas narrativas dos alunos que desenvolveram a atividade em Unidades de Saúde da Família, a figura do agente comunitário de saúde é realçada, valorizada e reconhecida

3 Como vimos na metodologia, apenas parte dos tutores integra o quadro permanente da unidade de saúde; outra parte é formada por docentes ou médicos do hospital universitário.

por seu papel na atenção prestada à comunidade e mesmo no apoio à atividade do aluno.

O acesso ao posto de saúde realmente é muito difícil para a maior parte da população da zona rural, uma vez que a distância é grande e as condições da estrada não são das melhores. Isso reforça a importância das visitas dos agentes comunitários no local. Eles têm papel essencial na saúde dos moradores da zona rural. (92F10)

A enfermeira, assim como os outros membros da equipe de enfermagem, também é sujeito de diferentes narrativas. Seu trabalho é percebido, por alguns alunos, como relevante para a equipe e, por outros, como importante na racionalização e no apoio ao trabalho médico, na orientação aos pacientes, além do papel de gerenciamento da equipe de enfermagem.

Acompanhamos o retorno da paciente que passou em consulta com a enfermeira e pudemos perceber a importância do trabalho do enfermeiro, que ajuda a desafogar a agenda do médico. (56M10)

[...] nos informamos sobre a consulta de enfermagem. A enfermeira [...] acompanha os pacientes com problemas sociais, [...] faz consultas e exames ginecológicos, como o papanicolau, além de cuidar da função de outras enfermeiras do posto. (11F10)

Na atividade de hoje, acompanhei uma consulta com membros da enfermagem [...] pude perceber o quanto a equipe de enfermagem otimiza o atendimento na unidade, além de contribuir para o processo de instrução e conscientização dos pacientes. (64F09)

O trabalho médico na Atenção Primária, com suas singularidades, é objeto de muitas narrativas, que abordam as

visitas e consultas domiciliares, os atendimentos de rotina e eventuais, a continuidade do cuidado ao paciente e o desafio da demanda de pacientes.

Acompanhei o [médico da unidade...] em duas visitas domiciliares e pude aprender sobre esta parte do trabalho do médico da família, de acompanhar a progressão do problema do paciente, de acompanhar na própria casa do paciente para saber como anda a sua situação, se está estável, se melhorou ou se piorou. Gostei muito e achei muito interessante conhecer esse lado do trabalho do médico da família. (65M09)

Da relação equipe–aluno

Nos cadernos dos alunos, as referências à relação equipe–aluno são positivas e apontam uma boa acolhida deles pela equipe da unidade de saúde. Cabe aqui destacar, todavia, que não foram encontrados registros de uma possível inter-relação do aluno com a equipe nas atividades desenvolvidas.

Fomos apresentados à estrutura da USF, às atividades ali realizadas e aos funcionários da unidade. Muitos já eram nossos conhecidos, mas achei importante o estímulo à criação de vínculo entre todos que trabalham na unidade, inclusive entre nós, estudantes, e eles. (24F09)

Do vínculo equipe–paciente

Em diversas narrativas, os alunos expressam suas percepções sobre a relação equipe–paciente. Valorizam a construção do vínculo nessa díade, apontando que teria até um papel “terapêutico” positivo, dado um possível incremento da adesão dos pacientes ao tratamento.

10/04/2010

11

2) Apreendi a sair com o médico e que
o paciente tem a dizer o que é o meu
meu e entender melhor o seu real pro-
blema. Uma forma, foi possível a inter-
administração de medicamentos e de ser
conhecido para o caso.

3) Verificar que o tratamento prescrito
paciente da consulta anterior está
se adequadamente seguido, sendo
os medicamentos tomados de ma-
neira arbitrária.

4) Foi motivado a poder retirar "tor-
todas as medicações do paciente, de
modo a se uma vida "normal".
Considerando que foi seu último vistor-
no, sei com a sensação de "dever
cumprido".

Durante a visita pelo bairro, foi legal observar a boa relação da equipe da unidade com os moradores. O vínculo estabelecido é importante para a criação de uma relação de confiança que refletirá conduta/terapêutica eficazes, visto a melhor adesão do paciente ao tratamento proposto. (14F10)

Da comunidade

Em diferentes narrativas, os alunos expressam suas percepções sobre as condições de vida de comunidades assistidas pelas unidades. Muitos desses registros são marcados pela surpresa com a situação com que deparam. As percepções revelam-se polarizadas: alguns alunos apontam o valor intrínseco facultado por esse encontro para o seu futuro profissional, outros notam a irrelevância dele para o seu aprendizado.

Hoje a atividade foi um tanto inusitada, saindo dos padrões de visita [dos] anos anteriores da IUSC; fomos à zona rural de Rubião Júnior. Como não tinha presenciado tamanha mudança, inicialmente me senti deslocado (para não dizer perdido) quanto à realidade enfrentada por tais moradores: distância exagerada do PSF, dificultando o atendimento médico, como quase que impossibilidade de atendimentos emergenciais – falta de saneamento básico e moradia um tanto fora dos padrões (achei que já havia visto quase de tudo um pouco na IUSC, mas a família que mora em uma estação de trem abandonada, confesso que foi além da minha imaginação). Aprendi a não subestimar as possibilidades de surpresa e diferenças na prática médica. Certamente esse dia foi um divisor de águas em minha formação não só acadêmica quanto de vida. (17M09)

Do processo ensino–aprendizagem

Achei motivador perceber que apesar das dificuldades estamos nos tornando “entendidos” de assuntos médicos, conseguindo estabelecer relações diretas entre as disciplinas e conteúdos que nos foram apresentados até o momento de forma fragmentada [...]. É estimulante perceber que sabemos aplicar o que aprendemos. (77F10)

Esse segundo grande eixo temático reúne um conjunto de núcleos temáticos relativos às vivências e reflexões cotidianas sobre o aprendizado experimentado na disciplina IUSC III, bem como às estratégias utilizadas no processo de ensino–aprendizagem. Como vimos, tais registros foram provocados por algumas das questões propostas aos alunos no registro do diário: O que aprendi na consulta médica ou na atividade de hoje? Quais as dificuldades que encontrei na consulta médica ou na atividade de hoje?

Na análise dessas narrativas, construíram-se seis núcleos temáticos que tratam de vivências e percepções:

1. Da clínica ampliada
2. Do aprendizado clínico
3. Da relação aluno–paciente como campo de aprendizagem
4. Do caderno como instrumento de autoavaliação
5. Do caderno como instrumento de avaliação da disciplina

Da clínica ampliada

Os alunos reconhecem o valor da abordagem médico-sanitária empregada na disciplina – a da clínica ampliada – em diferentes contextos, explícita ou implicitamente. Assim, destacam a importância de conhecer a história de

vida do paciente de forma mais integral e de uma adequada abordagem das dimensões psicológicas e sociais.

Após a anamnese e o exame físico discutimos o caso com o tutor e tomamos a seguinte conduta [...] além destas medidas analisamos as condições de vida da [paciente] e percebemos que o real problema era a [solidão... e também] não sabe ler [...]. (92F10)

Foi possível compreender que muitas doenças têm fundo emocional na sua patogênese, atentando-se para a relevância de ouvir bem a história de vida do paciente. (16M10)

A consulta foi importante para observar que a paciente não apresentava um simples quadro hipertensivo, mas era o reflexo do modo de vida, das relações familiares e limitações pelas quais ela passa. Atentar o olhar para situações como esta fará com que a conduta seja melhor e o tratamento, na medida do possível, mais eficaz. (14F10)

Ao reconhecer os determinantes sociais do adoecimento, os alunos expõem nas narrativas o desafio que é para eles lidar com os sentimentos despertados por sua limitada capacidade de intervenção nessa esfera de problemas.

Hoje fomos fazer uma VD [visita domiciliar] na casa da [paciente]. Ver de perto sua moradia e condições em que vive foi entristecedor [...] Pude observar que a problemática que envolve essa senhora é bem complexa e que temos que ter cautela para manter o bem-estar dela. [...] Por fim, tinha crianças no ambiente que visivelmente não estavam sendo cuidadas pela senhora e também não conseguiriam cuidar da avó. Isso é bastante angus-

tante, visto a pouca governabilidade que temos sobre isso. (14F10)

A percepção dos limites da intervenção médica na resolução de muitos problemas dos pacientes é exposta em diversas narrativas. A sensação de onipotência que a prática hospitalar da Medicina proporciona (Cunha, 2005) dissolve-se na Atenção Primária à Saúde e seus limites são percebidos pelo aluno, muitas vezes, com certa frustração. Em algumas narrativas, esses limites estão relacionados à resolução de problemas específicos e, em outras, a questões mais gerais.

A única coisa em que não pude ajudar muito é que ela precisava parar de trabalhar para melhorar o problema, mas não conseguia licença; o que é **um pouco frustrante, pois não tenho como melhorar** [sua condição]. (26F09)

Hoje aprendi que os médicos apresentam muitas limitações e não podem resolver todos os problemas e queixas relacionadas com a saúde do paciente. (80F10)

Alguns alunos, ao valorizarem a importância de conhecer a história de vida dos pacientes de maneira mais abrangente, reconhecem que o uso do roteiro de anamnese ampliada, estratégia pedagógica da disciplina IUSC III, facultou-lhes uma abordagem mais integral, por permitir identificar problemas de natureza psicológica e social, e maior certeza diagnóstica na atenção à saúde do paciente.

O caso foi muito interessante e engrandecedor, pois evidenciou o fato de que o estado emocional/psicológico influencia bastante nas condições de vida e saúde do indivíduo. Além disso, demonstra a **importância da**

① 18/ novembro/2010

② Aprendia a abordar assuntos delicados
 id' a paciente da forma menos constran-
 gedoras possível, demonstrando-lhe con-
 fiança e imparcialidade (por mais
 que isso fosse difícil em determinadas
 situações).

③ Embora tenha sido um aprendiz-
 do, foi extremamente difícil abordar
 assuntos, como sexualidade, teste de
 HIV, enfim, intimidades da paciente.
 Si.

④ Achi motivador observar a evolução
 da relação médico-paciente. Na 2ª con-
 sulta em relação à primeira, o que
 realmente permitiu ~~o~~ que a carar-
 mme fosse feita de maneira nat-
 ural, mesmo que o assunto fosse
 bastante delicado.

anamnese ampliada para a correta identificação do problema e, portanto, auxílio na acurácia diagnóstica. (41M10)

Acredito que a atividade de hoje foi muito proveitosa, pois fizemos uma anamnese ampliada e fomos capazes de perceber diversos aspectos da vida da paciente (principalmente psicológicos e emocionais) que podem estar envolvidos no aparecimento e evolução dos sintomas. (32F10)

Do aprendizado clínico

Um dos objetivos específicos da disciplina IUSC III é promover o aprendizado clínico mediante o “respeito às especificidades e necessidades de cada usuário” e a integração dos “conhecimentos de semiologia e raciocínio clínico” no “seguimento de usuários adultos que frequentam a UBS/USF” (FMB, 2012, p.2).

Como é esperado, numa disciplina centrada na atenção ao paciente e com os objetivos explicitados, boa parte das narrativas contempla o progresso do aluno na abordagem clínica, seja com descrições mais genéricas ou singulares dessa vivência clínica com relação a temas e situações tratadas.

Também aprendi um pouco sobre muitas coisas que ainda não tivemos no currículo da faculdade. No começo o atendimento no IUSC parece muito precoce, por sabermos somente o básico da semiologia, patologias e também farmacologia. Mas, ao longo do ano, vamos aprendendo um pouco sobre várias coisas e os casos passam a fazer mais sentido para que possamos pensar em hipóteses diagnósticas e condutas. (68M10)

Incentivados a registrar sua vivência cotidiana na IUSC III, o aprendizado na disciplina com frequência é objeto das narrativas dos alunos, dadas as questões propostas e anotadas no diário de campo, entre elas: O que aprendi na consulta médica ou na atividade de hoje?

Aprendi a diferenciar causas pulmonares e cardíacas de dispneia (ou pensar sobre as diferenças entre tais causas). Aprendi a fazer uma anamnese com queixas psiquiátricas. A direcionar o exame físico especificamente para a queixa de uma consulta extra; a investigar uma massa abdominal e sua relação com ca de cólon; a remover um cisto e a operar uma unha encravada; a colher papanicolau; a fazer uma consulta de puericultura; a elaborar uma hipótese diagnóstica e a antecipar achados do exame físico. (57F10)

O aprendizado relatado pelos alunos é centrado na consulta ao paciente, no aprender a fazer uma “consulta completa”. Por referência ao currículo médico, o termo “completa” sugere que o paciente não foi visto em “partes”, segundo os diferentes aparelhos, abordagem tradicional nas diferentes especialidades clínico-cirúrgicas.

Aprendi a fazer a consulta completa, mais sucintamente, focando no mais importante. Foi muito produtivo aprender cada vez mais como fazer as consultas na prática. Aprendi como proceder na consulta de retorno e avaliar os resultados de exames. (06F09)

Outras habilidades desenvolvidas são mencionadas pelos alunos em suas narrativas, como: comunicacionais, de relação médico-paciente, de raciocínio clínico, para o preenchimento do prontuário, para a realização de visitas

domiciliares, para fazer uma receita, uma carta de encaminhamento etc.

Demos continuidade à rotina de atendimentos, o que nos permitiu continuar a desenvolver as habilidades comunicacionais e a adquirir cada vez habilidade para o atendimento, o relacionamento com o paciente, o raciocínio clínico, o desenvolvimento de hipóteses diagnósticas e condutas. (68M1)

A realização da anamnese e do exame físico é tema muito presente nos cadernos. As narrativas em geral tratam as dificuldades percebidas nessas atividades, com o estímulo da questão proposta e anotada no caderno: Quais as dificuldades que encontrei na consulta médica ou na atividade de hoje?

Em alguns momentos da consulta fiquei bem desconfortável. Principalmente na hora de realizar o exame físico, tive muita dificuldade. Não pelo fato de não ter aprendido a fazê-lo, mas sim colocá-lo na rotina médica, de forma ágil e prática. (09F09)

Tive dificuldades de entender a história da paciente, pois esta relatou várias queixas. Além disso, o exame físico foi dificultado, uma vez que a paciente tinha muitas dores na coluna e não conseguia permanecer deitada. (59F10)

Algumas dificuldades encontradas envolvem a inexperiência em relação à anamnese, então às vezes confundo a ordem dos questionamentos e perco o fator organização. Acredito que o tempo e a prática ajudarão a solucionar este problema. (41M10)

Os alunos incorporaram em suas narrativas a tipologia de consultas médicas usualmente utilizada nas unidades pela equipe: caso novo, consulta eventual e consulta de retorno.

Pode-se reconhecer que os alunos têm uma percepção diferenciada de cada uma dessas modalidades de consulta, algumas vezes contrastando com a vivência no hospital.

A consulta de caso novo é um evento valorizado pelos alunos. Em algumas narrativas, há um contraste dessa vivência com o contato com o paciente no leito, proporcionado pela disciplina Semiologia, no qual sentem-se pouco úteis em seu papel.

Gostei muito de atender um caso novo, pois, durante as nossas aulas de Semiologia, só tínhamos contato com pacientes que já estavam em tratamento, portanto tudo que fazíamos não tinha finalidade alguma para o paciente. Hoje percebi que estávamos em condição de oferecer algo para o paciente. (68M10)

Apreendi a fazer uma consulta nova de uma paciente que não se consultava há oito anos, portanto foi necessária uma investigação aprofundada. Achei difícil investigar todos os aspectos sem exagerar no tempo da consulta e sistematizar todas as queixas. (81F10)

A consulta eventual, como recurso de organização da atenção às diferentes necessidades dos usuários, é percebida inicialmente pelo aluno por suas referências ao que foi apreendido na disciplina Semiologia, que ainda está cursando. Ao mesmo tempo, sua escrita reflexiva expressa o contato com novas questões suscitadas pela observação do atendimento de casos eventuais (ou não agendados) que ocorrem à unidade: se por um lado a con-

sulta não é “a mais perfeita”, por outro, como atender a enorme demanda que ocorre à unidade e oferecer alívio ao sofrimento desses pacientes?

Como os atendimentos a pacientes eventuais são mais rápidos e conduzidos pelo professor, tive alguma dificuldade para acompanhar e entender melhor todos os passos da consulta. Porém, o prejuízo decorrente dessa consulta foi anulado, pois, após cada consulta, podíamos discutir com o tutor nossas dúvidas. Eu achei muito legal e motivador o contato com atendimento a eventuais, pois, apesar de não haver condições na rede pública de atender a toda demanda de pacientes, esse método de atendimento mais voltado para a queixa do paciente, apesar de não ser o modo mais perfeito para atender cada paciente, consiste em modo adequado e de qualidade de auxiliar os problemas de inúmeros pacientes que, não fossem as consultas eventuais, ficariam à mercê de grandes dificuldades e espera para serem atendidos e terem seus problemas aliviados. (65M09)

Apreendi a direcionar o exame físico especificamente para a queixa em uma consulta extra. Senti dificuldades na conduta [...]. As consultas extras são muito rápidas, e não houve nada particularmente motivador. (57F10)

A consulta de retorno, estabelecida como uma das estratégias pedagógicas da disciplina, é muito valorizada pelos alunos como espaço clínico que permite aprofundar o conhecimento sobre a história clínica e de vida do paciente, reconhecer os resultados do projeto terapêutico proposto e melhor adequá-lo ao modo de vida dele.

O que achei mais interessante hoje foi acompanhar um paciente pela terceira vez. Pude ver as mudanças

com relação aos seus hábitos alimentares e atividade física. Enfim, mudança de estilo de vida. (55M10)

Atendemos dois pacientes em consulta de retorno, que coincidentemente eram pai e filha. Foi interessante para nós o fato de podermos dar certa continuidade no atendimento que fizemos anteriormente, acompanhando o paciente de modo mais próximo, e podemos adequar, corrigir e reforçar as condutas (realizamos, por exemplo, acupuntura novamente). (24F09)

Essa vivência das consultas médicas de retorno é também percebida pelo aluno mediante a construção de vínculo que se estabelece entre paciente–aluno e aluno–paciente, muitas vezes marcada por manifestações de carinho e apreço pela atenção prestada, como expresso em algumas narrativas.

Achei bastante interessante atender o retorno, pois já havíamos estabelecido um vínculo com o paciente, então colher as informações e fazer as orientações foi bem mais fácil. (68M10)

Este foi o seu último retorno conosco, pois estamos na penúltima semana da disciplina. O paciente está bem, sem qualquer queixa. A maior parte da consulta foi uma conversa distraída, descontraída. Ele repetiu várias vezes que não acreditava que não iríamos atendê-lo mais, agradeceu muitas vezes nossa ajuda. Ficou nítido como um vínculo forte foi formado. Na hora da despedida, o paciente se emocionou e disse esperar nos encontrar no futuro, quando já fôssemos médicos de verdade. (92F10)

O prontuário médico é tema de algumas narrativas, nas quais os alunos expõem suas dúvidas quanto ao cor-

reto preenchimento desse documento e também refletem sobre o desenvolvimento de habilidades de registro no prontuário.

O preenchimento do prontuário despertou dúvidas: como preenchê-lo? O que deve estar presente? E o que pode ser omitido? (20F10)

Aprimorei minhas habilidades em escrita no prontuário. Encontrei dificuldades em anotar algumas informações, por medo de omitir certos detalhes. (82F09)

A discussão de casos é uma atividade percebida de maneira positiva pelos alunos, por sua potencialidade de produzir aprendizado significativo e promover a articulação entre teoria e prática, no que se refere à formulação de hipóteses, à correlação clínico-diagnóstica e à elaboração de um projeto terapêutico.

As discussões que temos após as consultas, com o professor, sobre os achados, as hipóteses diagnósticas e as condutas são, acredito eu, uma das melhores formas de aprendizado, pois estamos intensamente interessados em saber o que acomete e o que será feito com nossos pacientes, e podemos tirar todas as nossas dúvidas com o professor, além de aprender sobre aspectos da conduta, cuja teoria nós ainda não tivemos, mas que nos interessam muito. (65M09)

A checagem do caso é o momento de maior aquisição de conhecimentos. Temos que desenvolver raciocínio clínico e escolher a melhor medicação, pondo em prática o que vimos na teoria. (02F09)

O caderno de campo é também espaço para o registro das dificuldades experimentadas nessa atividade relativamente ao tempo demandado para a supervisão do tutor e a quantidade de pacientes.

Achei ruim no dia de hoje a demora em checar e deixar a paciente esperando por quase 50 minutos, devido à grande quantidade de pacientes. (56M10)

A relação teoria–prática, como vimos, é abordada em muitas narrativas, com destaque para a integração entre diferentes disciplinas ou conteúdos que integram o currículo, concomitante ou previamente à disciplina IUSC III, como a Fisiopatologia Clínica, a Semiologia Clínica, a Farmacologia etc.

Além disso, acompanhar as consultas eventuais são aulas ótimas e muito interessantes, que englobam diversas das matérias que estamos aprendendo. (65M09)

O que mais achei motivador foi constatar que as práticas aprendidas na Semiologia separadamente se uniram no momento do atendimento. Apesar de ter demorado muito tempo entre a história e o exame físico, a atividade foi enriquecedora. (59F10)

Nas narrativas, os alunos expõem a sua percepção do valor da clínica na atenção ao paciente, no que diz respeito ao significado e à importância do desenvolvimento do raciocínio clínico para a boa condução da consulta médica. Apontam a comunicação como estratégia para colher uma boa história clínica e desenvolver o raciocínio clínico. Reconhecem ainda a relevância da história clínica como subsídio para o diagnóstico e para a diminuição do uso indiscriminado de exames clínicos subsidiários.

O que mais gostei e me motivou no dia de hoje foi perceber que um bom raciocínio clínico era suficiente para resolver a queixa do paciente. (16M10)

[Na consulta de hoje...] a paciente era uma senhora que trabalhava como faxineira e estava muito estressada. Sentia muitas dores no corpo. [...] Conseguimos estabelecer boa comunicação com a paciente. Fiquei feliz e satisfeito, pois conversamos com a professora e desenvolvemos um raciocínio clínico. No fim aplicamos a conduta para resolver os problemas [...]. (80F10)

Gostei muito do raciocínio utilizado para resolver o problema, sem que fossem utilizados exames subsidiários, o que evidencia a grande importância de uma história clínica bem feita. (16M10)

Da relação aluno-paciente como campo de aprendizado

Como veremos a seguir, o tema comunicação é tratado sob diversos ângulos nas narrativas, com destaque para as facilidades e dificuldades no estabelecimento da comunicação e para as potencialidades dessa dimensão na prática clínica.

Os alunos reconhecem a importância da comunicação durante a consulta clínica e, em diversas situações, atribuem ao paciente a dificuldade para que seja estabelecida.

Na 1ª VD que realizamos percebi como é importante obter uma história detalhada e com a cronologia adequada [...] o paciente pode às vezes não contribuir para a obtenção destas informações, por vergonha, esquecimento ou por achar que não é importante. (77F10)

A anamnese foi prejudicada, pois a paciente apresentava perda de memória recente e remota, além de não saber informar sobre a saúde de seus familiares. (16M10)

Algumas vezes, nas narrativas, é apontada como dificuldade a linguagem usada no meio acadêmico e aquela indicada para falar com o paciente, de modo que ele entenda a conduta e as orientações.

O caso foi muito interessante, pois evidenciou que o estado emocional e psicológico influencia nas condições de saúde do indivíduo. [...] As dificuldades remetiam aos sintomas inespecíficos e buscar causas para o problema que parecia tão obscuro. Por fim, dificuldade em explicar de forma leiga [para o paciente] nossas hipóteses, prescrições, condutas, já que estamos tão acostumados à linguagem científica. (41M10)

Ressalto como dificuldade [...] de hoje [...] dar uma boa orientação aos pacientes sobre como administrar a medicação, pois pode haver dificuldades na comunicação entre o profissional de saúde e o paciente. (55M10)

A escuta atenta do paciente é uma dimensão da comunicação valorizada nas narrativas. Os alunos destacam que ela permite ao paciente expressar-se, o que fortalece a construção do vínculo entre ele e o aluno na consulta médica.

Foi motivador, para mim, a experiência de perceber a importância do diálogo com o paciente e como muitas queixas dos pacientes são, na realidade, por falta de diálogo. (55F10)

Mais importante que o diagnóstico provável de DPOC e receitar corretamente os medicamentos foi o diálogo estabelecido entre a [tutora] e o paciente. Esse diálogo bem conduzido permitiu que, na hora de explicar ao paciente as mudanças de hábito e conduta, este entendesse e estivesse aberto às indicações e até mesmo às broncas da médica. (09F09)

A paciente chegou à unidade com a pressão arterial elevada e durante a consulta mostrou-se inquieta, apertando fortemente uma blusa que havia em sua mão. A princípio achei que ela não nos contaria sobre os problemas pelos quais passou e ainda estava passando, porém entre uma pergunta e outra e algumas conversas descontraídas ela se sentiu à vontade para desabafar. Contou sobre os seus problemas familiares e em alguns momentos chegou até a comentar que [...] parecia uma sessão de terapia. (14F10)

A relação com os pacientes é bastante abordada pelos alunos nos cadernos. Uma das dimensões tratadas são os diferentes perfis dos pacientes, seu comportamento durante a consulta, o aprendizado e as dificuldades encontradas. Dentre estas, destaca-se o enfrentamento de pacientes difíceis, definidos como aqueles com comportamento que dificulta a “boa prática da consulta”, como os prolixos, poliqueixosos, analfabetos, e também os que não estabelecem um bom relacionamento com o aluno.

A paciente era meio hostil. Tinha o histórico [...] de ter realizado várias consultas e não ter comparecido a vários retornos. Chegou ao consultório querendo que a médica assinasse vários papéis necessários para que ela pegasse remédio para o reinício do tratamento. Após uma boa condução da consulta, na qual a paciente

recebeu total atenção e cuidado, esta se tornou mais solícita e, pelo que notei, mais satisfeita. (09F09)

Pude reconhecer algumas contratransferências com idosos que lembraram outros irritados e com muito mau humor. Apesar deste sentimento, aliado à falta de diálogo, aprendi como tentar lidar com essa situação, mantendo-me paciente, imparcial, tentando tratar o paciente da melhor maneira possível. Desta maneira, pude perceber que mesmo numa situação como essa é possível fazer uma boa consulta e ainda ganhar a simpatia e confiança do paciente no final da mesma. (13F09)

Atender pacientes “difíceis”, assim nomeados por alguns alunos, é um desafio, principalmente no início da graduação. Nas narrativas, eles apresentam estratégias de aprendizado que utilizam para enfrentar tal situação.

Outra dimensão desafiadora e rica em aprendizagem para o aluno é quanto ao tempo de duração da consulta, como aparece expresso em algumas das narrativas.

O aluno reconhece a importância de uma investigação ampla e de dar maior atenção ao paciente, mas preocupam-se com o tempo que isso demandaria, podendo causar insatisfação ao paciente.

Hoje atendi uma consulta eventual com os colegas. Fizemos a anamnese e depois o exame físico, e no final a paciente começou a ficar irritada por estar demorando, o que me deixou insegura, mas tentamos explicar que estávamos fazendo o necessário para uma boa consulta. Foi um dia interessante, mas um pouco desgastante pela pressa da paciente. (26F09)

Tenho percebido algo interessante ultimamente, no meu contato com os pacientes: quando a consulta é

rápida, há reclamação de desatenção, descuido, des-caso; mas se é longa, reclamam de enrolação, demora na consulta, perguntas demais. Fico na dúvida, então, qual seria o tempo ótimo de atendimento e de como prover uma consulta completa, cuidadosa, justa e ao mesmo tempo rápida. Talvez com o tempo eu aprenda estas habilidades, mas desde já procurarei atentar para isso. (41M10)

Do caderno como instrumento de autoavaliação do aluno

No conjunto das narrativas, os alunos tratam do seu aprendizado, de maneira direta ou indireta. Como vimos anteriormente, uma das perguntas propostas ao aluno é: O que aprendi hoje? Ao responder a essa questão, ele é estimulado a refletir sobre o seu aprendizado, as suas dificuldades e facilidades, enfim, a fazer uma autoavaliação de sua experiência cotidiana, na qual se destaca a consulta clínica supervisionada.

Nas narrativas, fica explícito o sentimento de insegurança nas primeiras consultas. Pouco a pouco, as declarações passam a revelar maior segurança, permitindo ao professor-tutor e ao próprio aluno acompanhar seu progresso.

Fiquei perdida na primeira consulta [...] Na segunda fiquei um pouco mais à vontade [...] Mas, ainda assim, me sinto muito insegura para atender pacientes, tenho a impressão de que não sei nada e que posso passar alguma informação importante tanto na anamnese quanto no exame físico. (20F10)

Como dificuldade de hoje, eu cito apenas lembrar todos os passos da anamnese e do exame físico (ainda usei bastante o guia), pois a insegurança de não ter o pro-

fessor do lado está sendo substituída por uma sensação de estar mais à vontade, mais acostumado, quando fazendo uma consulta. (65M09)

Hoje me senti mais segura, gostei do exame e da minha conduta. Fiquei bem interessada e à vontade. Ainda sinto dificuldades para organizar o exame em minha cabeça e um pouco de vergonha quanto às condutas. Morro de medo de fazer algo errado ou ofender o paciente com condutas grosseiras ou incorretas. (20F10)

Embora, ao longo de todo o caderno, os alunos falem das habilidades adquiridas, de suas facilidades e dificuldades nas atividades propostas, o que se conforma como a realização de uma autoavaliação contínua, é no final que eles dão ênfase às narrativas sobre o seu desempenho durante a disciplina. O uso do diário pelos alunos permite uma visão ampla de suas experiências nesse espaço de ensino-aprendizagem, configurando-se como um rico instrumento de avaliação formativa. Ao narrar as suas experiências diárias, os alunos o fazem de forma bastante reflexiva e crítica, descrevendo detalhes das suas vivências, revelando suas inseguranças, suas dificuldades, potencialidades, limitações e conquistas cotidianas.

Do caderno como instrumento de avaliação da disciplina

Embora a própria autoavaliação do aluno também corresponda a uma avaliação indireta da disciplina, esta última é objeto de observações quanto a suas contribuições para o seu crescimento profissional, em especial nos últimos registros do caderno. A proximidade com a rotina de atendimentos na UBS também é destacada de maneira muito positiva.

As aulas da IUSC foram bem proveitosas, pois pudemos pôr em prática nossos aprendizados sobre anamnese e exame físico, além de conviver um pouco mais com os casos de pacientes. A maior qualidade da IUSC nessa prática é a proximidade que temos com o médico da unidade para tirar nossas dúvidas e discutir os casos. Acredito que isso é determinado pela disponibilidade do médico no momento da aula e pelos grupos serem pequenos. (11F10)

Logo foi uma oportunidade ímpar de ter um contato mais próximo com o dia a dia da prática médica, especialmente com a rotina dos atendimentos, que até então não tínhamos experienciado. (35F09)

Embora com menos frequência, os alunos também fazem críticas à disciplina e oferecem sugestões, em suas narrativas, que podem ser interpretadas de maneira positiva e contribuem para o desenvolvimento dela.

Fomos apresentados aos objetivos da disciplina. [...]. Conhecemos também o material de apoio. [...] Sugestão: acredito que aproximar as aulas de apresentação (estas quatro aulas do primeiro semestre) das aulas do segundo semestre seria mais proveitoso. (24F09)

A dificuldade hoje foi o fato de terem sido agendados dois pacientes para o mesmo horário. Também o número de salas da unidade foi muito reduzido. (68M10)

Também acho que seria importante criar um esquema para a checagem dos casos [...]. Geralmente ficávamos muito tempo esperando para checar os casos e os pacientes se queixavam do tempo [grande de espera...]. Talvez fosse possível pensar em uma maneira de agendar

os atendimentos de cada aluno e organizar a sequência de checagem. (68M10)

A mediação realizada pelo professor-tutor e o seu papel no aprendizado dos alunos também é objeto de diferentes narrativas. Nelas são relatadas conquistas no aprendizado de diferentes dimensões clínicas, como a escrita no prontuário e receituários, dentre outros aspectos. Cabe lembrar que é papel do professor-tutor ler semanalmente os cadernos de seus alunos para se apropriar dos registros de cada um deles e, assim, acompanhar o seu progresso, as suas dificuldades cotidianas, os problemas com colegas e pacientes (dos quais muitas vezes só se tem conhecimento pelos diários) etc.

Após a consulta, expusemos o caso à tutora, que nos explicou sobre os possíveis diagnósticos. A interação com a professora foi muito boa e fundamental para entendermos a clínica do paciente. (51F09)

Hoje tivemos a oportunidade de atender uma consulta não agendada. [...] Achei interessante a atividade, pois me motivou a estudar no intuito de conseguir realizar uma anamnese ampliada com mais qualidade e menos dificuldades. Além disso, a tutora nos orientou sobre como se devem escrever os achados semiológicos, a hipótese diagnóstica, a conduta e o receituário. (32F10)

Da prática clínica e da relação aluno-paciente

A aula de hoje foi um marco em minha vida, pois foi a primeira vez que atendi um paciente sozinho. [...].

Dificuldades houve, mas a consulta de hoje foi o que de melhor eu já vivi em meu período de graduação. (65M09)

Esse terceiro grande eixo temático reúne um conjunto de núcleos temáticos relacionados às percepções dos alunos sobre as suas vivências na prática da consulta médica e sobre a relação médico–paciente, diferindo do tópico anterior pela maior ênfase na dimensão experiencial, em detrimento da dimensão pedagógica e da aprendizagem.

Nas primeiras vivências de consulta, inicialmente acompanhados por colegas e a seguir sozinhos, verifica-se de modo claro que as narrativas dos alunos ganham vida com a expressão do que os motiva, dos sentimentos experienciados nesse momento tão esperado no curso médico: o contato com o paciente.

Na análise das narrativas que compõem esse eixo, construíram-se quatro núcleos temáticos, agrupados a seguir em percepções:

1. De si
2. Do paciente e seu acompanhante
3. Do encontro aluno–paciente
4. Do colega e da equipe

De si

Esse núcleo temático agrupa narrativas cujo conteúdo diz respeito a uma diversidade de sentimentos dos alunos e das situações em que emergem. Nesse núcleo, eles se expressam como sujeitos da situação.

As narrativas aparecem repletas de expressões de sentimentos. Em muitas delas, fica claro o envolvimento emocional e afetivo dos alunos com o paciente. Eles revelam sua preocupação com o quadro clínico do paciente e sua alegria com a evolução do quadro e a melhora do

paciente. A expressão do desejo de ajudar o paciente, ao conhecer a sua história de vida, também está presente nas narrativas dos alunos.

O sr. Francisco saiu bastante animado e satisfeito. Mas confesso que a maior dificuldade foi ocultar o meu [...] sorriso de satisfação e alegria ao perceber o quão bem estava o sr. Francisco; um misto de *compaixão* e sensação de que havia ajudado a fazer o bem de alguma forma a uma pessoa necessitada. Sensações muito agradáveis, que renovam as forças e o desejo de seguir adiante neste caminho. (41M10)

No atendimento de hoje, a paciente tem muita dificuldade de se ambientar a Botucatu e acabamos por entrar em aspectos psicológicos da sua vida. Ela se abriu conosco e até chorou, e me senti com vontade de poder ajudá-la de alguma forma nesse aspecto. (24F09)

A angústia e o sentimento de impotência são mencionados nas narrativas quando os alunos apontam a sua restrita governabilidade em relação ao caso. O sentimento de tristeza aparece nos relatos do último encontro com o paciente, o que sugere a intensidade do relacionamento e do vínculo estabelecido entre aluno e paciente.

O que mais me chamou a atenção nessa consulta foi a história de vida da paciente e o modo como a vida dela é conduzida atualmente, uma senhora no estado em que ela está não tem condições de cuidar da casa e muito menos das crianças. O fato dela não ser cuidada [a] leva [a ...] não tomar todos os remédios prescritos [com ...] recidivas e retornos com as mesmas queixas e sem resolução do problema. Tudo isso me fez sentir impotente e angustiada. (14F10)

Creio que a criação de um bom vínculo foi importante para seu bem-estar, mas criou um momento de comoção quando lhe disse que era o nosso último contato. Fiquei triste, mas muito satisfeito pelos resultados positivos que consegui com atenção, cuidado e responsabilidade. (41M10)

Podemos considerar passagens como essas que reproduzimos como um dos momentos mais ricos da leitura.

Em outros momentos, ao descrever a situação de um paciente com uma dependência física, os alunos falam do sentimento de medo, colocam-se na realidade de vida do paciente.

Outra dificuldade foi atender uma paciente cadeirante: primeiro porque é difícil realizar o exame físico e segundo porque ela havia sofrido um AVE [acidente vascular encefálico] e estava depressiva. Ela não conseguia falar direito e começou a chorar durante a consulta. Isso despertou em mim um sentimento de pena e medo (pois pensei como seria se isso acontecesse com meus pais). (02F09)

A expressão de sentimentos negativos também aparece, embora de modo bem menos enfático. Em algumas narrativas, os alunos mencionam a falta de paciência, a revolta em determinadas situações, e uma explícita dificuldade em lidar com as diferenças, manifestando um julgamento moral em relação ao problema do paciente.

Consultamos um paciente bastante idoso que tinha dificuldades para falar devido aos esquecimentos. Foi bastante difícil para mim por falta de paciência. Quando descobri que ele tinha mentido sobre outra família que ele tinha em São Manuel, me senti muito incomodado. (62M09)

Hoje atendi um paciente muito problemático. Ele apresentava muitas patologias [...]. E se mostrou uma pessoa muito acomodada, que não gosta de trabalhar e vive já há algum tempo às custas do INSS [...]. Me parece que o sr. veio ao posto não pelas patologias, mas pelo fato de o médico perito ter cortado o seu benefício. Assim ele queria uma carta dizendo que ele estava impossibilitado de trabalhar. A atividade de hoje me deixou um pouco revoltada, porque mostra que apesar de nós médicos lutarmos para o paciente vencer as patologias e levar uma vida mais tranquila e saudável, ele continua querendo ter aquela doença por comodismo de viver às custas do governo. (51F10)

O caderno oferece ao aluno a oportunidade de escrever livremente sobre os sentimentos despertados nesses encontros, sobre os quais talvez ele não conversasse com o professor-tutor ou os colegas.

As narrativas revelam a construção mútua de empatia, a preocupação dos alunos com o outro, o colocar-se no lugar do outro e a incorporação dos princípios de uma clínica ampliada. Os sentimentos são de alegria e tristeza, satisfação e insatisfação, compaixão, comoção e angústia. Outras vezes, no entanto, permitem ao tutor reconhecer manifestações de revolta, julgamento moral e preconceito em relação ao paciente. Ao professor-tutor caberá a tarefa nada fácil de lidar com tais aspectos que a experiência mostra estarem silenciados, quando não há um instrumento que permita que sejam expressos.

O aluno também manifesta a sua percepção sobre o sentimento de responsabilidade despertado com relação ao paciente, à profissão, mais comum nas primeiras consultas.

Senti que nessa anamnese a **responsabilidade era maior** do que as que havia feito no [... hospital-escola],

pois [...] era só para treinar e [...] na unidade] é o que vai entrar no prontuário do paciente. (26F09)

Gostaria de ter pedido outro US [ultrassom], embora não tenha sido a conduta adotada pelo médico. **Temo que ela possa ter algo mais grave** (como endometriose). (24F09)

Com relação aos primeiros atendimentos, os alunos expõem nos cadernos os seus sentimentos de insegurança vivenciados nesse momento. Nas narrativas sobre a primeira consulta, falam da primeira vez que atendem um paciente na companhia dos colegas e em seguida sozinhos. São descrições ricas em sentimentos e expectativas que emergem desse primeiro encontro.

Hoje fizemos a nossa **primeira consulta**, eu e duas colegas; ensaiamos primeiro como faríamos a consulta. Olhamos o prontuário primeiro para entendermos melhor o seu histórico. [...] Num primeiro momento antes da consulta, estava ansioso, afinal seria a **nossa primeira consulta efetiva**, porém, com o desenrolar dela, todos fomos ficando calmos e prosseguimos tranquilamente. Acredito que foi **um dos melhores dias**, pois enfim exercemos o papel de médicos. (71M10)

A aula de hoje foi um marco em minha vida, pois foi a **primeira vez que atendi um paciente sozinho**. [...] Durante a consulta de hoje, voltei a sentir certa **insegurança**, talvez maior até do que a inicial, por estar num atendimento que dependia apenas de mim e de meu paciente. Não foi uma insegurança que me atrapalhou, mas apenas um sentimento que me gerou certa **preocupação**, mas que foi sendo atenuado. Encontrei também certa dificuldade em conduzir a consulta sozinho, sem

o auxílio dos meus colegas. Dificuldades houve, mas a consulta de hoje foi o que de melhor eu já vivi em meu período de graduação. (65M09)

É muito grande a expectativa pelo primeiro atendimento, seja individualmente, seja com os colegas. Os alunos deixam muito claro, nas narrativas, esse sentimento de ansiedade, de insegurança, e o desejo de realizar o primeiro atendimento. Em algumas delas, a ansiedade refere-se a questões mais técnicas: os alunos revelam a sua preocupação em dar conta da clínica enquanto anamnese, exame físico e conduta; em outras, descrevem a sua ansiedade quanto aos aspectos relacionais da consulta, sendo dado maior enfoque ao estabelecimento da relação médico-paciente.

Determinadas situações trazem aos alunos a sensação de frustração e impotência. Neste momento, eles percebem algumas das dificuldades em lidar com o paciente e suas demandas.

As situações são descritas como dificuldade para passar confiança ao paciente, para realizar determinados diagnósticos, para lidar com os problemas sociais dos pacientes, a não governabilidade para afastar fatores que determinam as condições de saúde do paciente e até mesmo o anseio pela cura.

Fiquei triste com os problemas de hoje. Senti que não consegui passar confiança necessária à paciente. Talvez minha estratégia tenha sido errônea. Espero corrigir estes erros em atendimentos futuros. (93F10)

A dificuldade que encontrei foi acompanhar a consulta de uma senhora em luto. Não sabia como agir com ela, o que dizer. (59F10)

Este caso foi extremamente ilustrativo para demonstrar o grau de dificuldade de fazer o diagnóstico psiquiátrico (na verdade, muito difícil), até porque o paciente entra no consultório com a expectativa de que o que ele possui seja esclarecido e algo lhe seja receitado. No final me senti diminuído, burro, impotente e desmotivado quanto ao desempenho, quanto à cura. Resumindo, foi brochante. (17M09)

O relato de situações difíceis é muito presente nas narrativas. Algumas vezes, os alunos apenas descrevem a situação, de uma forma bem pontual; outras vezes relatam todo o sentimento aliado a essa dificuldade. Isto oferece ao tutor e à disciplina um parâmetro para entender o que é mais difícil para o aluno nesse momento, quais as estratégias que utiliza ao enfrentar tais situações e, principalmente, qual apoio pode ser dado a ele nesse momento.

A percepção dos problemas sociais, durante a consulta médica, leva os alunos a relatar a sua visão a respeito da influência dos problemas sociais na dimensão biológica do problema do paciente e, em algumas situações, o seu sentimento de angústia pela falta de recursos para resolver muitos deles.

Houve o retorno da paciente que acompanhamos. Hoje ela retornou bastante abalada, pois, embora as suas dores estejam melhorando, ela foi demitida de seu emprego devido às dispensas de que necessita para vir às consultas. Ela chorou durante a conversa. Foi um fato importante para que discutíssemos sobre medicina do trabalho e sobre as fiscalizações que ocorrem nas empresas. (24F09)

Hoje fomos fazer uma VD na casa da dona Isabel. Ver de perto sua moradia e condições em que vive foi entriste-

cedor [...] Pude observar que a problemática que envolve essa senhora é bem complexa e que temos que ter cautela para manter o bem-estar dela. [...] Por fim, tinha crianças no ambiente que visivelmente não estavam sendo cuidadas pela senhora e também não conseguiriam cuidar da avó. Isso é bastante angustiante, visto a pouca governabilidade que temos sobre isso. (14F10)

Do paciente e seu acompanhante

O conjunto de narrativas desse núcleo temático traz as vivências e as percepções dos alunos sobre o paciente e o seu acompanhante como sujeitos da clínica.

Em uma das situações narradas, o aluno percebe o paciente como sujeito da consulta quando este recusa-se a ser atendido por alunos. Nas narrativas, os alunos expressam um sentimento de frustração pelo fato de se prepararem para esse momento e serem recebidos com uma recusa, embora isto pareça algo rotineiro. Em algumas narrativas, eles descrevem a resistência inicial do paciente ao atendimento e, depois, a evolução da consulta, com a conquista da confiança dele.

Na minha primeira consulta me deparei com uma paciente que chegou perguntando onde estava o [... médico da unidade] (meu tutor), pois ela estava ali apenas para que ele visse os seus exames. Foi difícil conseguir convencê-la a conversar um pouco conosco e também ser examinada. Ainda que ela tenha gostado do nosso exame físico, ela disse que se sentiu uma cobaia. Foi difícil ouvir isso, particularmente porque nós fomos muito atenciosos com ela, mas infelizmente muitos pacientes não gostam de saber que estão sendo atendidos por alunos. (35F09)

Na aula de hoje eu e a colega atendemos [... uma paciente]. No início, a paciente não gostou de ser atendida por alunas, mas, no decorrer da consulta, ela foi se soltando e adquiriu confiança em nós. Ela não quis se abrir quanto a problemas pessoais, mas respeitamos que a origem de seus problemas [de saúde] se devesse a esse ponto. (92F10)

As narrativas desse núcleo tratam ainda da vivência e da abordagem de situações difíceis. Ao expor algumas dificuldades enfrentadas durante a consulta, como o atendimento de pacientes analfabetos, a resistência do paciente a determinados procedimentos, como realizar o exame de papanicolau, a não adesão do paciente ao tratamento proposto e a dificuldade de comunicação e interação com ele, os alunos descrevem o enfrentamento das situações relatadas e as soluções propostas. Descrevem também o êxito alcançado com algumas condutas adotadas e, em outros casos, a frustração por não conseguirem resolver um problema.

Para que ela pudesse tomar os remédios corretamente foi dada a ideia de fazer desenhos em potes separados para cada medicação. Já que ela é analfabeta [isto] facilitaria a administração das drogas. Isso foi explicado a ela e após [...] restou a esperança que desse certo. (14F10)

Aprendi que apesar de termos tempo, boa vontade para ajudar uma pessoa, às vezes ela não quer essa ajuda. [...] Trocamos algumas medicações e fomos com muita paciência explicando como ela deveria tomá-las. [...] A paciente ouviu com muita má vontade, parecia não dar muita bola para o que estávamos falando. Não sei se é falha nossa que a deixou desta maneira. (19F10)

[...] hoje atendi uma paciente com a [minha colega ...]. Ela se mostrou muito tímida, respondia em monos-

silabos e na hora do exame recusou-se a tirar a blusa. Tentamos conversar sobre coisas mais corriqueiras para que ela se sentisse mais à vontade, mas não tivemos sucesso. (92F10)

Uma das dificuldades foi com relação aos pacientes que não tinham higiene pessoal muito boa e que eram poliqueixosos. (35F09)

O que muito me assustou no final da consulta foi que após o exame físico a paciente, com nossa ajuda, foi sentar-se para ficar em pé e sentar-se em seu lugar e no processo sentiu-se mal e caiu deitada na maca. No momento pensei que ela tinha morrido. (14F10)

O questionamento proposto ao aluno sobre as suas dificuldades na realização da atividade do dia, como uma das perguntas do caderno, resulta em uma diversidade de temas, nas narrativas, referentes aos seus enfrentamentos na disciplina. Alguns são mais pontuais e corriqueiros, como a falta de higiene do paciente, outros são mais complexos e exigem do aluno uma solução ou estratégia imediata. Muitas das dificuldades relatadas referem-se à dificuldade do aluno em aceitar e reconhecer a autonomia do paciente e de que este seja sujeito da consulta.

A presença do acompanhante está contemplada nas narrativas, aspecto raramente tematizado no ensino da clínica mais tradicional. Os alunos reconhecem o acompanhante como sujeito e descrevem a sua presença com os seus prós – contribui com as informações necessárias durante a anamnese – e os seus contras – interfere durante a consulta e causa inibição ao paciente, que não se sente totalmente à vontade na sua presença. Um aluno também descreve a presença de um acompanhante que é uma criança como uma dificuldade durante a consulta.

Como dificuldade, a mais importante foi atender a paciente com as interferências da filha, que frequentemente apontava diagnósticos e queria estabelecer condutas. (55M10)

Pudemos ver como é atender um paciente com acompanhante, o qual passa todas as informações. A acompanhante gostou da nossa consulta e ficou feliz ao saber que no próximo retorno estaríamos lá. (02F09)

Hoje atendemos um paciente jovem, de 15 anos. [...] O paciente falava pouco e sua mãe contribuiu bastante com o andamento da consulta. [...] No entanto, apesar da presença da mãe ter ajudado para a obtenção da história, percebi que o paciente ficou um pouco constrangido de falar sobre alguns assuntos, o que pode ter atrapalhado. (59F10)

Eu e a minha colega atendemos uma jovem mãe em consulta extra [...] A dificuldade da consulta foi a presença da filha da paciente, pois a criança não ficava quieta e mexia em tudo na sala, e infelizmente a mãe não controlava a criança, sobrando essa função para mim. (11F10)

Do encontro aluno-paciente

As narrativas que compõem esse núcleo revelam as percepções e os sentimentos dos alunos no encontro com o paciente. Trazem declarações dos alunos sobre a construção de uma relação de confiança e de vínculo entre eles e os pacientes. Esta vivência se apresenta nos relatos dos alunos sobre como vai acontecendo a conquista da confiança do paciente, que passa a aceitar mais a sua conduta, consegue se abrir, desabafar e, assim, adere mais ao tratamento.

Foi mais fácil este atendimento do que o anterior. Eu pude sentir a paciente e perceber o quanto as minhas propostas fizeram sentido a ela. Por isso me senti mais segura para orientá-la. Acredito que ela foi mais aderente ao tratamento. (03F09)

Hoje atendemos um retorno. [...] foi bastante marcante a recuperação dele, bem como a postura/condução/conversa que os alunos tiveram e assumiram; acho que foi bastante satisfatória toda a progressão de consultas, a relação médico-paciente que foi estabelecida [...] O paciente sentiu-se acolhido, sentiu confiança no que estava sendo feito pelos alunos e sentiu-se satisfeito com tudo. (14F10)

A leitura do diário do aluno permite observar que a relação aluno-paciente vai sendo construída ao longo da vivência entre eles, conforme expresso nos registros. Os alunos trazem anotações muito ricas sobre o vínculo estabelecido com o paciente ou as dificuldades para alcançá-lo, as emoções despertadas, a percepção do sucesso terapêutico nos diversos encontros com ele.

Os alunos sentem-se felizes quando a conduta indicada ao paciente resulta em melhora do quadro. Os elogios que recebem no atendimento também estão presentes nas narrativas e levam-nos a avaliar de maneira positiva a atividade do dia.

[...] o exame correu bem, notei que a paciente adquiriu respeito e confiança em mim, o que é gratificante, e averigüei que a terapêutica tem sido bastante eficiente para ela, o que é ainda mais gratificante. (41M10)

Hoje o dia foi bem interessante, pois, no atendimento da dona Tereza, foi possível ver a evolução da sua saúde,

na medida em que conseguimos o controle da sua DM [diabetes mellitus] através da aplicação de insulina, além de conseguir controle da sua pressão arterial. As recomendações médicas estão sendo seguidas, de modo que na sua evolução há adesão ao tratamento e mudanças nos hábitos de vida responsáveis pela sua melhora. Enfim, estou contente em ter conseguido influenciar positivamente os hábitos de vida da paciente. (55M10)

A percepção dos alunos a respeito de como os pacientes compreendem seus problemas de saúde e até negam sua eventual condição constitui para eles um desafio. Nas narrativas, algumas vezes eles apontam a falta de visão do paciente com relação à sua condição de saúde e aos determinantes do seu processo de saúde-doença, bem como a sua dificuldade para relatar a história evolutiva da doença, como uma incapacidade dele. Deste modo, o aluno expõe claramente sua dificuldade em reconhecer que o paciente tem uma perspectiva sobre a doença dele muito diferente da biomédica.

Achei motivadora a consulta, pois a paciente negava HAS [hipertensão arterial] e na consulta anterior eu detectei PA elevada, ela fez monitoramento diário e iniciou medicação. (4509)

Uma dificuldade que encontramos foi retomar as informações que a paciente havia me dado [...] sobre seu filho mais velho, que é acompanhado na neuro [neurologia do hospital-escola]. Pude perceber que realmente os pacientes não sabem acompanhar a história evolutiva de seus problemas e tratamento. (77F10)

Ao relatar as suas vivências durante a consulta clínica, os alunos expressam o seu posicionamento com relação

a determinadas atitudes dos pacientes. Nessas situações fazem um julgamento moral do paciente quando este procura a consulta com outros interesses: a obtenção do atestado médico e a intenção de se manter afastado do trabalho, como vimos anteriormente. Ao narrar a história, os alunos também revelam os sentimentos que experimentam.

Hoje atendi o sr. José, um paciente muito problemático do meu ponto de vista. Ele apresenta muitas patologias [...]. Ele se mostrou uma pessoa muito acomodada, que não gosta de trabalhar e vive, já há algum tempo, à custa do benefício do INSS [...]. Me parece que José veio ao posto não pelas patologias, mas pelo fato de o médico perito ter cortado seu benefício. Assim, ele queria que a tutora desse uma carta, dizendo que ele era incapacitado de trabalhar. A atividade de hoje me deixou um pouco revoltada, porque mostra que, apesar de nós, médicos, lutarmos para o paciente vencer as patologias e levar uma vida mais tranquila e saudável, ele continua querendo ter aquela doença por comodismo de viver às custas do governo. (51F10)

Os alunos reconhecem a importância do estabelecimento de vínculo com os pacientes, pois, uma vez conquistada a confiança deles, podem obter mais êxito no tratamento proposto. Consideram a consulta que fazem sozinhos, e não com os colegas, potencializadora para a formação do vínculo, ao assegurar maior proximidade com o paciente.

[...] o vínculo criado com o paciente em uma consulta feita por mim sozinho é inacreditável, é muito maior do que o criado nas consultas [junto com outros colegas]. Eu via a paciente querendo me contar coisas, fazendo confi-

dências a mim, com vergonha de admitir outras, e grata com a preocupação que eu demonstrava com ela. Isso foi gratificante e recompensador demais. (65M09)

Fiquei muito à vontade por já ter um bom vínculo com o paciente, compreendendo o valor de uma boa relação médico–paciente. Sem dúvida também me preocupei com seu bem-estar, mas no geral sinto-me satisfeito por poder contribuir de alguma forma para que se sinta acolhido e seguro. (41M10)

Muitos alunos percebem que a consulta de retorno tem importante papel em potencializar a construção de vínculo com o paciente, motivo de um encontro intenso e de grande satisfação para o aluno, em especial quando se estabelece uma forte empatia entre os dois.

Com o passar das semanas a insegurança foi diminuindo e as consultas se tornaram cada vez mais prazerosas, principalmente quando me identificava com o paciente de alguma forma. Uma das pacientes que mais me marcou foi uma senhora de 88 anos [...] A consulta foi bastante prazerosa, pois ela era bastante divertida e carismática [...]. Pude perceber que elas também se identificaram conosco, pois se sentiram bem à vontade [...]. Além de que deram valor a nossa consulta. (35F09)

O retorno frequente é o que faculta ao aluno desenvolver sua habilidade de escuta atenta com um mesmo paciente e reconhecer o valor dessa ação e seu caráter “terapêutico”.

E o que o paciente desejava era apenas conversar e desabafar com pessoas que valorizassem e atentassem às suas queixas. Por isso optamos pela continuação

dos retornos [...], possibilitando a ele esta oportunidade de falar e a nós o privilégio da observação constante. (41M10)

A paciente contou-nos a sua história de vida, que era muito sofrida, dizendo também ser uma pessoa muito ansiosa. Agradeceu-nos por ouvi-la e sentiu-se aliviada após a consulta. (16M10)

Em alguns encontros aluno-paciente, é visível a riqueza com que a narrativa expressa não só a formação de um vínculo, mas o caráter reflexivo dessa escrita, manifesto na percepção de uma identidade entre eles, num processo de transferência e contratransferência que aí pode ter sido operado.

O fato de ser costureira de profissão e de devoção aproximou minha realidade pessoal com a sra. Isaura, na medida em que minha mãe compartilha da mesma profissão. Isso certamente facilitou a identificação entre mim e a paciente, criando um canal permissivo para a realização de uma boa consulta, como assim ocorreu. Fato que ilustra essa identificação foi exemplificado com a naturalidade com que perguntei sobre sua vida sexual. A resposta da dona Isaura foi igualmente natural. Foi neste momento que percebi que a identificação foi mútua e não unilateral. Foi a primeira experiência concreta da criação de laços na relação médico-paciente. (17M09)

Quando nos deparávamos com pacientes de que gostávamos, ficávamos superfelizes, numa situação clara de boa transferência. A consulta nesses casos é diferente, muito boa, fluente e acima de tudo amigável. (13F09)

A identificação com o paciente e o estabelecimento de uma boa relação com ele é um aspecto bastante valorizado, como vimos, que assume grande importância para o aluno no momento da consulta e aparece destacado nas narrativas.

A demonstração de satisfação pelo paciente durante a consulta tranquiliza e estimula os alunos, fazendo-os sempre julgar a atividade de modo positivo. O bom relacionamento com o paciente é um dos critérios para os alunos avaliarem a atividade do dia como boa.

As narrativas tratam ainda do valor da escuta na clínica. Reconhecem a necessidade de os pacientes serem ouvidos e da ampliação da anamnese, com a história de vida, como meio de estimulá-los a trazer para esse momento diversos aspectos da sua vida. Consideram a escuta como parte do atendimento e/ou do tratamento proposto.

A consulta foi longa, conversamos muito, mas o resultado final não poderia ter sido melhor: ele saiu com um sorriso no rosto. Ele precisava desabafar, conversar sobre os seus problemas, suas angústias e preocupações. (92F10)

[...] notar a nossa preocupação com diversos aspectos de sua vida fez com que a paciente confiasse em nós e se abrisse conosco. (65M09)

A paciente contou-nos a sua história de vida, que era muito sofrida, dizendo também ser uma pessoa muito ansiosa. Agradeceu-nos por ouvi-la e sentiu-se aliviada após a consulta. (16M10)

A consulta acabou, fiquei com a sensação de que o tratamento que ele precisava havia sido feito: a escuta, o cuidado. (92F10)

Os alunos reconhecem o valor da escuta como uma ferramenta da clínica e a importância de ouvir o paciente, dando a ele a oportunidade de desabafar. Ao darem ao paciente a oportunidade de falar, exercitam a prática do ouvir.

A dificuldade na construção do vínculo aluno-paciente está presente nas narrativas, sendo a pressa e a timidez do paciente alguns dos fatores apontados que limitam a construção do vínculo.

Acredito que a relação estabelecida com a paciente na consulta de hoje não foi satisfatória. A dona Neusa estava com pressa e ficou irritada em ter que esperar mesmo um tempo curto, se compararmos com as consultas passadas. Eu e a [minha colega...] tentávamos entender o seu dia a dia e identificar as dificuldades de adesão ao tratamento, mas a paciente respondia em monossílabos e deixava claro certo descontentamento. (92F10)

Na aula de hoje atendi uma paciente com a [minha colega ...]. Ela se mostrou muito tímida, respondia em monossílabos e na hora do exame recusou-se a tirar a blusa. Tentamos conversar sobre coisas mais corriqueiras para que ela se sentisse mais à vontade, mas não tivemos sucesso. (92F10)

Do colega e da equipe

O trabalho em equipe refere-se, nas narrativas, à consulta realizada pelo aluno com os colegas, dada a restrição de salas para o atendimento na maioria das unidades de saúde. A consulta com os colegas é a primeira vivência do aluno do trabalho em equipe na clínica. A leitura dos cadernos permitiu identificar as dificuldades e facilidades experimentadas nessa situação.

Entre as dificuldades, as narrativas apontam que, quando na consulta a história clínica do paciente é colhida por mais de uma pessoa, a expansividade de alguns acaba inibindo a iniciativa dos outros.

Hoje atendemos o primeiro paciente; cada trio [... grupo de três alunos] atendeu um paciente. Achei bem interessante, embora tenha ficado bem insegura do que perguntar. Acho difícil também tirar a história em mais de uma pessoa, pois às vezes atrapalha a linha de raciocínio. Realizamos o exame físico geral, o que também me deixou insegura, por ainda ter feito poucos durante a faculdade. (26F09)

Iniciamos estudando previamente o prontuário do paciente. Logo mandamos o sr. Luiz entrar na sala e iniciamos a anamnese. Inicialmente achei o meu colega expansivo demais, não dando espaço para nós outros fazermos mais questionamentos. Acho que isso foi uma mensagem inconsciente que nos dizia: deixe que este atendimento eu faço, na próxima é a vez de vocês. Entendi prontamente e acabei me contentando em anotar mais do que escrever. O mesmo aconteceu com o exame físico. O mesmo colega examinou e nós observamos e tomamos nota. Espero que na próxima ele tenha sensibilidade e ceda a vez para nós. Acho que as oportunidades têm que ser iguais para todos (apesar de saber que isso às vezes seja difícil de ocorrer). (17M09)

Quando o aluno escreve sobre as facilidades da consulta em equipe, menciona a interação de ideias, a segurança que o grupo traz e a iniciativa de alguns colegas em determinadas situações (por exemplo, em um exame de órgãos genitais), suprimindo a falta de iniciativa de outros; o bom

entrosamento entre o grupo também é avaliado de modo positivo nas narrativas.

Hoje realizamos nossa primeira consulta. Gostei muito da experiência. Fiquei apreensiva no começo, mas com a companhia dos colegas fiquei mais calma e confiante. Daí a importância de realizarmos as primeiras consultas com colegas. (80F10)

Passei por algumas dificuldades neste semestre, como, por exemplo, quando atendemos um paciente que tinha uma queixa na genitália. Como eu sempre atendo com o [... colega], ele pediu para examinar e eu fiquei observando. Se eu estivesse sozinha acredito que não examinaria. (02F09)

A relação com os colegas é outro momento muito rico das narrativas. Muitos consideram positivo realizar a consulta com os colegas, contar com o apoio deles. Outros, durante todo o tempo, expressam o desejo de realizar a consulta sozinhos, como forma de aprender mais. Mesmo aqueles que valorizam a atividade em grupo, até certo período revelam o desejo de realizar a consulta sozinhos. Neste momento, há o reconhecimento de que agora estão prontos para desempenhar tal atividade.

A IUSC III e a clínica ampliada

Ao analisarmos as narrativas dos alunos com a lente da clínica ampliada, foi possível verificar que eles aprenderam alguns dos princípios desse modo de atenção, bem como reconheceram as características da APS e seu processo de trabalho.

As narrativas possibilitaram perceber que os alunos apresentam progresso ao longo da disciplina no que se refere a aspectos que fundamentam a clínica ampliada ou a clínica do sujeito, como a formação do vínculo terapêutico e do afetivo entre a equipe e o paciente, o profissional e o paciente; o seguimento longitudinal dos casos; a valorização da escuta e do diálogo entre os sujeitos da clínica; a articulação entre as dimensões biológica, psicológica e social na prática clínica; a superação da fragmentação do cuidado e a singularização do atendimento clínico (Campos; Amaral, 2007; Cunha, 2005). Por outro lado, pode-se perceber a dificuldade que experimentam para lidar com a autonomia do paciente, tema que deve merecer a atenção da coordenação da disciplina e um investimento na capacitação do corpo docente a esse respeito.

Verificou-se que os alunos, ao tratarem o acolhimento e o vínculo, fizeram-no para três diferentes tipos de encontros, em que atuaram como observadores ou como sujeitos: equipe-paciente, médico-paciente e aluno-paciente. No primeiro, equipe-paciente, os alunos, em sua escrita reflexiva, perceberam que o acolhimento e o vínculo são potencializados por práticas de cuidado que eram novas para eles: a visita domiciliar⁴ e as atividades de grupo com pacientes.

Cabe lembrar que o processo de trabalho na APS requer, dentre outros aspectos, uma escuta qualificada, a criação de espaço de acolhimento e o estabelecimento de vínculo com os pacientes (Merhy, 2002).

A visita domiciliar foi destacada pelos alunos pelo seu potencial de construção e fortalecimento do vínculo entre os sujeitos da clínica e também pela oportunidade que

4 Observe-se que, embora os alunos realizem visitas domiciliares de rotina nos dois primeiros anos da graduação, a visita no terceiro ano tem caráter mais clínico, o que a diferencia das anteriores.

oferece de conhecerem a realidade de vida da comunidade assistida, como também observado por outros autores (Marin et al., 2008; Massote, 2011).

A vivência dos encontros de grupo na UBS provoca um contraste com a assistência tradicional, centrada no médico, ao oportunizar aos alunos um espaço centrado nos sujeitos e no qual o médico não é a única voz autorizada.

Na observação da relação entre seu tutor-médico com o paciente, os alunos perceberam a importância do vínculo para ampliar a adesão ao tratamento e o sucesso terapêutico.

Na relação experimentada com os pacientes por meio das consultas clínicas, os alunos valorizaram a construção de uma relação de confiança e o estabelecimento de vínculo com os pacientes. No decorrer da disciplina, apontaram nas narrativas as facilidades e dificuldades para o estabelecimento de vínculo, mencionando com frequência os fatores positivos de uma relação estabelecida com afeto entre os sujeitos da clínica.

Nessa dimensão, os alunos consideraram a consulta de retorno e o seguimento longitudinal do paciente – estratégias pedagógicas da disciplina – como eventos novos e que fortalecem a formação do vínculo.

Os alunos reconhecem a longitudinalidade como uma característica da dimensão da prática na APS (Starfield, 2002) até então desconhecida para eles, considerando-se a sua vivência no hospital-escola: “O que mais achei interessante hoje foi acompanhar este paciente pela terceira vez”.

Essa construção de vínculo entre profissional e usuário é estratégica para a realização de uma clínica ampliada e essencial para a melhora da eficácia nas intervenções clínicas (Campos, 2007a). A escuta e o diálogo são valorizados pelo aluno na prática clínica e na relação médico-paciente. São abundantes nas narrativas reproduções do diálogo

estabelecido com o paciente, valorizando a escuta e a possibilidade de “dar voz” a ele.

A valorização da história de vida do paciente, o ouvir o paciente são dimensões da clínica ampliada (Campos, 2007a), objeto de ensino na disciplina. Para tal, propõe o uso, pelo aluno, do roteiro da anamnese ampliada como estratégia pedagógica e para levar a anamnese a aproximar-se de uma conversa na qual o paciente não tenha sua fala limitada, como ocorre na prática médica cotidiana.

Nas narrativas, os alunos valorizaram o uso da anamnese ampliada porque permite a eles realizar uma entrevista mais aberta, que os ajuda a reconhecer outros problemas, inclusive de natureza psicossocial, como a influência do emocional sobre o indivíduo, indo assim além do biológico e aproximando-se de uma prática mais próxima da clínica ampliada (Campos, 2007), na qual a atenção é produzida mediante uma atenção mais integral, com a construção de um vínculo afetivo e a abertura para o diálogo amplo (Hafner et al., 2010).

Os cadernos apontaram a intensidade com que os alunos são desafiados, em seus encontros com os pacientes, a desenvolver habilidades de comunicação: para uma melhor escuta, para conduzir um diálogo quando há resistência do paciente, para adequar sua linguagem técnico-científica de modo que sejam compreendidos e também para interpretar a narrativa de adoecimento apresentada pelo paciente.

Esse campo problemático fértil que a vivência clínica de seguimento (longitudinal) do paciente no tempo oferece ao aluno é essencial para o estabelecimento de diagnósticos que não se reduzam apenas àqueles fisiopatológicos, mas ajudem a construir um raciocínio clínico e psicossocial, dado que 80% das informações úteis a esse raciocínio são obtidas no diálogo com o paciente (Fornaziero et al., 2011).

O sucesso da clínica na Atenção Primária está vinculado à participação e à compreensão do sujeito doente, ao estabelecimento de diálogo entre os sujeitos, o que implica a disposição para a escuta (Cunha, 2005).

Como visto, as narrativas dos alunos expressam o reconhecimento de outros determinantes no processo saúde-doença-cuidado, não somente os biomédicos e o esforço para superar a fragmentação do cuidado. Vários autores (Massote, 2010; Ferreira, 2007; Vieira, 2007) reconhecem a contribuição do ensino na APS para a ampliação do olhar dos alunos e a valorização dos determinantes psicossociais do adoecimento, dada a sua expressão na demanda por atenção nesse nível de atenção à saúde. Pode-se afirmar que essa percepção da realidade de vida da comunidade assistida pode resultar numa aprendizagem significativa (Marin, 2007).

As narrativas não permitem apenas identificar avanços na aprendizagem dos alunos, mas também obstáculos a serem transpostos para uma prática efetiva da clínica ampliada. Um dos motivos é que ainda mostra-se difícil para os alunos reconhecer o protagonismo dos pacientes, lidar com pacientes difíceis, mal-humorados ou que fogem à norma médica, com comportamento “não adequado”. A interpretação das narrativas permite afirmar que eles preferem atender aquele paciente “bonzinho”, obediente e que segue as prescrições médicas fielmente, como bem expresso neste trecho de um caderno: “Estou com sorte na IUSC até agora, por só ter atendido pacientes legais”.

Em muitas narrativas, os alunos deixaram de considerar como um “dia produtivo” aquele em que tiveram bom desempenho ou o possível sucesso terapêutico foi alcançado. Limitaram-se a apontar que o encontro foi positivo quando o paciente relatou ter seguido a prescrição, fez elogios a eles, respondeu amigavelmente a todas as perguntas e não teve pressa de ir embora.

Essa dificuldade dos alunos pode ser mais bem compreendida ao se considerar as relações de poder que se estabelecem no hospital entre médicos e pacientes, de natureza bastante vertical e restritiva da autonomia, pelas quais o médico prescreve e o paciente obedece, e a presença ainda hegemônica do ambiente hospitalar na formação médica, o que contrasta com o espaço da Atenção Primária, “na qual o poder do médico e de outros profissionais”, em relação aos usuários, “é muito menor [...] sendo impossível uma intervenção efetiva sem conquistar a participação e a compreensão das pessoas” (Cunha, 2005, p.26).

Por outro lado, nas narrativas os alunos expressam intensamente os sentimentos mais variados – ansiedade, alegria, tristeza, satisfação, insatisfação, compaixão, comoção, medo, insegurança, pena – experimentados em diferentes contextos, seja no encontro com o paciente ou na percepção de sua situação ou das restrições observadas na assistência ofertada a ele, entre outros.

Em geral, a alegria e felicidade estão presentes no registro da evolução positiva do quadro clínico, do sucesso terapêutico e da empatia na relação médico-paciente. A tristeza é parte da despedida do último encontro com o paciente, e a comoção costuma manifestar-se com o reconhecimento dos problemas sociais que afetam a vida dele. Já a preocupação com o quadro clínico transforma-se em tranquilidade e alegria com o sucesso da terapêutica indicada. A pena ou comoção é a expressão de um “colocar-se no lugar do outro”, e o medo, a expressão de identificação com a situação do outro quando esta se aproxima de fatos ou vivências da vida pessoal do aluno.

Sentimentos como pena, angústia e sensação de impotência estão muito ligados à percepção dos problemas sociais e sua relação com a doença do paciente. Em geral, são casos que os alunos julgam ter pouca capacidade de resolver. Por vezes, esses sentimentos também se ex-

pressam quando eles não conseguem passar confiança ao paciente ou resolver o problema de saúde dele e alcançar a cura.

Aqui cabe reconhecer novamente as diferenças entre o espaço da clínica no hospital e na Atenção Primária e o possível impacto disso na percepção do aluno. Se na Atenção Primária o compromisso é com uma melhor qualidade de vida do paciente e o resultado esperado com a terapêutica é a médio e longo prazo, na atenção hospitalar o critério de eficácia é a própria alta hospitalar, embora a resolução do problema muitas vezes seja parcial e o paciente continue seu seguimento na unidade de saúde (Cunha, 2005).

A insegurança e a ansiedade estão muito relacionadas à vivência das primeiras consultas, diante da limitada habilidade em um saber fazer clínico e/ou em um saber comunicar-se com o paciente e o acompanhante. Ao longo do tempo, esses sentimentos, com o aprendizado, a construção de vínculo e a conquista da confiança do paciente, são substituídos pelo sentimento de segurança.

Embora os alunos não o expressem, é interessante observar que o paciente também experimenta diferentes sentimentos e expectativas no encontro com o médico (aluno): ser querido, aceito, não se sentir rejeitado. Para o médico, entre suas expectativas e temores está o desafio do cumprimento do seu papel como profissional.

A impaciência e a revolta foram mencionadas, nas narrativas, em situações em que o paciente omite fatos, não conta a verdade ou busca a consulta médica com outros interesses que não os terapêuticos, o que leva os alunos a fazerem um julgamento moral de sua conduta. Há o reconhecimento, na literatura, de que a ocorrência desse tipo de conduta por parte de médicos e outros profissionais de saúde é frequente no cotidiano da assistência, embora sejam escassos os estudos a respeito de seu impacto e

prevalência (Hill, 2010). Dado o impacto negativo dessa atitude para uma prática que se pretende de clínica ampliada, é relevante seu reconhecimento, bem como a formação dos professores-tutores para lidar com esses juízos que, com o caderno do aluno, vêm à luz.

Os alunos, ao descreverem os encontros e expressarem seus sentimentos, deixaram claro, em muitos momentos, a busca pela construção de vínculo com o paciente e o valor que dão ao diálogo e à escuta. Muitas vezes, associam a conquista do vínculo à adesão à prescrição médica e ao sucesso terapêutico.

Em síntese, as narrativas dos alunos expressam uma atividade viva, intensa, num ambiente real, ou seja, com encontros e desencontros, mas sobretudo com uma relação menos desigual, diferente daquela com que estamos mais acostumados a presenciar na prática clínica cotidiana entre os diferentes profissionais de saúde e os usuários.

O caderno do aluno na avaliação formativa

Outra temática muito presente nas narrativas, como vimos, diz respeito ao aprendizado do aluno e ao seu progresso na disciplina. No caderno, os alunos descrevem o seu aprendizado técnico (procedimentos e condutas), o exercício de diferentes tipos de abordagens, de comportamentos, e os aspectos relacionais (relação médico–paciente).

As narrativas dos alunos permitem acompanhar o desenvolvimento deles no cotidiano da clínica. Ao mesmo tempo que eles descrevem nelas o seu aprendizado e o seu crescimento, também fazem reflexões sobre as suas dificuldades e os seus enfrentamentos na disciplina.

O caderno como instrumento de avaliação formativa e a metodologia avaliativa da disciplina merecem destaque em

nossa discussão, uma vez que um dos objetivos do nosso trabalho foi mostrar a potencialidade do caderno do aluno como instrumento de avaliação formativa. Usado no dia a dia, na disciplina IUSC III, o caderno proporciona tanto aos alunos como ao tutor a oportunidade de acompanhar continuamente o seu desempenho nas atividades propostas na disciplina.

Orientados a escrever no caderno a respeito do seu aprendizado diário, das suas facilidades e dificuldades, os alunos, através das narrativas, revelam a maneira como se dá o seu processo de aprendizagem, além de colocar-se como sujeitos desse processo.

Como já observamos, o uso do caderno é coerente com as metodologias problematizadoras de ensino–aprendizagem utilizadas na disciplina, ao colocar o aluno como sujeito do seu processo de aprendizagem (Gomes et al., 2010; Araújo; Peixinho, 2006; Mourão et al., 2009).

A avaliação formativa é definida como aquela realizada ao longo de todo o processo de ensino–aprendizagem (Mourão et al., 2009). Permite o acompanhamento longitudinal e individual dos alunos (Gomes et al., 2010) e tem como objetivo aprimorar as aprendizagens almejadas, mediante um processo de regulação permanente realizado por aquele que aprende (Romanowski et al., 2006, p.126).

Um dos fundamentos da prática da avaliação formativa é considerar como parte do processo avaliativo a perspectiva daquele que aprende (Mendes, 2005), e vários autores consideram fundamental a técnica de autoavaliação nesse processo (Domingues et al., 2007; De Sordi, 2000; Moura, 2007). “A autoavaliação, de forma complementar, contribui para o processo de aprendizagem contínua, pois auxilia os alunos a identificarem seus pontos fortes e fracos, sendo o seu exercício uma valiosa intervenção para o desenvolvimento e habilitação profissional do médico” (Domingues et al., 2007).

No caderno dos alunos, foi possível identificar um processo contínuo de autoavaliação. A todo momento, ao relatarem a atividade desenvolvida, eles descrevem o seu desempenho. Muitos identificam os seus erros e imediatamente propõem estratégias para solucioná-los, como: “preciso estudar mais”.

A autoavaliação permite ao aluno acompanhar de forma reflexiva o seu aprendizado, identificar as suas necessidades e pensar em estratégias para superar as dificuldades, segundo Domingues et al. (2007). Este autor sugere que o momento ideal para implantar a autoavaliação no curso de Medicina é no início do estágio clínico, quando o aluno, ao cuidar do outro, pode usar esta experiência como um guia de avaliação dos próprios conhecimentos.

Também faz parte do processo de avaliação formativa uma devolutiva aos alunos (Zeferino et al., 2007), para que eles tenham direcionamento para corrigir seus erros, reforçar comportamentos e refletir com o professor sobre o seu desempenho na prática clínica.

Os cadernos não contêm apenas descrições do desempenho do aluno. Como vimos, são ricos em autoavaliação e também trazem avaliações da disciplina e de algumas atividades. Em alguns momentos, os alunos fazem críticas e oferecem sugestões, de acordo com as suas percepções.

Para concluir este tópico, é possível afirmar que o caderno do aluno possui grande potencial como instrumento de avaliação formativa, pois atende aos critérios que a caracterizam. O que não é possível afirmar, pois foge aos nossos objetivos, é o quanto mostra-se ou não apropriado como instrumento de avaliação formativa pelo corpo docente da disciplina. Não há relatos, nos cadernos, de mudanças ou permanências de comportamentos, de atitudes diante do paciente, a partir da reflexão conjunta com o tutor. Tal questionamento decorre sobretudo do fato de que grande número de cadernos não foi localizado

(49,4% do ano de 2009, praticamente metade do material, e 25% do ano de 2010), o que nos leva à hipótese de que não foram preenchidos pelos alunos ou não voltaram para o tutor ao final da disciplina. Outro fato que chama a atenção são os cadernos preenchidos de maneira inadequada, com registros de pouca densidade do começo ao fim, com anotações precárias, que não contemplam as perguntas orientadoras, sem nenhuma reflexão por parte do aluno e com poucas páginas preenchidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação que deu origem a este livro permitiu reconhecer o caderno do aluno como um potente instrumento para o processo ensino–aprendizagem na disciplina IUSC III, dada a riqueza do seu conteúdo nas esferas afetiva, pedagógica, cognitiva e comunicacional, aqui separadas apenas didaticamente, pois estão sempre misturadas umas às outras.

Chamam a atenção as narrativas carregadas de emoções, provocadas pelas vivências cotidianas na clínica, em especial as que tratam do encontro com o paciente, a descoberta de sua condição de saúde e vida e seu seguimento no tempo.

Na esfera pedagógica, os cadernos apresentam abundantes exemplos de um aprendizado significativo facultado aos alunos pela vivência na disciplina IUSC III, em particular de suas estratégias pedagógicas, o que nos leva a recomendar a continuidade do uso dessas estratégias e o aprimoramento de algumas delas.

A análise dos cadernos permitiu reconhecer o seu grande potencial como instrumento de avaliação formativa, tanto para os alunos como para os professores-tutores

e preceptores-tutores. Cabe ainda observar que os alunos tratam, em suas narrativas, de questões de caráter mais íntimo, expõem sentimentos, relatam dificuldades de relacionamento com colegas que talvez não expusessem numa discussão aberta.

O conteúdo temático dos cadernos, pela sua riqueza, pode se constituir num importante recurso para que a equipe de coordenação da disciplina trabalhe o processo de supervisão e formação de docentes, no desenvolvimento e aperfeiçoamento de instrumentos e estratégias pedagógicas.

Também é significativo perceber, nas narrativas, a apropriação pelo aluno de conceitos e práticas da Atenção Primária à Saúde e da clínica ampliada, esta última reconhecida por manifestações de uma vivência bastante humanizada e pautada na construção de vínculo e afeto.

Nesse sentido, a disciplina pode contribuir para que o aluno apreenda a diferença de objeto e enfoque das práticas de atenção realizadas no hospital e na Atenção Primária à Saúde, daí recomendar-se maior investimento nela. Destaque-se especialmente a valorização da autonomia dos pacientes e as diferenças das clínicas do hospital e das Unidades Básicas de Saúde.

A expressão do sentimento de impotência pelo aluno diante dos problemas dos pacientes, sobretudo os sociais, requer reconhecer as singularidades da prática na Atenção Básica, entre elas, a de constituir-se como um espaço de fronteira entre os “problemas de vida” e a “patologia” (Teixeira, 2005). Isso leva essas dimensões sociais, em geral ausentes da história do paciente no ambiente hospitalar, a fazer parte do cotidiano de trabalho dos profissionais na Atenção Primária, o que recomendaria uma abordagem desses problemas com os alunos sob uma perspectiva individual e coletiva.

As narrativas também são ricas em relatos sobre a dimensão comunicacional, com grande destaque para o encontro aluno–paciente: as dificuldades dos alunos em abordar pacientes “difíceis”, a adequação da linguagem, o potencial da escuta e do diálogo com os pacientes.

Os registros nos cadernos sugerem que a integração do aluno com a equipe da unidade ainda é restrita, aspecto importante para a prática de uma clínica ampliada, visto serem poucas as referências aos outros membros da equipe, com expressiva centralidade no papel do médico.

Considerando que os alunos, em suas narrativas, com frequência expõem sentimentos de ansiedade e impotência diante de problemas dos pacientes, com possíveis resultados no médio e no longo prazo, característica inerente à Atenção Primária, cabe pensar em um maior esforço da disciplina para que a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) seja incorporado à prática dos tutores.

Pode-se concluir, a partir do estudo realizado, que o diário de campo – caderno do aluno – na disciplina IUSC III apresenta grande potencial no cenário de ensino–aprendizagem para os diversos atores envolvidos: alunos, tutores e equipe de coordenação, assumindo para cada um deles um papel significativo e singular.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE, C. P. *Ensino e aprendizagem em serviços de Atenção Básica do SUS: desafios da formação médica com a perspectiva da integralidade. "Narrativas e tessituras"*. Rio de Janeiro, 2007. 303f. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- ALMEIDA, M. J. *Educação médica e saúde: a mudança é possível*. 2.ed. Rio de Janeiro: Abem, 2011.
- _____; GONZÁLES, A. D. Ativação de mudança na formação superior em saúde: dificuldades e estratégias. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.34, n.2, p.238-46, 2010.
- ALVES, A. L. *O internato rural na formação médica na UFMG: um estudo qualitativo*. Ribeirão Preto, SP, 1996. 176f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- ANJOS, R. M. P. et al. "Vivendo o SUS": uma experiência prática no cenário da Atenção Básica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.34, n.1, p.172-83, 2010.
- ANTUNES, J. L. *A nova Medicina*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2012.
- ARAÚJO, D. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v.31, supl.1, p.20-31, 2007.

- _____.; PEIXINHO, A. L. Avaliação qualitativa em Medicina: experiência em propedêutica médica na UFB, 2003. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.30, n.2, p.20-30, 2006.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BLANK, D. A propósito de cenários e atores: de que peça estamos falando? Uma luz diferente sobre o cenário da prática dos médicos em formação. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.30, n.1, p.27-31, 2006.
- BRASIL. *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional*. LDB – Lei n. 9.394/96. LDB atualizada 2011. MEC – LDB atualizada e comentada, 2003.
- _____. Presidência da República. Lei n. 9394, de 20 de dezembro de 1996. Estabeleceu as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/>>. Acesso em: 30/8/2012.
- _____. Ministério da Saúde. *Cartilha da clínica ampliada*. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 59p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- _____. Presidência da República. *Lei n. 8080*, de 19 de setembro de 1990.
- _____. Ministério da Educação. *Parecer CNE/CES n. 1.133* de 7 de agosto de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasília: Ministério da Educação, 2001.
- _____. Ministério da Educação. *Promed – Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sgtes>>. Acesso em: 30/8/2012.
- _____. Ministério da Saúde. *PET-Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho – Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sgtes>>. Acesso em 30/8/2012.
- _____. Ministério da Saúde. *Pró-Saúde – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sgtes>>. Acesso em: 30/8/2012.
- CABRAL, P. E. et al. Serviço e comunidade, vetores para a formação em saúde: o curso de Medicina da Uniderp. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.32, n.3, p.374-82, 2008.

- CAMARGO Jr., K. R. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERK/IMS/Abrasco, 2003. p.35-41.
- CAMPOS, G. W. S. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v.15, n.1, p.187-93, 1999.
- _____. Papel da Rede de Atenção Básica em Saúde na formação médica. Diretrizes. *Cadernos da Abem*, v.3, p.1, 2007a.
- _____. *Saúde Paideia*. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2007b.
- _____; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.12, n.4, p.849-59, 2007.
- CAMPOS, M. A. F.; FORSTER, A. C. Percepção e avaliação dos alunos do curso de Medicina de uma escola médica pública sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.32, n.1, p.83-9, 2008.
- CAPOZZOLO, A. A. *No olho do furacão: trabalho médico e o Programa Saúde da Família*. Campinas, SP, 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas.
- CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto & Contexto – Enfermagem*, v.4, n.15, p.679-84, 2006.
- CHARON, R. *Narrative Medicine: honoring the stories of illness*. Nova York: Oxford University Press, 2006.
- _____. Narrative Medicine. A model for empathy. Reflection, profession and trust. *Jama*, 2001, 286(15): 1.897-902. (Reimp.).
- CUNHA, G. T. *A construção da clínica ampliada na Atenção Básica*. São Paulo: Hucitec, 2005. 212p.
- _____. Primeiros passos: constituição do ensino extramuros na Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu. In: _____; MAGALDI, C. *Saúde e comunidade: 30 anos de experiência em extensão universitária em saúde coletiva*. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, 2002. p.20. (Cultura Acadêmica).

- _____; HOKAMA, P. O. M. *Guia para orientação na Atenção Primária à Saúde*. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp, 2009.
- _____. et al. Em busca da recomposição da arte do cuidado e do fazer/aprender: a interação universidade, serviço e comunidade na Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp. In: PINHEIRO, R.; CECIM, L.; MATTOS, R. A. (Org.). *Ensino-trabalho e cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj: Cepesq: Abrasco, 2006, p.71-84.
- _____; RIZZATTO, A. B. P. Contribuição à mudança curricular na graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu. *Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil*, v.4, n.1, p.59-69, 2004.
- DE SORDI, M. R. L. Problematizando o papel da avaliação da aprendizagem nas metodologias inovadoras na área da saúde. *Revista de Educação PUC-Campinas*, n.9, p.52-61, dez. 2000.
- DHEIM, G. *Pausa! Clínica. Clínica política. Clínica ampliada: a produção do sujeito autônomo*. Porto Alegre, 2010. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica.
- DOMINGUES, R. C. L.; AMARAL, E.; ZEFERINO, A. M. B. Autoavaliação e avaliação por pares – Estratégias para o desenvolvimento profissional do médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.31, n.2, p.173-75, 2007.
- FAVORETO, C. A. O. *A narrativa na e sobre a prática clínica na Atenção Primária: uma reflexão sobre o modo de pensar e agir dirigido pelo diálogo à integralidade e ao cuidado em saúde*. Rio de Janeiro, 2007. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro.
- _____. A prática clínica e o desenvolvimento do cuidado integral à saúde no contexto da Atenção Primária. *Rev. APS*, v.11, n.1, p.100-8, 2008.
- FERREIRA, R.; SILVA, R. F.; AGUERA, C. B. Formação médica: a aprendizagem na Atenção Básica em Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.31, n.1, p.52-9, 2007.
- FEUERWERKER, L. C. M. *Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados*. Rio de Janeiro: Hucitec, 2002. 306p.

- _____; SENA, R. R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. *Interface (Botucatu)*, v.6, n.10, p.37-50, 2002.
- FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, v.24, n.1, p.17-27, 2008.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- FREITAS, M. E. A.; SPAGNOL, C. A.; CAMARGOS, A. T. Observação e diário de campo: técnicas utilizadas no estágio da disciplina em enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem*, v.20, n.1, 2, 3, p.11-8, 2006.
- FORNAZIERO, C. C.; GORDAN, P. A.; GARANHANI, M. L. O processo de ensino-aprendizagem do raciocínio clínico pelos estudantes de Medicina da Universidade Estadual de Londrina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.35, n.2, p.246-53, 2011.
- GOMES, A. P. et al. Avaliação no ensino médico: o papel do portfólio nos currículos baseados em metodologias ativas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.34, n.3, p.390-6, 2010.
- HAFNER, M. L. M. B. et al. A formação médica e a clínica ampliada: resultados de uma experiência brasileira. *Ciências & Saúde Coletiva*, v.15, supl.1, p.1.715-24, 2010.
- HILL, T. E. How clinicians make (or avoid) moral judgments of patients: implications of the evidence for relationships and research. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, v.5, n.11, 2010. Acesso em: 4 abr. 2011. Disponível em: <http://www.peh-med.com/content/5/1/11>
- HURWITZ, B. Narrative [in] Medicine. In: _____.; SPINOZZI, P. (Ed.). *Discourses and Narrations in the Biosciences*. Interfacing Science, Literature, and the Humanities. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2011.
- LAUNER, J. *Narrative-based Primary Care: A Practical Guide*. Oxon: Radcliffe Medical Press, 2002.
- LIMA, T. C. S. et al. A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações acerca do diário de campo. *Revista Textos e Contextos*, v.36, n.1, p.93-104, 2007.

- MARQUES, L. P.; OLIVEIRA, S. P. P. Paulo Freire e Vygotsky: reflexões sobre a educação. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL PAULO FREIRE, 5., 2005, Recife. *Memórias dos Colóquios On-line...* Recife, 2005.
- MARIN, M. J. S. et al. Aprendendo com a prática: experiência de estudantes da Famema. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.31, n.1, p.90-6, 2007.
- MASSOTE, A. W.; BELISÁRIO, S. A.; GONTIJO, E. D. Atenção Primária como cenário de prática na percepção do estudante de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.35, n.4, p.445-53, 2010.
- MENDES, O. M. Avaliação formativa no ensino superior: reflexões e alternativas possíveis. In: VEIGA, I. P. A. et al. *Currículo e avaliação na educação superior*. São Paulo: Junqueira e Marin, 2005, p.175-97.
- MEHRY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7.ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2000.
- MOURA, A. C. S. *Um estudo sobre avaliação da aprendizagem em cursos de graduação da Universidade Estadual de Londrina*. Campinas, SP, 2007. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica.
- MOURÃO, M. G. M. et al. A avaliação no contexto da formação médica brasileira. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.33, n.3, p.1-20, 2009.
- OLIVEIRA, N. A. et al. Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do Pro-med. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.32, n.3, p.333-46, 2008.
- PERRENOUD, P. *Da excelência à regulação das aprendizagens: entre duas lógicas*. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- PINHO, F. F.; MOLON, S. I. *Os bastidores do diário de campo: um instrumento de pesquisa qualitativa*. SEMINÁRIO DE PESQUISA QUALITATIVA – FURG, 13 a 15 de julho de 2011.
- RIOS, I. C. *Humanização e humanidades em medicina – a formação médica na cultura contemporânea*. São Paulo: Unesp, 2012.

- ROMANOWSKI, J. P.; WACHOWICZ, L. A. Avaliação formativa no ensino superior: que resistências manifestam os professores e os alunos? In: ANASTASIOU, L. G. C. et al. *Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula*. 6.ed. Joinville: Univale, 2006, p.121-39.
- SÁ SILVA, J. R. et al. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, v.1, n.1, 2009.
- SCHRAIBER, L. B. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993.
- SILVA, K. B. *Avaliação formativa e reguladora na educação superior*. Uberaba, 2006. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal do Triângulo Mineiro.
- SILVEIRA, R.; LEAL, O.; LOFEGO, J. Saúde da família no curso de Medicina da Universidade Federal do Acre. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTO, R. A. *Ensino – Trabalho – Cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj: Cepesq: Abrasco, 2006, p.15-32.
- STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviço e tecnologia*. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002. 76p.
- TEIXEIRA, R. R. O desempenho de um serviço de Atenção Primária à Saúde na perspectiva da inteligência coletiva. *Interface (Botucatu)*, v.9, n.17, p.219-34, 2005.
- TRAJMAN, A. et al. A preceptoria na rede básica na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.33, n.1, p.24-32, 2009.
- TRONCON, L. E. A. Avaliação do estudante de Medicina. *Medicina, Ribeirão Preto*, v.29, p.429-39, 1996.
- _____. O ensino clínico na comunidade. *Medicina, Ribeirão Preto*, v.32, p.335-44, 1999.
- UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA – UNESP. Faculdade de Medicina. *Programa da Disciplina IUSC 3º ano*. Botucatu, 2010.
- _____. Faculdade de Medicina de Botucatu. *Programa da Disciplina IUSC 3º ano*. Botucatu, 2012.

VIEIRA, J. E. et al. Instalação da disciplina de Atenção Básica em Saúde na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2003-2006). *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.31, n.3, p.236-44, 2007.

ZEFERINO, A. M. B. et al. *Feedback* como estratégia de aprendizado no ensino médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.31, n.2, p.176-79, 2007.

WIKIPEDIA. William Osler. Wikipedia, The Free Encyclopedia. Disponível em: http://en.wikipedia.org/w/index.php?title=William_Osler&oldid=559607448. Acesso em: 2 abr. 2013.

SOBRE OS AUTORES

Antonio de Padua Pithon Cyrino. Graduado em Medicina, com mestrado e doutorado em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Professor-assistente doutor da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Editor da revista *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. Pós-doutorando do Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade de Brasília – UnB.

Daniele Cristina Godoy. Graduada em Fisioterapia pela Universidade Estadual de Londrina (1999). Mestre e doutoranda em Saúde Coletiva pela FMB/Unesp. Fisioterapeuta do Centro de Saúde Escola – Unidade Auxiliar da FMB – Unesp – Botucatu desde 1999. Atuou como preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Faculdade de Medicina de Botucatu de 2008 a 2013.

SOBRE O LIVRO

Formato: 12 x 21 cm

Mancha: 20,4 x 42,5 paicas

Tipologia: Horley Old Style 10,5/14

EQUIPE DE REALIZAÇÃO

Coordenação Geral

Maria Luiza Favret

ISBN 978-85-7983-468-4



9 788579 834684

CULTURA
ACADÊMICA 
Editora