

Superação de Dificuldades no Ensino da Prática Médica em Atenção Primária à Saúde

Overcoming the Difficulties of Teaching Medical Practice in Primary Health Care

Reinaldo José Gianini¹

PALAVRAS-CHAVE:

- Educação Médica – Tendências;
- Atenção Primária à Saúde;
- Promoção da Saúde;
- Medicina Preventiva.

KEY-WORDS:

- Education, Medical – Trends;
- Primary Health Care;
- Preventive Medicine – Education.

RESUMO

A importância da prática em atenção primária à saúde para o ensino médico tem sido cada vez mais reconhecida. Este relato traz uma reflexão sobre as dificuldades geradas pelo modelo hospitalar de atenção à saúde ao ensino de uma abordagem integral com ênfase na prevenção. Tais dificuldades se referem a três categorias principais: Focalização x Integralidade, Ideologia x Pragmatismo, e Trabalho Intelectual x Manual. Por meio da exposição e do debate destas dificuldades com os alunos, criou-se a possibilidade de superá-las, mostrando que um cuidadoso planejamento docente é necessário para reverter o modelo de atenção baseado na prática hospitalar. Satisfeita esta condição, os resultados parecem promissores.

ABSTRACT

The importance of practical experience with primary healthcare for medical education has been increasingly recognized. This report is a reflection on overcoming difficulties produced by the hospital-based healthcare model for teaching a comprehensive and preventive model of care. Such difficulties involve three main categories: Targeting vs. Comprehensiveness, Ideology vs. Pragmatism, and Intellectual vs. Manual Work. In the experience reported here, identifying and debating these difficulties with students created the possibility of overcoming them. Thus, a careful teaching plan is needed to change the hospital-based model. When this condition is met, it appears possible to achieve the desired results.

Recebido em: 10/12/2003

Reencaminhado em: 06/05/2004

Aprovado em: 30/09/2004

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, temos assistido à conjunção de vários fatores que conduzem à busca de um novo ensino médico, mais adequado à realidade social.

Em 1988, tivemos a promulgação da nova Constituição, e com ela a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que contém os princípios de equidade no acesso, universalidade, integralidade e controle social da atenção à saúde¹.

A declaração de Edimburgo sobre o ensino médico data também desse ano, e recomenda, entre outros aspectos, ampliar os locais de práticas para além dos hospitais e assegurar que os programas de ensino reflitam as prioridades de saúde nacionais².

Desde sua criação, em 1991, o Conselho Nacional de Saúde tem discutido a necessidade de integrar as escolas médicas no trabalho de construção e fortalecimento do SUS, o que implica a reorientação de ensino, pesquisa e extensão³.

Em 1995, tendo se consolidado, a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem) realizou diversas avaliações e oficinas de debate sobre o ensino médico, apontando a necessidade de ênfase no ensino da prática médica em atenção primária à saúde⁴.

Este processo de mudança na concepção do ensino médico se cristaliza nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, que procuram contemplar esta preocupação referente à quebra do modelo de ensino hospitocêntrico e dissociado da nossa realidade social⁵.

Portanto, podemos afirmar que as instituições superiores, responsáveis por saúde e educação em nosso país, têm insistido na atenção primária como cenário de práticas para a formação do médico.

A Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, a primeira escola médica no Brasil localizada fora de capitais de Estado, criada em 1951, carrega em sua história um perfil semelhante ao da maioria das escolas tradicionais. Apresenta as características do modelo flexneriano e ensino centrado no hospital. Entretanto, a partir de 2002, a FCM Sorocaba passou a inserir, em seu programa de ensino, atividades que contemplassem as diretrizes do MEC⁶.

Entre as diversas atividades inseridas está a ampliação do internato, de um ano para um ano e meio, destinado às turmas que ingressaram no curso de medicina a partir de 1998. Como parte do estágio em Clínica Médica, neste internato foi implementado um estágio em Saúde Coletiva, que inclui atividades práticas em um Centro de Saúde Escola.

No entanto, este novo campo de ensino é profundamente distinto do ambiente ao qual os alunos estavam acostumados, um hospital terciário de alta complexidade. Por esta razão,

criou-se uma situação em que, inicialmente, surgiram importantes dificuldades no ensino-aprendizagem da atenção primária à saúde.

OBJETIVOS

Descrever e analisar as dificuldades observadas no processo de ensino-aprendizagem da abordagem integral em saúde com ênfase na prevenção e enunciar suas formas de superação.

MÉTODOS

O estágio de Clínica Médica tem 160 horas no total, sendo 80 horas de Saúde Coletiva, 48 horas de atendimento médico em atenção primária à saúde, 16 horas em atividades de visita domiciliar a pacientes de risco residentes na área de abrangência do CS Escola e 16 horas em atividades de Vigilância em Saúde. Os estudantes que cumprem este estágio pertencem ao 5º ano do curso médico, 10º semestre letivo. Em 2002, as turmas eram de 16 alunos, divididas em quatro grupos de quatro alunos. Cada grupo dispunha de um consultório para atender pacientes que estavam à procura de clínico geral. Cada grupo atendia, em média, um paciente por hora-aula e era supervisionado por um docente da disciplina de Medicina Preventiva.

Este relato se refere à primeira turma que cumpriu o estágio, em julho-agosto de 2002. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com observação participante⁷. A partir da percepção contínua dos problemas pelo docente, de modo subjetivo e com base em sua experiência e conhecimento em atenção primária à saúde, foi realizado um registro escrito. Esta listagem de problemas foi posteriormente organizada segundo critérios de similaridade ou diferença, e os problemas foram agrupados em temas e categorias, sob a luz da literatura geral acumulada sobre o assunto. Estas categorias foram tratadas dialeticamente e debatidas com estes alunos para se verificar o reconhecimento dos problemas^{8,9}.

Este trabalho apresenta a seleção dos temas que mais causaram impacto na percepção do docente, uma reflexão sobre os fatores associados às dificuldades encontradas e a identificação das formas de intervenção utilizadas para superá-las.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observou-se que os estudantes iniciavam o estágio atuando de acordo com um modelo aprendido no hospital, altamente hierarquizado, fragmentado e especializado. Este comportamento era inadequado ao novo cenário, caracterizado por baixa incorporação de tecnologia, diversidade de problemas de saúde, trabalho de equipe e integração com a comuni-

dade. As dificuldades observadas, que resultaram em três categorias principais, e seus respectivos temas são apresentados a seguir:

Focalização *versus* Integralidade

No currículo tradicional há uma tendência à focalização de problemas, seja no ciclo básico ou clínico. Assim, o estudo de algumas disciplinas se dá por sistemas ou aparelhos, dividindo-se o ser humano segundo critérios anatômico-funcionais, ou ainda, dividindo-se as doenças que acometem os seres humanos em diversos grupos segundo critérios etiológicos. Existe, também, uma clara divisão entre as disciplinas que abordam o indivíduo, do ponto de vista clínico, e as disciplinas que abordam o social, do ponto de vista coletivo.

Os reflexos destas divisões são visíveis não apenas no corpo teórico das disciplinas e se refletem na organização dos serviços e setores existentes no hospital. Assim, os espaços existentes para as enfermarias e ambulatórios são divididos por especialidades médicas, e isto é particularmente muito bem desenvolvido em um hospital de alta complexidade. Portanto, nos quatro primeiros anos do curso, os alunos foram acostumados a focalizar problemas e aprofundar-se neles no sentido da particularização. Para a adequada abordagem integral com ênfase na prevenção, as seguintes polaridades tiveram que ser expostas, debatidas e superadas:

“Diagnóstico biológico ou socioambiental?”

Havia uma tendência a valorizar diagnósticos anatômicos, funcionais (orgânicos ou psíquicos) e etiológicos, em detrimento do diagnóstico social, comportamental e ambiental. Neste sentido, resgatou-se a importância, fundamental, de conhecer a vida do paciente antes de tomar qualquer decisão diagnóstica ou terapêutica. Quais eram suas atividades diárias, como era sua família e círculo social, sua moradia, quais eram suas condições socioeconômicas, hábitos, etc. Na formulação da hipótese diagnóstica e conduta, passou-se a exigir que estes pontos fossem contemplados.

“Ênfase na queixa ou abordagem integral?”

Os alunos apresentavam uma enorme ansiedade para resolver rapidamente a queixa do paciente. Apesar de se procurar satisfazer o paciente em relação à queixa — afinal foi o motivo que o levou à consulta —, os alunos foram constantemente lembrados da importância do Interrogatório sobre os Diferentes Aparelhos (IDA), principalmente considerando o sexo e a idade do paciente como ferramenta auxiliar de orientação para o rastreamento de doenças muito prevalentes em

determinados grupos. O mesmo raciocínio orientou o exame físico. Assim, várias doenças assintomáticas passaram a ser diagnosticadas.

“Resolução do caso por especialista ou generalista?”

Outra dificuldade observada foi certa tendência dos alunos a propor consultas com especialistas como a resolução mais adequada para a maioria dos casos. O exercício desenvolvido neste aspecto obedeceu à seguinte norma: “Se for necessário encaminhar ao especialista, antes temos que elaborar algumas hipóteses diagnósticas e tentar eliminar algumas delas, utilizando os meios de que dispomos. E, quando formos encaminhar, assim o faremos porque não temos como confirmar determinada hipótese diagnóstica ou não temos recursos instalados para tratar o paciente portador deste problema”. Esta norma fez com que vários pacientes tivessem seu problema resolvido no próprio Centro de Saúde, dada a reflexão à qual os alunos eram obrigados e seu conseqüente ganho de conhecimento.

“Prescrição de medicamentos ou mudança de hábitos?”

Ao se estabelecerem condutas, havia uma ênfase nos medicamentos em detrimento das mudanças de hábito relativas a dieta, atividade física, atividade social, tabagismo, alcoolismo, ergonomia, etc. Constantemente, este enfoque tinha que ser exigido para que se retomasse a questão da prevenção. Outro modo de enfrentar esta questão era a discussão da real efetividade dos medicamentos, com base na Medicina Baseada em Evidências.

Ideologia *versus* Pragmatismo

Na passagem do ciclo clínico para o profissional, o aluno começa a colocar em prática a teoria que aprendeu nos quatro anos anteriores. Assim, um desajuste inicial é esperado no sentido de desejarem aplicar tudo o que aprenderam. Mas a realidade apresenta seus limites, que devem ser trabalhados construtivamente para que não se tornem motivo de frustração.

“Fazer o ideal ou o possível?”

O paciente no ambiente hospitalar está separado de seu meio e, quando está internado, fica sob o controle dos profissionais de saúde. Mesmo os pacientes dos ambulatórios de especialidades, em virtude da gravidade dos problemas que apresentam, tendem a se subordinar mais naturalmente à equipe médica. Nestes ambientes contam com o suporte institucional. Os pacientes do Centro de Saúde, entretanto, estão den-

tro de seu meio, o que lhes dá maior grau de liberdade e menor possibilidade de controle por parte da equipe de saúde. Some-se a isto a escassez de recursos destes pacientes para o enfrentamento da doença e temos um quadro onde o ideal a ser feito é bem distante do possível. Isto pode acarretar profundos sentimentos de frustração nos alunos e levá-los à imobilidade ou ao derrotismo. A pior consequência disto seria a desqualificação da atenção primária. É necessário analisar bem a situação, levando-se em conta sua evolução em longo prazo, e valorizar pequenos ganhos, passíveis de verificação.

“Agir metódica ou naturalmente?”

Ao realizarem a anamnese e o exame físico, os alunos tinham um comportamento muito metodizado, pouco natural, pois estavam motivados pelo desejo de fazer a coisa certa, de não esquecer nada importante. Isto acabava esfriando a relação médico-paciente. A reversão deste comportamento se deu incentivando-se os alunos a tratar o paciente como se fosse um amigo, pela colocação de afeto na relação e pela “quebra da ordem” na consulta. Isto significava deixar fluir o diálogo com o paciente naturalmente, respeitando a seqüência de informações imposta pelo paciente, e não impondo o método. Este procedimento dá flexibilidade ao agir do profissional, mas não o impede de inquirir, se necessário, sobre pontos-chave.

“Resolução imediata ou planejamento terapêutico?”

Os pacientes atendidos no Centro de Saúde têm um vínculo com o serviço, pois moram no bairro. Isto também difere radicalmente da relação que os pacientes têm com o hospital, que é algo extraordinário na vida deles. Assim, a natural e justa preocupação corrente no hospital de aproveitar ao máximo o tempo durante o qual o paciente está à disposição não tem paralelo na atenção primária. Aqui, o correto é um planejamento terapêutico que comece pelo que é mais urgente-importante para o paciente e o médico (o que deve ser negociado e acordado), seguido por outras ações eletivas oportunas, de modo a não prejudicar a rotina do paciente.

Trabalho Intelectual versus Manual

Durante o ciclo básico e clínico, o processo de ensino-aprendizagem se apóia principalmente no aspecto cognitivo, por meio de metodologias de ensino em que a atitude do aluno é fundamentalmente passiva. No ciclo profissional, é necessário que o aluno realize procedimentos diagnósticos e terapêuticos, o que exige uma atitude ativa. O estágio de saúde coletiva, por se situar no início do internato, sofreu as dificuldades existentes nesta mudança de atitude.

“Aprendizado passivo ou ativo?”

No início, os alunos tinham uma tendência a resumir os ritos da anamnese e exame físico, passando a teorizar hipóteses diagnósticas e condutas sem terem se alicerçado suficientemente em evidências concretas resultantes destes procedimentos. Este comportamento tendia a desprezar eventos considerados comuns e a valorizar os mais raros, o que era o oposto de uma ação baseada na epidemiologia. Ao mesmo tempo, apresentavam tendência a propor, mas a não se responsabilizar pela tomada de decisão no que se referia aos recursos auxiliares de diagnóstico e terapêuticos. O esforço realizado neste sentido foi o de resgatar, com insistência, a necessidade de uma boa anamnese e um bom exame físico, responsabilizá-los pela anotação no prontuário e torná-los co-responsáveis pela tomada de decisão.

“Exames laboratoriais ou clínica?”

Outra faceta do desprezo pelo conhecimento oriundo de habilidades motoras, cujas evidências resultantes do exame clínico são um bom exemplo, era a tendência a pedir exames sem critérios bem definidos, o que resultava em pedidos desnecessários ou pedidos de exames de alta complexidade, que continham o mito de esclarecedores. Além disto, predominava o raciocínio de que a clínica, por melhor que fosse, deixaria escapar coisas mais complexas, que os exames laboratoriais teriam o poder de descobrir. O enfrentamento deste problema se deu do seguinte modo: “Deve-se pedir exames para verificar ou refutar determinada hipótese diagnóstica quando esta hipótese está bem definida e quando não temos certeza sobre o resultado (positivo ou negativo)”.

O debate com os alunos sobre estes temas foi incorporado ao programa do estágio e resultou na valorização das visitas domiciliares aos pacientes, na maior responsabilização dos alunos pelo atendimento e no resgate da consulta médica ética e completa. A resposta dos alunos foi muito positiva aos temas sugeridos, e a curva de aprendizagem bastante acelerada, tendo estes alunos terminado o estágio com um comportamento bem adequado. Entretanto, persiste a preocupação de que esta experiência fique diluída num conjunto onde predominam as atividades hospitalares.

CONCLUSÃO

Este artigo descreve algumas das inúmeras características que tornam os hospitais e centros de saúde cenários de prática muito distintos. Em nosso meio, o modelo de ensino fundado na prática hospitalar ainda é hegemônico, predominando e precedendo a prática em atenção primária. Este fato

cria dificuldades ao ensino da prática médica em atenção primária à saúde. Tais dificuldades devem ser identificadas e trabalhadas, requerendo, portanto, um cuidadoso planejamento docente. Entretanto, satisfeita esta condição, os resultados são promissores, pois ocorre um resgate de um potencial discente, latente, que reside em conhecimentos fundamentais já aprendidos e que converge com os objetivos da atenção integral com ênfase na prevenção.

AGRADECIMENTOS

À diretoria do CCMB/PUCSP, em especial à Prof^a Dra Maria Helena Senger, pelo trabalho de reforma curricular cuja implementação vem liderando e pelo apoio que tem dado à Medicina Preventiva e Social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Constituição da República Federal do Brasil. Saúde na Constituição, Título VIII, Capítulo II, Seção II. São Paulo: Fisco e Contribuinte; 1988.
2. Organización Panamericana de la Salud, Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina. Los cambios en la profesión médica y su influencia sobre la educación médica: Documento de posición de América Latina ante la Conferencia Mundial de Educación Médica, Edimburgo, Escocia, agosto de 1993 / Changes in medical profession and its influence on medical education. *Educ Med Salud* 1994; 28:125-38.
3. Brasil. Ministério da Saúde. IX Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 1992.
4. CINAEM. 2ª Oficina de acompanhamento do Projeto CINAEM. Relatório Final. Natal (RN): CINAEM; 1995. (mimeo).
5. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Resolução n.4 de 7/11/2001. Brasília (DF): Ministério da Educação; 2001.
6. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba. Comissão de Reforma Curricular. Apresentação da proposta de reformulação curricular. Sorocaba (SP): Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba; 2003. (mimeo).
7. Silverman D. Interpreting qualitative data. London: SAGE; 1993.
8. Pope C, Mays N. Qualitative research in health care. 2nd ed. London: BMJ books; 1999.
9. Kincheloe JL, McLaren P. Rethinking critical theory and qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS. Handbook of qualitative research. London: SAGE; 2000.

Endereço para correspondência

Praça Dr. José Ermírio de Moraes, 290
18030-230 — Sorocaba — SP
e-mail: reinaldo@sorocaba.pucsp.br