

Interação ensino, serviços e comunidade: desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção básica

Teaching, Care and Community Interaction Practice: challenges and perspectives of a teaching-learning experience in primary care

Célia Regina Rodrigues Gil¹

Bárbara Turini²

Marcos Aparecido Sarria Cabrera²

Marilda Kohatsu³

Sonia Maria Coutinho Orquiza³

PALAVRAS-CHAVE

- Educação Médica.
- Formação de Recursos Humanos.
- Práticas Profissionais.
- Atenção Primária à Saúde.

KEY WORDS

- Human Resources, Training.
- Education, Medical;
- Professional Practices;
- Primary Care.

RESUMO

As Práticas de Interação Ensino, Serviço e Comunidade (PIN) são módulos curriculares do curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina e têm como objetivo possibilitar aos estudantes uma inserção nas Unidades Saúde da Família (USF) que lhes permita compreender os determinantes do processo saúde-doença, a importância das medidas de promoção e prevenção e da USF como espaço do cuidado. As atividades são desenvolvidas nos quatro primeiros anos do curso, em módulos de cerca de 102 horas, por meio de conteúdos seqüenciais construídos mediante mapas conceituais que abrangem desde o conhecimento do território até atividades médicas da atenção básica. Os resultados mais evidentes são: a diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem, a inserção precoce dos estudantes na rede básica e o desenvolvimento de habilidades voltadas à humanização do atendimento e ao cuidado centrado no paciente. Como desafios, destacam-se a necessidade de tornar mais atrativas as práticas em saúde nas unidades locais a fim de aumentar a adesão dos estudantes, docentes e das equipes locais.

ABSTRACT

Teaching, Care and Community Interaction Practical Activities are curricular modules of the medical course of the State University of Londrina aimed at early introduction of students to the Family Health Program in order to give them the opportunity to understand the determinants of the health-disease process, the importance of health promotion and preventive actions and of the local health services. The activities are developed in the first four years of the medical course in modules of about 140 hours, with sequential contents structured in concept maps ranging from knowledge about the covered neighborhood to medical activities making part of primary care. The most evident results include diversification of the teaching-learning scenario, early contact of the students with the primary care system and development of skills involving the doctor-patient relationship and patient-centered care. Among the challenges is the need to make the work in the local health services more attractive to students, teachers and local health teams.

Recebido em: 15/10/2007

Reencaminhado em: 11/07/2007

Reencaminhado em: 31/12/2007

Aprovado em: 10/01/2008

¹ Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil; Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil.

² Universidade Estadual de Londrina- UEL, Paraná, Brasil.

³ Secretaria Municipal de Londrina, Paraná, Brasil.

INTRODUÇÃO

O impacto da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da implantação da Saúde da Família como projeto de reorientação e reorganização dos serviços e das práticas profissionais com vistas à mudança do modelo de atenção à saúde evidenciou o descompasso entre o ensino da medicina e da área da saúde em geral, e as necessidades de saúde da população brasileira.

Tem-se constatado, ao longo do tempo, que o perfil de atuação dos profissionais formados por nossas universidades não tem sido suficientemente adequado para um trabalho na perspectiva da saúde como produto social e, tampouco, para um cuidado integral e equânime.

Entre as principais causas identificadas estão a formação predominantemente centrada nos hospitais universitários; a dissociação entre a formação médica e os princípios e diretrizes do SUS; a desarticulação entre a formação clínica e as necessidades de saúde da população e o enfoque eminentemente técnico, especializado e fragmentado dos conteúdos inerentes à formação médica^{1,2,3}.

Arouca⁴, um dos pioneiros na crítica sistematizada sobre a tríade de problemas – educação médica, modelo assistencial e práticas médicas – ao sustentar que a prática médica curativa, além de sua atomização, se esgota no diagnóstico e na conduta terapêutica, afirma que ela acaba também por minimizar as práticas de prevenção e de recuperação da saúde. Para o autor, este tipo de medicina privilegia a doença e a morte em detrimento da saúde e da vida. Suas contundentes críticas sobre as práticas médicas predominantes apontam a ineficiência e ineficácia destas ações, levando ao encarecimento dos serviços; a especialização crescente da medicina, com perda da noção de totalidade do ser humano; o conhecimento médico dominado pela visão biologicista; a visão individualista da medicina e sua desvinculação dos problemas de saúde da população, em que, paradoxalmente, “os casos raros de patologias tornam-se prioritários, e os predominantes e frequentes tornam-se esquecidos ou desvalorizados”⁴.

Foucault⁵, ao abordar a natureza e repercussões da clínica no saber e prática médica, evidencia que o surgimento da clínica produziu uma clivagem no discurso sobre a patologia. Se antes, para se apreender a doença do paciente, a interlocução do médico com o doente era importante, o nascimento da clínica modificou sobremaneira essa aproximação dos problemas de saúde, valorizando mais a visão classificatória dos sinais e sintomas do que o sujeito em si. O paciente passa a ser visto de forma reducionista, apenas como um apêndice da doença, e esta, sim, é que passa a ter valor substantivo para o médico no estudo e classificação das patologias.

Ainda que esta visão restrita da clínica centrada na doença e no tratamento curativo individual predomine na formação médica, não há como minimizar os desafios presentes no cenário das práticas profissionais no mundo contemporâneo, em especial no que se refere aos determinantes do processo saúde-doença.

Do nosso ponto de vista, a formação dos futuros médicos e profissionais de saúde precisa ir além das práticas atuais e avançar no delineamento dos possíveis cenários sociais nos quais estarão inseridos os atuais estudantes, identificando as diferentes necessidades de saúde da população e ampliando o foco da formação profissional. Portanto, é necessário um esforço de superação da visão tradicional da saúde como ausência de doença para uma visão que a considere como resultante das condições de vida da sociedade, das famílias e dos indivíduos, ou seja, como produto social. Isso significa que, para se produzir saúde, além das indiscutíveis ações de recuperação, é preciso resgatá-la como instrumento de preservação e de desenvolvimento da vida, mediante intervenções que contribuam para a aquisição de novas atitudes no estilo e no modo de viver das pessoas, bem como na produção de políticas públicas que priorizem o desenvolvimento humano^{6,7}.

A Lei de Diretrizes e Bases do Curso de Medicina⁸ (LDB) deixa claro que a formação dos profissionais médicos deve considerar o sistema vigente no País, a atenção integral à saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência, e o trabalho em equipe. Estas orientações apontam elementos que podem servir como alavancas dos processos de mudança no ensino da medicina, mas, em geral, ainda predomina a formação tradicionalmente fragmentada e excessivamente especializada, que resulta na formação de profissionais mais comprometidos com as ferramentas tecnológicas do que com os sujeitos que necessitam de seus cuidados⁹.

Nos últimos anos, muitas e importantes mudanças vêm ocorrendo no cenário do ensino da graduação, em especial na formação médica. Estas inovações, porém, caminham em velocidade bastante aquém da necessária para produzir transformações capazes de mudar o paradigma que orienta o ensino médico e redirecionar as práticas profissionais em saúde.

É neste contexto que se situa o escopo deste artigo, cujo objetivo é compartilhar reflexões sobre uma experiência institucional que vem sendo desenvolvida em Londrina desde 1992. Trata-se dos módulos de interação ensino-serviço e comunidade (PIN), que objetivam sensibilizar e ampliar o foco das intervenções em saúde por meio de práticas e vivências nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Considerando que os cenários onde são desenvolvidos estes módulos são ambientes vivos e em permanente construção e que

o compromisso da formação em saúde é também o de servir de dispositivo crítico para a instalação de práticas profissionais mais adequadas às necessidades de vida e saúde da população, os módulos PIN são analisados e atualizados sistematicamente por meio de oficinas de avaliação que envolvem representantes dos serviços, dos estudantes, dos instrutores e, sempre que possível, da comunidade.

Este artigo contextualiza a trajetória das práticas de interação ensino-serviço-comunidade na UEL e apresenta os desafios a serem enfrentados para que o ensino na atenção básica ocorra de forma mais efetiva.

ANOS 1970 – PRIMEIRAS APROXIMAÇÕES DA INTERAÇÃO ENSINO-SERVIÇO E COMUNIDADE

O curso de Medicina da UEL foi implantado em 1967. Em 1970, com a preocupação de oferecer aos estudantes de Medicina práticas diferentes das estritamente hospitalares, foram criadas as três primeiras unidades de saúde periféricas do município de Londrina que desenvolviam ações de atenção à saúde e prevenção das doenças. Como a maioria das experiências desenvolvidas neste modelo da Integração Docente-Assistencial (IDA), estes serviços eram gerenciados pela própria universidade, por meio do HU, e os profissionais que neles atuavam eram docentes da Saúde Comunitária do Centro de Ciências da Saúde. A inserção curricular dos estudantes, no entanto, se dava em apenas um semestre, durante o sétimo período, o que representava uma carga horária ínfima no curso como um todo¹⁰.

ANOS 1990 – A INTERAÇÃO ENSINO-SERVIÇO E COMUNIDADE COMO PROJETO ESPECIAL

Com a descentralização dos serviços e a expansão da rede básica de saúde em âmbito nacional, estas unidades periféricas da universidade foram municipalizadas, e a política de articulação ensino-serviço passou a ter como cenários de práticas a rede de serviços da Autarquia Municipal de Saúde (AMS) da prefeitura, prática vigente até os dias atuais.

Em 1992, os cursos da área da saúde do CCS mobilizaram-se em torno da política de reforma curricular, visando readequar os processos de formação por meio do fortalecimento da articulação entre práticas de ensino e serviços e necessidades da comunidade. Neste contexto, foi criado o Peepin – Projeto Especial de Ensino Assistência Primária à Saúde: Práticas Multiprofissionais e Interdisciplinares. Naquele período, a grade curricular do curso não possibilitava a participação dos estudantes de Medicina em projetos extracurriculares, dada a sua densidade¹¹. Para que eles pudessem desenvolver outras atividades de formação,

abriu-se, após uma negociação com todos os colegiados dos cursos da área da saúde, um espaço comum na agenda semanal dos estudantes, a fim de viabilizar o projeto, denominado Área Verde. Este foi o primeiro passo para a introdução das mudanças que viriam posteriormente.

O Área Verde promoveu uma interação dos estudantes de Medicina com os demais estudantes da área da saúde. O projeto foi desenvolvido durante vários anos como disciplina optativa e com a participação voluntária dos estudantes dos primeiros anos dos cursos de Medicina, Enfermagem, Farmácia e Bioquímica, Odontologia e Fisioterapia¹¹. Como estratégia metodológica, os estudantes se inseriam numa UBS durante um ano, conheciam a equipe de saúde e entrevistavam lideranças da comunidade a fim de identificar os problemas que mais acometiam a população daqueles territórios. A partir desse levantamento, cada grupo elaborava propostas para enfrentar os problemas e desenvolvia ou propunha atividades possíveis de intervenção.

Para atender às expectativas dos estudantes e à finalidade deste projeto especial, foi necessário capacitar os professores-instrutores em novas abordagens e metodologias de ensino-aprendizagem que, aos poucos, foram introduzidas a partir das vivências de professores e estudantes. O ensino centrado no aluno passou a ser objeto de inúmeras discussões, que resultaram, num primeiro momento, em pontuais reorientações dos conteúdos disciplinares, em aproximações dos conteúdos curriculares entre diferentes áreas e disciplinas, e nos sistemas de avaliação, orientados, até então, pela memorização de conteúdos.

Para estender o projeto ao segundo ano dos cursos, utilizou-se a mesma estratégia do Área Verde e abriu-se a possibilidade de os estudantes realizarem pesquisas operacionais sobre temas previamente definidos, numa aproximação da iniciação científica. Durante cinco anos, o projeto possibilitou aos estudantes uma vivência nas UBS e o conhecimento das necessidades e problemas de saúde da população em seus territórios. Mesmo sendo uma disciplina optativa, a cada ano os grupos apresentavam os trabalhos desenvolvidos, por meio de relato de experiências orais e exposição de pôsteres. Ao mesmo tempo, o corpo multiprofissional de instrutores realizava avaliações formativas e somativas dos estudantes, buscando identificar as fortalezas e dificuldades para o alcance dos objetivos de ensino-aprendizagem propostos.

Os principais pontos fortes identificados no desenvolvimento do projeto foram:

1. A aproximação de estudantes e professores dos cinco cursos da saúde, que até então não desenvolviam atividades conjuntas.

2. A capacitação dos docentes em novas metodologias de ensino e a adoção de novas posturas também nas disciplinas obrigatórias.
3. A elaboração conjunta de instrumentos de avaliação dos estudantes, professores e do projeto, introduzindo uma nova cultura na avaliação de ensino de graduação.
4. A aproximação de professores e estudantes com os profissionais das UBS e comunidades, ampliando as discussões sobre os determinantes do processo saúde-doença¹².

As dificuldades registradas neste período, e que se mostraram recorrentes, foram: 1) a baixa inserção de novos professores nas atividades do projeto, causando, ao longo dos anos, sobrecarga para os instrutores e impossibilitando a ampliação de oferta para acolher os estudantes interessados em participar da disciplina; 2) os diferentes tempos institucionais do ensino e dos serviços para atender às necessidades de saúde da comunidade, o que frustrava a expectativa dos estudantes com o pouco tempo para as "práticas"; 3) a pouca agilização dos serviços na definição de uma região da cidade que pudesse ser transformada em distrito-escola, dificultando a adequação dos recursos de suporte à presença dos estudantes das UBS¹².

Decorridos cinco anos de sua implantação, o desenho de abordagem dos problemas de saúde originalmente apresentado pelo projeto começou a dar sinais de esgotamento. Os estudantes tinham pouco tempo para desenvolver atividades de intervenção sobre os problemas identificados; a comunidade, por sua vez, ficava na expectativa de ver seus problemas e demandas encaminhados, o que habitualmente não acontecia a contento; e os serviços, com frequência, se envolviam muito pouco com os problemas identificados e propostas feitas pelos estudantes.

REFORMA CURRICULAR – DE PROJETO ESPECIAL A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PROPOSTA

No final de 1997, após um amplo processo de reflexão e negociação em torno das mudanças no curso de Medicina da UEL, um novo currículo foi aprovado. Esse currículo priorizava a integração entre os ciclos básico e clínico, a integração dos conteúdos ao longo de todo o processo de formação e a adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, em especial da aprendizagem baseada em problemas. Nesta reforma curricular, os módulos de interação ensino-serviço e comunidade (PIN) deixaram de ser disciplinas optativas e passaram a integrar o currículo integrado de forma longitudinal durante os quatro primeiros anos do curso (PIN 1, PIN 2, PIN 3 e PIN 4).

No momento da reformulação curricular, muitas foram as dificuldades e críticas quanto à incorporação dos módulos PIN nas

quatro primeiras séries do curso de Medicina. Houve manifestações contra esta iniciativa sob o argumento de que os conteúdos abordados pelos módulos não eram relevantes para a formação médica, o que traduzia, na prática, os conflitos presentes no contexto da mudança e reforma curricular¹⁰, ainda presentes no coletivo do curso. No final dos debates, os módulos foram inseridos no currículo novo, sendo que nas duas primeiras séries do curso os módulos são desenvolvidos em conjunto com o curso de Enfermagem (que também o inseriu formalmente no currículo), e no terceiro e quarto ano apenas com estudantes de Medicina. Sem dúvida, esta decisão, agregada às demais modificações incorporadas no novo currículo, ampliou a abordagem da determinação social do processo saúde-doença, avançando na formação mais humanística do profissional médico.

O PIN COMO MÓDULO CURRICULAR – AVALIAÇÕES SUCESSIVAS

Os módulos PIN têm representado um desafio cotidiano, principalmente para os professores-instrutores envolvidos diretamente em sua consecução. A cada final de período letivo, os módulos são avaliados por meio de oficinas de trabalho ou seminários de avaliação. Deles participam os coordenadores do módulo das quatro séries, professores-instrutores, representantes dos estudantes, coordenações das UBS e dirigentes ligados à coordenação da atenção básica e da área de recursos humanos da Autarquia Municipal de Saúde (AMS) e coordenadores dos colegiados dos cursos de Medicina e Enfermagem.

Nestes momentos, os coordenadores dos módulos PIN socializam com seus pares as avaliações previamente realizadas, de modo a permitir uma análise particular de cada módulo e dos módulos entre si. Os instrumentos de avaliação utilizados são quatro: avaliação somativa, formativa, do instrutor e do módulo como um todo. Na programação dos módulos e no final de cada semestre, há um dia protegido na agenda dos estudantes para os momentos de avaliação.

Os aspectos avaliados abrangem os desempenhos esperados, o envolvimento dos professores entre si, dos estudantes e suas relações intercurso (Medicina e Enfermagem), a relação entre estudantes e instrutores, entre instrutores, profissionais das UBS e estudantes, e destes com a população do território. Neste processo, são identificados os aspectos que mais e menos estimulam os estudantes.

O primeiro delineamento do planejamento e readequação dos módulos para o ano seguinte ocorre a partir destes seminários de avaliação. Com base nos últimos seminários anuais, apresenta-se, a seguir, uma análise dos módulos PIN nas quatro séries do curso¹³.

O módulo no primeiro ano do curso de Medicina – PIN 1

No primeiro ano, o módulo tem por objetivos promover inovações no processo ensino-aprendizagem; possibilitar vivência integrada das práticas de “ensino-extensão e pesquisa”; inserir os estudantes nas Unidades Saúde da Família (USF) desde o início dos cursos; e possibilitar contato com lideranças comunitárias, sensibilizando os estudantes para a importância da atenção básica na rede de cuidados em saúde.

Com 102 horas de duração e agregando 140 estudantes (80 de Medicina e 60 de Enfermagem), os estudantes são distribuídos em 10 Grupos Interdisciplinares e Multiprofissionais (GIM), acompanhados por 12 docentes, sendo 9 da área de saúde coletiva, 1 de Enfermagem e 2 da área de Humanidades – 1 de Sociologia e outro de Filosofia. As atividades práticas ocorrem em 10 UBS, com a colaboração direta das coordenadoras e equipes de Saúde da Família e em diferentes cenários de aprendizagem (UBS, domicílios, ONGs e equipamentos sociais existentes nos territórios).

Embora o PIN 1 tenha organizado suas atividades de forma a equacionar os diferentes tempos e necessidades tanto do processo de formação como dos serviços, foram identificados alguns nós críticos a serem enfrentados para sua consolidação:

1. Pouca adesão dos estudantes: por não terem conhecimentos, habilidades e atitudes que lhes permitam assumir procedimentos relacionados ao cuidado e diante da demanda existente nos serviços, os estudantes tendem a sentir que atrapalham as atividades das UBS e ficam frustrados com esta situação; eles sentem que perdem seu tempo e não compreendem por que precisam ir as UBS e o quê, de fato, têm a aprender com e nos serviços locais.
2. Baixo envolvimento das UBS nos propósitos do módulo: tendo que atender à demanda cotidiana de trabalho que se acumula nas salas de espera, os profissionais das unidades de saúde não têm tempo para dar atenção às necessidades dos estudantes e tendem a não valorizar as atividades de ensino, por acharem que as UBS são apenas “campo de estágio”.
3. Saturação da comunidade: a população começou a se queixar das visitas domiciliares dos estudantes para a identificação dos problemas de saúde do bairro; como todo ano essa prática se repetia, foi perdendo significado para a comunidade, que queria ver mais as soluções do que apontar novos problemas.

Estes desafios levaram o grupo de professores-instrutores a buscar novas oportunidades de vivência que tivessem, de fato,

significado para os estudantes, os profissionais e a comunidade. No último ano, várias reuniões conjuntas entre os segmentos parceiros e escutas mais cuidadosas das equipes de saúde foram realizadas para identificar alternativas de enfrentamento dos nós críticos identificados.

Nesta escuta ativa dos profissionais, verificou-se que a falta de infra-estrutura física, principalmente salas de reunião e falta de espaço físico nas UBS, dificulta o entrosamento e o diálogo entre estudantes, professores e profissionais. Por outro lado, os profissionais referiram que, após o término do PIN, algumas demandas ficavam pendentes, e as equipes não tinham como atender. Apesar destas dificuldades, foi unânime o reconhecimento da importância do PIN 1 no ensino da medicina e da enfermagem. A maioria das UBS se propôs a continuar a receber os estudantes, mas gostaria que houvesse alguma mudança na organização do módulo. Por sua vez, a coordenação municipal do PSF identificou a dificuldade das equipes em realizar atividades de saúde que ultrapassassem o atendimento individual, como grupos de saúde e rodas de conversa nas salas de espera, entre outras.

Assim, foi realizada uma oficina de trabalho específica para definir a organização do módulo com as coordenadoras das UBS. Nela, a hipertensão arterial foi identificada como o problema de saúde que mais comprometia a agenda de trabalho das equipes. A partir daí, definiu-se o cuidado ao hipertenso como uma possível ação conjunta, que poderia ser implementada com maior envolvimento dos estudantes do primeiro ano. Essa atividade atenderia a uma expectativa das UBS e traria benefícios diretos à comunidade.

Foram pactuadas interinstitucionalmente algumas mudanças no *modus operandi* do módulo, que resultaram na definição de um tema único a ser trabalhado pelos 10 GIM em todas as UBS: “O cuidado ao hipertenso na perspectiva da Saúde da Família”. O tema foi desenvolvido em quatro unidades de aprendizagem:

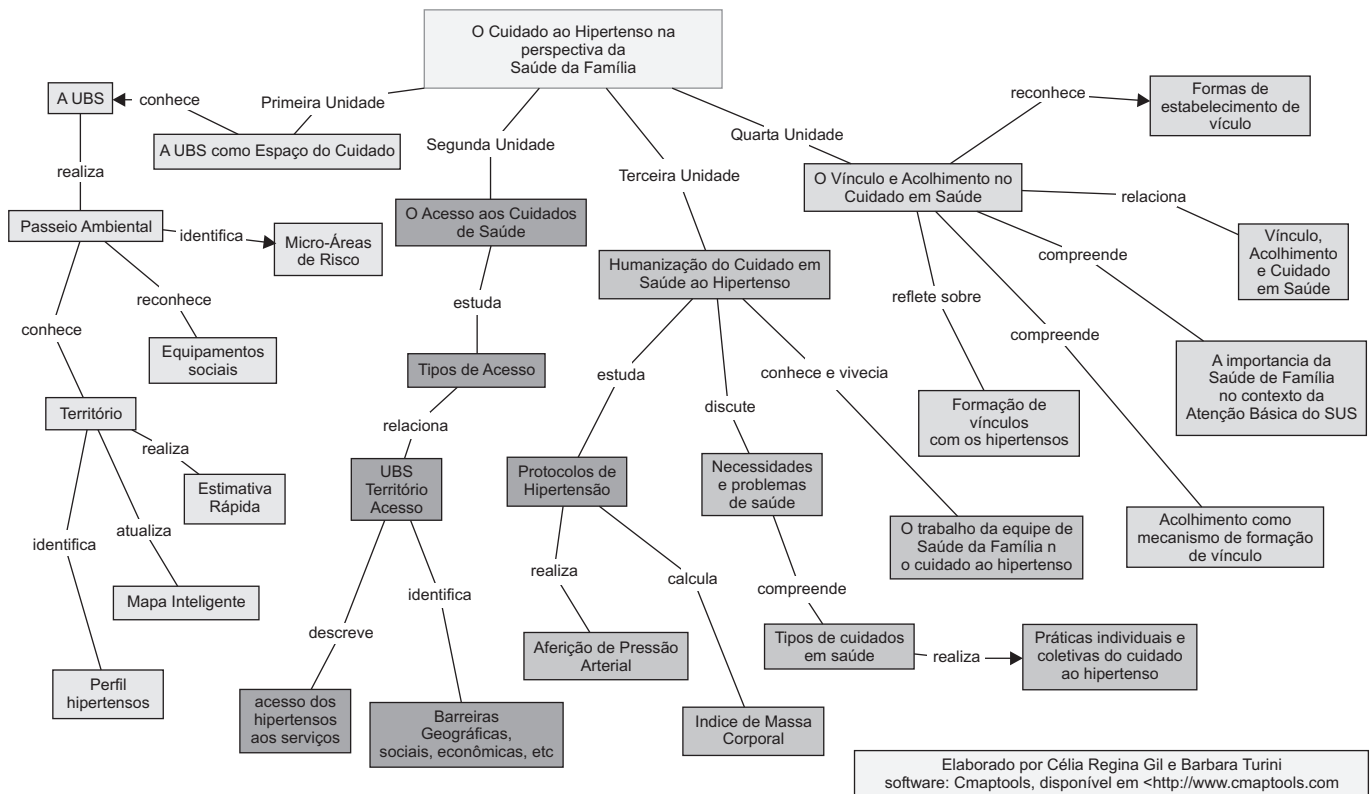
1. A UBS como espaço do cuidado.
2. Acesso aos cuidados de saúde.
3. Humanização do cuidado em saúde ao hipertenso.
4. Vínculo e acolhimento em saúde. A sequência de atividades permitiria aos estudantes se aproximarem dos pressupostos da Saúde da Família e do cuidado centrado no sujeito, considerando suas diferentes realidades de vida e saúde.

Uma opção clara do grupo de professores foi não trabalhar a partir da doença hipertensão, mas, sim, a partir do sujeito hipertenso, direcionando o foco da aprendizagem para o cuidado centrado no sujeito. Com esta definição assumida, o grupo de instrutores elaborou o mapa conceitual que orienta o desenvolvi-

mento do módulo (Figura 1). Desta forma, o novo desenho do PIN 1 foi implantado e está sendo desenvolvido de modo a permitir que cada dupla de estudantes (um de Medicina e um de Enfermagem) adote dois hipertensos e suas famílias, visitan-

do-os e conhecendo aspectos relativos à acessibilidade aos serviços, à integralidade do cuidado, às dificuldades no manejo dos medicamentos e fazendo orientação alimentar e de hábitos e estilos de vida.

FIGURA 1
Mapa conceitual do PIN 1.



As primeiras avaliações desta experiência apontaram que:

1. A motivação dos estudantes foi maior porque realizaram atividades práticas de cuidado individual (orientações e aferição de pressão arterial, visitas domiciliares) e de cuidado coletivo (orientações em grupos).
2. A parceria com os serviços melhorou, e o ganho mútuo foi maior com os estudantes atuando no enfrentamento de um dos principais problemas de saúde que incidem sobre a população e os serviços, com uma atenção mais humanizada aos hipertensos mais severos e resistentes ao tratamento; as equipes de Saúde da Família não precisaram mudar suas rotinas de trabalho para atender às necessidades dos estudan-

tes e se envolveram na definição dos pacientes adotados pelos estudantes, nas atividades nas salas de espera e nos grupos de educação em saúde, e estão interagindo um pouco mais ativamente nas atividades do PIN 1, entendendo-as como possibilidade de compartilhamento do trabalho.

3. Para os pacientes com hipertensão e seus familiares, as visitas de acompanhamento dos estudantes permitiram uma orientação mais personalizada para cada situação, e os trabalhos em grupo possibilitaram uma aproximação e troca de informações entre estudantes e comunidade.

Tratando-se dos objetivos do PIN 1, o diálogo franco e a negociação permanente entre os parceiros na (re)adequação das práticas, visando torná-las mais significativas, do nosso ponto de vista, mos-

taram-se positivos. Alguns resultados foram constatados durante a oficina de avaliação realizada no final do ano letivo, na qual houve bom comparecimento e participação dos estudantes, diferentemente dos anos anteriores. Os estudantes se mostraram mais motivados por desenvolverem atividades com os hipertensos, relacionando teoria e prática, e explorando diferentes formas do cuidado em saúde, não só do atendimento individual, mas se aproximando da compreensão dos determinantes do processo saúde-doença. Os profissionais das UBS puderam compartilhar algumas atividades na organização do cuidado ao hipertenso, apoiar, em algumas UBS, a formação de grupos de hipertensos e conhecer com maior profundidade a história de vida e saúde dos pacientes e famílias da comunidade que os estudantes adotaram. Por fim, os hipertensos adotados receberam cuidados mais individualizados e de forma mais humanizada e de acordo com suas necessidades, haja vista que no cotidiano de trabalho recebem orientações e cuidados quase mecânicos e restritos à aferição da pressão arterial.

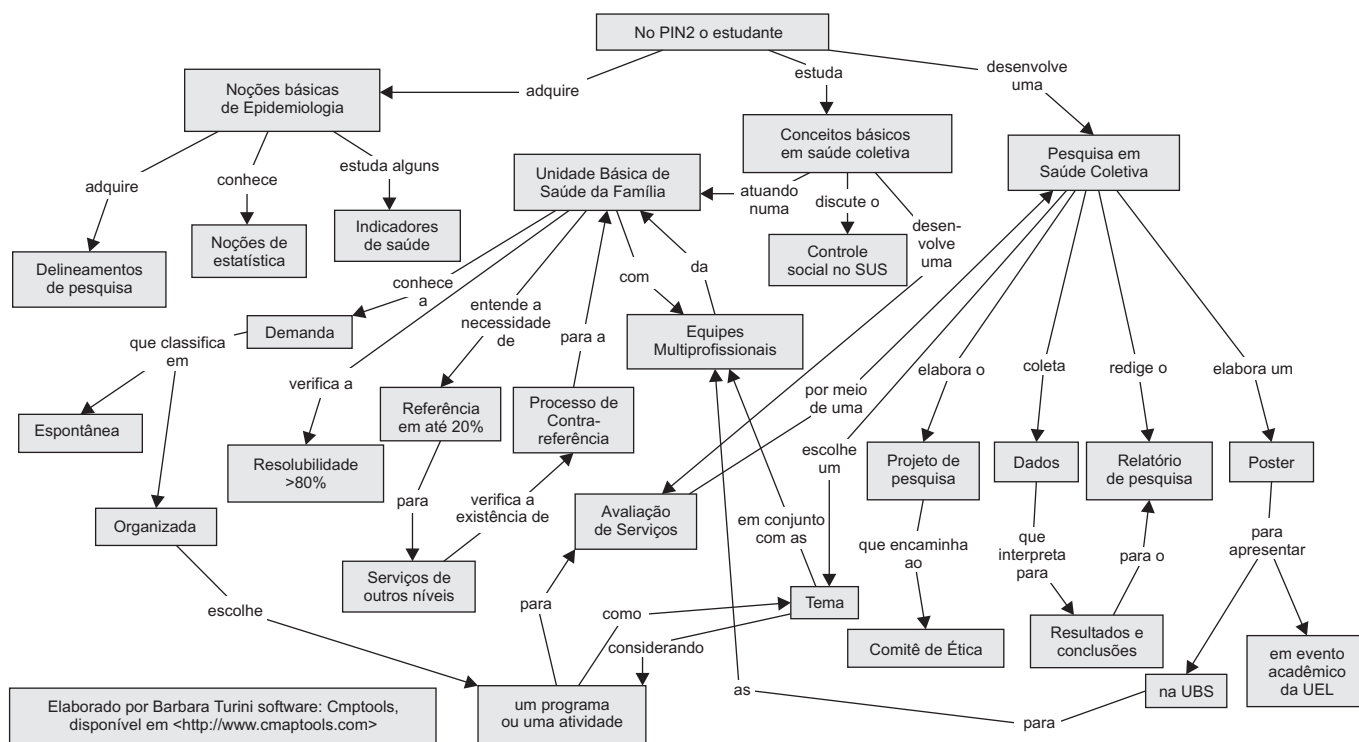
O módulo no segundo ano do curso de Medicina – PIN 2

O desenho do PIN 2 é semelhante ao do PIN 1, exceto a inserção dos docentes da área de Humanidades. Os grupos são acompanhados por 6 docentes da Saúde Coletiva, 2 de Enfermagem, 2 professores colaboradores da Fisioterapia e Odontologia da UEL e 8 estudantes do curso de mestrado em Saúde Coletiva. As atividades práticas ocorrem em 10 UBS, com a colaboração direta das coordenadoras. Cabe destacar que os estudantes do PIN 2 continuam a atuar nas mesmas unidades onde fizeram o PIN 1 e, portanto, já estão mais familiarizados com as equipes e com a comunidade.

O PIN 2 tem como objetivo desenvolver as capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas dos estudantes, preparando-os para identificar as características do funcionamento de uma UBS e de suas relações com os serviços de outros níveis de atenção e introduzir o estudante na prática da pesquisa científica, como representado no mapa conceitual do módulo (Figura 2).

FIGURA 2
Mapa conceitual do PIN 2.

Mapa de atividades desenvolvidas pelos estudantes de medicina e enfermagem durante o módulo PIN2



O eixo comum do PIN 2 é o desenvolvimento de ações de pesquisa junto aos serviços de saúde e comunidade. Ele está estruturado num tripé de atividades: estudo dos conceitos fundamentais em Saúde Coletiva, em especial de epidemiologia; observação da prática na UBS; e desenvolvimento de atividades de pesquisa.

A definição dos temas de pesquisa decorre do consenso entre o grupo de professores-instrutores e os profissionais de saúde das UBS, sendo que as pesquisas realizadas pelos grupos do PIN 2 estão mais voltadas às necessidades dos serviços de saúde. De modo geral, os estudantes terminam o módulo com trabalhos de iniciação científica, apresentados num seminário anual de pesquisa do CCS denominado Sepiesc – Seminário de Práticas de Interação Ensino-Serviço-Comunidade, e com a apresentação dos trabalhos às equipes das UBS nas quais se inseriram.

O módulo no terceiro ano do curso de Medicina – PIN 3

A partir do PIN 3, as atividades são desenvolvidas apenas com os estudantes do curso de Medicina, com atuação de docentes do Departamento de Clínica Médica. No PIN 3 atuam 4 docentes com 2 grupos de 10 alunos cada. Em 2006, as atividades foram desenvolvidas em 7 UBS da Autarquia do Serviço Municipal de Saúde de Londrina. Em 2007, foram 12 as unidades que receberam os estudantes para estas atividades.

No PIN 3, os estudantes desenvolvem atividades voltadas à participação no atendimento clínico e individual, realizado nas UBS. Estas atividades têm como objetivo o conhecimento das características da atuação do profissional médico nas unidades e o aprofundamento do raciocínio clínico, semiologia e terapêutica em atenção básica à saúde.

No desenvolvimento das atividades, os estudantes são divididos em grupos por UBS que têm duas atividades semanais. Num primeiro momento, atendem aos usuários habituais das unidades, realizando anamnese e exame físico. Em seguida, discutem com o profissional médico da UBS os casos vistos, definem e acompanham a conduta determinada e selecionam um problema para estudo de caso. Depois, discutem os casos selecionados em subgrupos com os respectivos professores do módulo. Estas discussões têm uma abordagem mais teórica. Nos encontros para discussão dos casos, são utilizados textos de apoio, que possibilitam o aprofundamento teórico dos temas discutidos. A literatura selecionada é constituída por artigos publicados no periódico *American Family Physician*. O retorno do atendimento dos casos estudados é feito na própria UBS, diretamente aos usuários ou por meio de visitas domiciliares, dependendo do interesse do estudante.

O PIN 3 não tem uma preocupação com o conteúdo abordado nas discussões dos casos. A prioridade deste módulo é o desenvolvimento do raciocínio clínico e das habilidades de comunicação e atitudes junto aos pacientes e no atendimento em serviços básicos de saúde. A avaliação é feita por meio de uma prova, aplicada quinzenalmente antes da discussão dos textos selecionados, e do conceito do estudante, atribuído pelo professor.

Como aspectos positivos, destacam-se: os estudantes demonstram gostar da dinâmica do PIN 3 por representar atividades do cotidiano da prática médica; têm boa participação nas atividades realizadas nas UBS; e nas discussões de casos, são estimulados pela necessidade de entender o tema discutido, como se verifica nas avaliações escritas em todas as discussões.

Os docentes, estudantes e facilitadores sugerem os seguintes aprimoramentos: melhoria no espaço físico das UBS; maior envolvimento dos médicos das UBS; oferecimento de contrapartida às UBS e aos profissionais da rede de serviços; sensibilização de maior número de docentes da medicina para atuar no PIN 3; aprimoramento das relações entre a universidade e os serviços.

Neste último ano, houve progressos na articulação com a AMS, que incluiu a atuação junto ao PIN 3 como uma das atividades de educação permanente dos médicos da rede. Em paralelo, a disponibilização dos textos discutidos pelos estudantes e de livros técnicos para todos os médicos das UBS contribuiu para estimular a implementação do PIN 3 na rede.

O módulo no quarto ano do curso de Medicina – PIN 4

O PIN 4 também integra apenas o currículo do curso de Medicina e durante o ano de 2006 atuou somente nos ambulatórios de especialidades do Hospital das Clínicas do HU. Esta programação seletiva decorreu da dificuldade de encontrar professores que acompanhassem as atividades de ensino extramuros, em outros cenários de ensino-aprendizagem.

Dos módulos PIN, este é o que enfrenta maior dificuldade em sua implementação. Hoje, o problema não é falta de locais disponíveis e profissionais médicos interessados, pois há profissionais que manifestaram interesse em participar da preceptoria dos estudantes do quarto ano em diferentes cenários de ensino-aprendizagem, tais como Pronto Atendimento Adulto e Infantil, Sistema de Internação Domiciliar, Unidades 24 horas, ambulatórios de especialidades (HC, Policlínica e Cismepar) e dois hospitais de nível secundário (Hospital da Zona Norte e Zona Sul). O problema reside na falta de docentes dispostos a acompanhar os estudantes no decorrer do módulo e a articular a organização do mesmo tendo como enfoque o ensino na atenção básica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da histórica trajetória de integração ensino-serviço, da priorização das necessidades de saúde da população e da existência de uma rede estruturada de serviços de saúde pública no município, há que se reconhecer que o caminho está longe de ser efetivamente uma política consolidada para os parceiros envolvidos. A falta de mecanismos mais perenes tanto na universidade como nos serviços ainda fragiliza o processo de articulação ensino-serviço-comunidade na atenção básica.

Transcorridos cerca de 15 anos, os Módulos PIN continuam a readequar mecanismos, visando possibilitar aos estudantes uma aprendizagem significativa na rede de serviços. Por serem realizados na Atenção Básica (PIN 1, 2 e 3) e nos Serviços de Especialidades Secundárias (PIN 4), os módulos têm possibilitado aos estudantes de Medicina vivências extra-hospitalares, em diferentes ambientes que vão desde a comunidade, equipes de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde e serviços ambulatoriais de atenção secundária, perfazendo cerca de 7% do total da carga horária do curso. Do nosso ponto de vista, essa carga horária está bastante aquém da desejada, embora tenha aumentado significativamente no novo currículo.

À medida que os módulos se desenvolvem ao longo dos anos, surgem novas necessidades, que precisam ser (re)trabalhadas para fortalecer as relações de parceria. Para tanto, o Colegiado de Medicina, por meio do Promed e Pro-Saúde, tem procurado formas de apoiar estas iniciativas mediante alguns dispositivos, como a aquisição de equipamentos básicos, material de consumo e livros, atendendo às solicitações das próprias equipes que compartilham o desenvolvimento destes módulos e melhorando as condições de recepção e acolhimento dos estudantes nas UBS. Por parte da AMS, ainda estão sendo esperadas providências quanto à ampliação das UBS ou instalação de salas para reuniões multimeios (não apenas para as atividades de ensino).

Mesmo que muito se tenha avançado nas relações intra e interinstitucionais na perspectiva da consolidação dos módulos PIN, é preciso enfrentar outros desafios. Entre eles, estão o aprofundamento das discussões sobre o papel dos profissionais da rede no processo de formação na saúde e a importância de os serviços assumirem esta função também para si, ou seja, se tornarem co-responsáveis pela formação profissional, conforme disposto na Constituição de 1988.

Destaca-se, ainda, a necessidade de estender a capacitação em metodologias de ensino crítico-reflexivas aos profissionais que se interessam pela preceptorial dos estudantes dos cursos de Medicina e de Enfermagem. E também formular propostas que estimulem os médicos e enfermeiros das equipes a se manter en-

volvidos neste processo, uma vez que o plano de cargos, carreiras e salários do município (PCCS) não prevê gratificação para os profissionais interessados em participar da formação dos futuros profissionais na perspectiva de fortalecimento do SUS.

Por fim, o maior nó crítico reside no interior da própria universidade, onde a sensibilização, o compromisso e a inclusão de novos docentes nos módulos precisam ser repensados, considerando-se a importância da diversificação de ambientes de ensino-aprendizagem para além dos muros do hospital universitário. Da mesma forma que nos serviços, o PCCS na universidade não prevê gratificação ou remuneração diferenciada para este tipo de trabalho e não dispõe de mecanismos de apoio institucional que atendam a estas novas necessidades. Assim, as decisões sobre a participação e o envolvimento dos docentes, bem como a organização dos módulos dentro do currículo, esbarram na consciência e no compromisso de cada docente perante o processo de formação dos estudantes.

O enfrentamento destes nós críticos, sem dúvida, resultará em medidas estruturantes para o fortalecimento do ensino na e para a atenção básica, consolidando não apenas o SUS, mas também qualificando as práticas do cuidado em saúde em todos os níveis e pontos da rede.

REFERÊNCIAS

1. Campos FE, Aguiar RAT. Atenção básica e reforma curricular. In: Negri B, Faria R, Vianna AL, orgs. Recursos Humanos em Saúde: Política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: UNICAMP; 2002. p.91-9.
2. Almeida MJ. Educação médica e saúde: possibilidades e mudanças. Londrina: EDUEL/ Rio de Janeiro: ABEM; 1999.
3. Cordeiro H. Os desafios do ensino das profissões de saúde frente às mudanças do modelo assistencial: contribuição para além dos Pólos de Capacitação. *Rev Ensaio: avaliação de políticas públicas na educação* 2002;10 (34): 43-54.
4. Arouca ASS. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: UNESP, Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003.
5. Foucault M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde: HumanizaSUS, Documento Base. Brasília; 2006.
7. Campos GWS. Humanização na Saúde: um projeto em defesa da vida? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. 2005; 9 (17): 339-406.

8. Brasil. Lei de Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em medicina. Resolução CNE/CES 4/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 09 de novembro de 2001, seção 1, p.38.
9. Gil CRR. Práticas profissionais em Saúde da Família: expressões de um cotidiano em construção. [tese] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2006.
10. Turini B. Interação com os serviços e a comunidade durante a formação médica: o que pensam os professores? [dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2000.
11. Ito AMY, Nunes EFPA, Menezes VL. PEEPIN: uma experiência inovadora na educação superior. Londrina: EDUEL; 1997.
12. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Projeto UNI Londrina. Relatórios de Avaliação: Pró-UNI em ação; 1996.
13. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Relatório do VII Seminário Anual de Avaliação e Planejamento dos Módulos PIN – Práticas de Interação Ensino, Serviços e Comunidade Londrina; 2006.

CONFLITOS DE INTERESSE

Declarou não haver

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Célia Regina Rodrigues Gil

Departamento de Saúde Coletiva/CCS

Av. Roberto Koch, 60

86038-440 – Londrina – PR – Brasil

E-mail: reginagil@uol.com.br