
ALICE YAMASHITA PREARO

**O ENSINO DE PEDIATRIA NA ATENÇÃO
BÁSICA EM SAÚDE: ENTRE AS FRONTEIRAS
DO MODELO BIOMÉDICO E A PERSPECTIVA
DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO – UM
ESTUDO DE CASO.**

**Botucatu - SP
2007**

ALICE YAMASHITA PREARO

**O ENSINO DE PEDIATRIA NA ATENÇÃO
BÁSICA EM SAÚDE: ENTRE AS FRONTEIRAS
DO MODELO BIOMÉDICO E A PERSPECTIVA
DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO – UM
ESTUDO DE CASO.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Pediatria - Área de concentração Pediatria da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista – UNESP, para obtenção do título de Doutor.

Orientadora: **Prof^a. Dra. Agueda Beatriz Pires Rizzato**

Co-Orientadora: **Prof^a. Dra. Sueli Terezinha Ferreira Martins**

**Botucatu - SP
2007**

*Ao Sílvio, companheiro em todas as horas,
sem seu apoio, trilhar este caminho teria
sido impossível.*

*Á Vinícius e Guilherme, meus filhos, é para
vocês sempre que dirijo meus pensamentos e
emoções quando parece que já não é possível
prosseguir*

*A meus pais, Takaaki (in memoriam) e Kiyoko
O sonho da Universidade foi sempre o nosso
Sonho.*

À Profa. Dra. Agueda Beatriz Pires Rizzato

Há orientadores que orientam para a vida, em primeiro lugar e depois sim para o ensino, a pesquisa e assistência. Estamos trilhando o mesmo caminho desde a residência, e tenho muito a agradecer, sempre.

À Profa. Dra. Sueli Terezinha Ferreira Martins

Pela paciência, apoio e incentivo em todas as fases deste trabalho. A pesquisa qualitativa representou um desafio que só foi possível enfrentar com sua orientação segura.

Aos colegas do Departamento de Pediatria, representados pelo chefe do departamento, Dr. Zuliani, à coordenadora da pós-graduação, Dra. Gisela e de modo especial à Dra. Ercília, Dra. Francisca, Dra. Miriam e Dra. Tamara pelo incentivo constante.

Aos colegas da disciplina de Pediatria Social, do Centro de Saúde Escola e Unidades Básicas de Saúde, Maria Regina, Cátia, Francisco, Célia, Telma, Marcos, Ana Lia, Graziela e Jenny que compartilharam tarefas para que pudesse concluir este trabalho.

Aos colegas da Interação Universidade Serviços e Comunidade, Eliana, Sueli, Cássia, Tiemi, Helen, Maria Regina, Renata, Regina, Antonio que através de discussões e reflexões contribuíram para este trabalho.

Aos professores Eliana Goldfarb Cyrino, Ercília Maria Carone Trezza, Ana Tereza de Abreu Ramos Cerqueira e Wanda Maria Junqueira de Aguiar, membros da Banca de Qualificação pelas valiosas sugestões para melhor estruturação desta dissertação.

Aos colegas do Núcleo de Apoio Pedagógico, professores José Carlos Peraçolli, Joélcio Francisco Abbade, Gilberto Uemura, Albina Rodrigues Torres, Vera Terezinha de Medeiros Borges, Renata Maria Zanardo Romanholi, Elisabete Bemfatto Dezan, Luzia Tiemi Oikawa, Helen Isabel de Freitas, representante discente Cássio, e equipe de apoio, Daniela Cristina Rodrigues e Juliana Freitas Oliveira.

Aos estudantes de medicina pelos questionamentos diários que motivaram esta pesquisa.

Aos amigos do Departamento de Pediatria, pela atenção e disponibilidade e, em especial ao Paulo Cesar Lopes e Fabiano Luis Michelin pela cuidadosa digitação do texto e confecção de aula para a apresentação final e Adriana de Fátima Bazzo Tavares, secretária da Pós Graduação.

Aos funcionários da Biblioteca, e em especial a Selma Maria de Jesus pela elaboração da ficha catalográfica e Rosemary Cristina da Silva pela cuidadosa revisão bibliográfica.

Aos colegas da seção de Pós-Graduação pela amizade e atenção dispensada.

A todos aqueles que, mesmo não citados, deram de alguma forma sua parcela de contribuição, o meu especial “muito obrigada”.

*“NO CAMINHO , A FEBRE:
E POR MEUS SONHOS, PLANURA SECA,
VOU ERRANTE”.*

*Bashô, 1644-1694
Trad. Olga Savary*

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Quadro 1- Caracterização dos docentes formuladores do curso de
Pediatria Social – Departamento de Pediatria da FMB - Botucatu -
2005

QUADRO 2 - Quadro 2 - Caracterização dos médicos entrevistados – Botucatu –
2004 a 2005

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEM	Associação Brasileira de Escolas Médicas –até 1975 Associação Brasileira de Educação Médica – após set./out. 1975
ALAPE	Associação Latinoamericana de Pediatria
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
COHAB I	Conjunto Habitacional Humberto Popolo
CSE	Centro de Saúde Escola
DST	Doença Sexualmente Transmissível
FCMBB	Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas
FEPAFEM	Federação Pan-Americana de Faculdades e Escolas de Medicina
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
FMB	Faculdade de Medicina de Botucatu
IDA	Integração Docente Assistencial
IUSC	Interação Universidade Serviços e Comunidade
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAHO	Pan American Health Organization
PROMED	Programa de Incentivo à Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESP	Universidade Estadual Paulista
USF	Unidade de Saúde da Família
UVF	Unidade da Vila Ferroviária
UVL	Unidade da Vila dos Lavradores

Sumário

Resumo	14
Abstract	16
Apresentação	20
Introdução	31
1.1. Medicina Integral, Medicina Preventiva Medicina Comunitária, Medicina Social	32
1.2 O momento atual da Educação Médica no Brasil	35
1.3 O ensino de Pediatria na Atenção Primária	39
1.4 O ensino de Pediatria na Atenção Primária: experiências em São Paulo	46
1.5 O caso em estudo	51
2 Pressupostos teóricos	58
3 Unidade de análise do estudo	71
3.1 Objetivos do estudo	72
4 Metodologia	73
4.1 População Alvo	80
4.2 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados	81
4.3 Procedimentos de Análise dos dados	82
4.4 Aspectos éticos	85
5 Resultados e Discussão	87
5.1 A visão dos docentes que participaram da elaboração do curso de pediatria na comunidade	88
5.2 A visão dos médicos que participam do curso	107
5.3 A visão dos alunos que avaliaram o curso	133
6 Considerações finais	148
7 Referências Bibliográficas	152
8 Anexos	165

O ensino de pediatria na atenção básica em saúde: entre as fronteiras do modelo biomédico e a perspectiva da integralidade do cuidado: um estudo de caso.

O presente trabalho foi um estudo sobre educação médica, focalizado na experiência de ensino de pediatria na atenção básica, com o objetivo de analisar a contribuição da disciplina de Pediatria Social e Comunitária no 4º ano de graduação em medicina da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) para o ensino que visa à integralidade do cuidado. Utilizou-se a metodologia qualitativa de pesquisa, tendo como estratégia o estudo de caso. O método de análise usado nessa pesquisa foi fundamentado no referencial teórico da abordagem sócio-histórica, subsidiado pelos estudos de Vigotski. A relevância do estudo justifica-se no esforço que a disciplina de Pediatria Social e Comunitária vem desenvolvendo para contribuir com a diversificação de cenários de ensino e aprendizagem, marcando-se como representante de inovação no curso de Pediatria da FMB. O presente trabalho permitiu analisar o que docentes formuladores da disciplina, médicos supervisores da disciplina e os estudantes do 4º ano da graduação em medicina consideraram como aprendizados relevantes para o profissional de saúde, que só poderiam ser alcançados por meio da sua inserção nos serviços de atenção primária; identificar a contribuição dos médicos supervisores para buscar respostas para questões oriundas dos atendimentos em pediatria em atenção primária; identificar a contribuição dos médicos supervisores no processo de mediação para que os estudantes cheguem a um ponto de aprendizagem que não poderiam alcançar sozinhos; e ainda identificar a importância do papel dos estudantes na sua relação com outros membros da equipe. As entrevistas com os docentes e com os médicos, transcritas e analisadas, e a análise das avaliações escritas realizadas pelos estudantes revelaram núcleos de significação comuns a todos esses atores: *a importância da diversificação de cenários de ensino, do aprendizado dos principais problemas de saúde, do aprendizado sobre a possibilidade do trabalho em equipe multiprofissional, da integralidade no atendimento da criança, com ênfase no vínculo e da experiência na comunidade como uma oportunidade de aprender sobre prevenção e promoção da saúde*. Essa análise permitiu perceber que o desafio colocado pelas diretrizes curriculares do curso de medicina, na formação de um profissional capacitado a atuar no Sistema Único de Saúde, requer a integração de disciplinas dentro de um projeto político pedagógico, a ser continuamente revisto. A Pediatria Social pode contribuir nesse processo e, sobretudo que a interação com a comunidade e o ensino na atenção básica deve-se constituir num eixo transversal do currículo.

Palavras-chave: Educação Médica; Pediatria; Atenção Primária à Saúde; Estudo de Caso.

Pediatrics teaching in primary health care: between the boundaries of the biomedical model and the perspective of integrality of care: a case study.

The present work was a study about medical education, focusing on the experience of Pediatrics teaching in primary health care, and had the objective of analyzing the contribution of the discipline Social and Community Pediatrics in the 4^o year of Medicine course at Botucatu Medical School (Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB) to the teaching that aims at the integrality of care. The quantitative research methodology was used, having the case study as strategy. The analysis method used in this work was grounded on the theoretical framework of the social-historical approach, subsidized by Vigotski's studies. The relevance of the study is justified by the effort of the discipline Social and Community Pediatrics has been developing to contribute to the diversification of teaching-learning scenarios, playing its role as representative of the innovation of the Pediatrics course at FMB. The present work allowed analyzing what discipline formulator teachers, discipline supervisor doctors and the fourth-year undergraduate students consider to be relevant learning for the professional in health, which could only have been reached by its insertion into the services of primary care; identify the supervisor doctors' contribution to seek answers to questions that come from pediatric assistance in primary care; identify the supervisor doctors' contribution to the mediation process so that students can reach a learning level which they could not reach by themselves; and, furthermore, identify the importance of the students' role in their relation with the other members of the team. The interviews with the teachers and the doctors, written down and analyzed, and the analysis of the written tests taken by the students reveal signification kernels which are common to all these actors: *the importance of the diversification of teaching-learning scenarios, of learning the main health problems, of learning about the possibility of multi professional group work, of the integrality in childcare, with emphasis on the bond and on the experience in the community as an opportunity to learn about prevention and health promotion*. This analysis allowed realizing that the challenge created by the curricular directives of the Medicine course, for the formation of a professional that's able to work in the Unified Health System (Sistema Único de Saúde – SUS), requires integration of disciplines in a political pedagogical project, to be continuously reviewed. Social Pediatrics can contribute to this process and, above all, that the integration with the community and the teaching of primary care must constitute a transversal axis of the course.

Key Words: Medical Education, Pediatrics, Primary health care, Case Study.

*Não há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino.
Esses que fazeres se encontram um no corpo do outro.
Enquanto ensino continua buscando, reprocuro. Ensino
porque busco, porque indaguei, porque indago e me indago.
Pesquisa para constatar, constatando, intervenho, intervindo,
educar e me educar.
Pesquisa para conhecer o que ainda não conheço e
comunicar ou anunciar a novidade (PAULO FREIRE, 1996)*

Por que uma pediatra realizaria um estudo em Educação Médica?

É importante explicitar como a minha história pessoal conduziu-me para esta investigação. Assim como Urtiaga (2001), acredito que a prática pedagógica é construída no cotidiano de cada um dos profissionais. Partindo do pressuposto de que a prática cotidiana do professor é movida pelo senso comum, devo esclarecer, no entanto, que a concepção que guia esta investigação é que o *ponto de partida* é a prática social dos docentes e médicos supervisores, suas experiências, suas memórias, seu saber prático. Contudo, busca-se uma ruptura com a forma de pensamento e ação próprios do cotidiano. Segundo Mazzeu (1998, p.64-65), “o desafio é encontrar pistas que nos auxiliem a incentivar um processo de reflexão que supere, sem ignorar, a experiência cotidiana desses professores”.

Durante a graduação, participei de um projeto de iniciação científica no Departamento de Patologia, com o professor Mário Rubens Montenegro que, para além da iniciação científica, ensinou-me através de constantes questionamentos o significado de Universidade. Costumava relatar as dificuldades do processo de implantação da Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas (FCMBB), atual Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), cuja proposta inicial era inovadora para época, meados de 1960. Foi um mestre, sempre crítico, na ciência, na docência e na vida. Ele sabia como ninguém despertar a paixão pela docência. Um exemplo de profissional dedicado ao ensino e à pesquisa. No minucioso trabalho do laboratório experimental, aprendi a procurar explicações para os mecanismos de imunidade humoral, que estudávamos na época, com rigor científico aliado à possibilidade de encontrar respostas para os questionamentos formulados.

A Universidade nos anos de 1980 passava por um período político turbulento, com movimentos sociais voltados à democratização do ensino superior, inclusive pelo voto direto para Reitor. Nesse contexto, interessei-me pelo Centro Acadêmico Pirajá da Silva, onde atuei por três anos. Comecei no Departamento Científico e depois participei da Diretoria. Fui representante discente na Congregação da FMB em tempos difíceis, muito mais do que os atuais. Por que participava? Para contribuir nos debates que se faziam sobre o ensino e, em particular, sobre o internato, mostrando a visão dos discentes. Esse foi um importante aprendizado dos valores do coletivo, da representação de um grupo, enfim, da construção de um processo democrático na Faculdade.

Ao final do curso, a pediatria foi a área clínica escolhida, tendo cursado

residência médica no Departamento de Pediatria da FMB por dois anos. Nesse período, tive minha primeira experiência de atendimento médico fora dos muros da Universidade, com supervisão à distância, no Centro de Saúde Municipal do CECAP, uma unidade na periferia de Botucatu, e num posto rural, em Vitoriana, afastado cerca de meia hora da cidade. Até então minha vivência clínica tinha sido somente em atividades no hospital da FMB, de nível terciário, e em ambulatório de puericultura e de pediatria geral. Essas experiências não podiam ser transportadas como modelos para a Unidade Básica de Saúde, o que marcou minha formação. Apesar do estudo, das práticas realizadas, de anos de dedicação, tais experiências não me possibilitavam responder às necessidades e aos questionamentos, por exemplo, de uma mãe cujo filho reprovado na escola não apresenta problemas de desenvolvimento. A família precisaria, obviamente, de apoio para enfrentar a questão.

Realizei o terceiro ano de residência na Pediatria Social, tendo como colega um médico graduado pela Universidade Estadual de Londrina, com excelente formação em atenção primária. Desenvolvemos projetos em Saúde Escolar, com a equipe multiprofissional da Prefeitura Municipal de Botucatu, com a área de Nutrição do Departamento de Saúde Pública, estudando crianças desnutridas e na área de Adolescência, com a professora Tamara Goldberg. As professoras Agueda Beatriz Pires Rizzato, Ercília Maria Carone Trezza e Eliana Goldfarb Cyrino, pioneiras na integração da Universidade com a rede básica do município, influenciaram decisivamente minha formação. Parte da residência foi realizada no Centro de Saúde Escola (CSE), onde o trabalho em equipe multiprofissional foi marcante, pois o vínculo dos profissionais, médicos e

enfermeiros, com seus pacientes era (e é até hoje) um diferencial importante.

Essa identificação determinou que eu prestasse concurso e fosse aprovada como médica pediatra do CSE, tendo participado da Área de Saúde da Criança de 1992 até 2000. Nessa fase atuei como pediatra, (tendo) a oportunidade de iniciar o atendimento na área de Saúde da Criança. O compromisso dos profissionais da área sempre foi com a atenção integral à criança e à família, (em que) a prioridade é a assistência com qualidade, ensino e pesquisa. Embora a maior parte do tempo fosse dedicada ao atendimento individual de crianças e adolescentes, em 2000 iniciei o atendimento de puericultura em grupo, com a enfermeira Cássia Marisa Manoel, para crianças de um mês até completar um ano, com atendimentos mensais. Entre 2002 e 2004 pudemos receber nesses grupos residentes de pediatria, saúde pública e aprimorandos de enfermagem. O contato com mães e crianças, num espaço diferente do consultório, permitiu uma troca de experiências e vivências e um grande aprendizado pessoal. Em situação de grupo, mães e avós colocam questões, crenças e dificuldades que não costumam aparecer no atendimento individual.

Os questionamentos dos estudantes e a prática clínica foram motivadores do meu mestrado em Pediatria que, por meio de um estudo quantitativo de inquérito domiciliar, teve como objetivo caracterizar a utilização dos serviços de saúde por mães e crianças da área de abrangência do CSE de Botucatu, concluído em 2000. Foi o momento de adquirir e aprofundar conhecimentos em Saúde Pública, na utilização de serviços de saúde, aproveitando a vasta experiência da professora co-orientadora, Luana Carandina, que organizou e coordenou a maioria dos inquéritos domiciliares realizados em

Botucatu, em diversas pesquisas. O mestrado (PREARO, 2000; 2006) me possibilitou ampliar o olhar clínico para questões populacionais. A discussão dos resultados, analisados sob a ótica de pesquisa quantitativa, contribuiu para compreensão de aspectos que no dia-a-dia do atendimento no Centro de Saúde Escola eram apenas intuídos. Entretanto, muitas questões do cotidiano da prática profissional não podiam ser respondidas por esse tipo de metodologia de pesquisa. Foi nesse momento que meu interesse pela pesquisa qualitativa iniciou-se.

Em 1993, fui convidada a participar do planejamento, implantação e para ser supervisora de alunos do 4º ano de Medicina no estágio em Pediatria Social e Comunitária, no qual alunos atuam em atendimento individual, em Centros de Saúde Municipais e Centro de Saúde Escola. Era um grande desafio para a pediatra que, aos poucos, estava assumindo um papel de professora. A coordenação dessas novas tarefas ficou a cargo da docente organizadora do curso, com larga experiência de ensino em ambulatório e atuação na comunidade. Meu interesse pelas questões dos processos de ensino e aprendizagem data desse período, motivado pelos questionamentos e dificuldades encontrados na prática diária. Participo desse curso desde sua implantação, assumindo a coordenação do mesmo nos últimos cinco anos, acreditando ser essa uma experiência significativa na formação de futuros médicos.

Por um período de dois anos e meio (1992 a 1994), fui também médica pediatra concursada pela Prefeitura Municipal de Botucatu, trabalhando 20 horas semanais no Centro de Saúde da COHAB I e, posteriormente, no Centro de Saúde do Jardim Peabiru. Nesse período, além do atendimento diário de casos de pediatria, participava, uma vez a cada quinze dias, das reuniões periódicas da

equipe multiprofissional de Saúde Escolar. Esse era um espaço para discutir casos reais, sobretudo quanto ao fracasso escolar, num trabalho em equipe, em que a responsabilidade na condução de casos complexos era dividida entre os membros. O olhar das fonoaudiólogas, da assistente social, da enfermeira, do pediatra, do pedagogo, do psicólogo, do educador e do professor sobre a mesma criança ou família, a busca conjunta da melhor maneira de conduzir as questões e a coresponsabilidade de todos, foi um aprendizado inestimável, uma vivência da integralidade. Então, por que não levar essa experiência para os estudantes?

A partir de 2001 até 2004 fui responsável pela participação dos alunos do quarto ano de Medicina e aprimorandos da Saúde Escolar em algumas das atividades do Programa de Saúde Escolar, mais especificamente de Educação em Saúde, nas escolas municipais. Essa também foi uma oportunidade de aprendizagem para alunos de graduação, pois não fazia parte do currículo tradicional da FMB. Foi uma inovação importante, uma vez que permitiu a eles a participação na discussão e condução de casos reais, vendo como é possível “desmedicalizar” o fracasso escolar.

É desse período, também, a participação da FMB no projeto UNI (Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde - União com a Comunidade), patrocinado pela Fundação Kellogg, que incentivou o ensino de pediatria na comunidade. O professor Osvaldo Yoshimi Tanaka, avaliador externo do projeto UNI, costumava perguntar a nós professores supervisores: - o que um estudante de Medicina aprende na comunidade, em pediatria, que não aprenderia se apenas tivesse como cenários de prática o ambulatório e a enfermaria do Hospital de Clínicas? Responder a essa questão foi um dos desafios que

influenciaram a elaboração da presente pesquisa.

Os profissionais de serviços da saúde e membros da comunidade participaram de diversos cursos de extensão, dos quais destaco o do professor José Venturelli, Curso de Formação Docente em Metodologia Inovadora nas Ciências da Saúde, em 1999. Os encontros possibilitaram debater e questionar o currículo tradicional da FMB, o programa da disciplina de pediatria e a prática docente de todos os participantes, professores das grandes áreas clínicas e do ciclo básico. Também o curso de Aprendizado Baseado em Problemas realizado em Londrina e de Avaliação em Botucatu, utilizando o planejamento estratégico situacional, marcaram minha formação. Na pós-graduação, o curso de Pedagogia e Didática, com as professoras Miriam C. P. Porto Foresti e Maria Lúcia Toralles Pereira, levou-me a um processo contínuo de questionamento e conseqüente mudança da minha prática pedagógica.

Em 2000, fui convidada pelo diretor da FMB a trabalhar na implantação do novo currículo (da FMB), sob a coordenação da Prof^a. Eliana Goldfarb Cyrino. Esse foi outro grande desafio, que me permitiu participar de reuniões da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) Regional São Paulo, da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) e Congressos Brasileiros de Educação Médica, em busca de conhecimentos para poder contribuir nas discussões sobre mudança curricular presentes naquele momento. No Conselho de Curso de Graduação, participei da elaboração e implantação de instrumentos de avaliação dos estágios do 5º ano do internato.

Em 2001, participei da oficina que instituiu o Núcleo de Apoio

Pedagógico (NAP) da FMB, onde, desde sua criação, atuo no Conselho Consultivo. Faço parte do grupo que, atendendo a uma convocação do Ministério da Saúde e da Educação, coordenou, num processo participativo, as inúmeras oficinas de planejamento estratégico e elaborou o projeto para concorrer ao Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED). Todas essas oportunidades ampliaram minha atuação como professora, não apenas em uma disciplina, mas permitiram a compreensão do currículo da FMB como um todo.

O PROMED tem sido um catalisador dos processos de mudança da FMB. Um de seus eixos é a Interação Universidade Serviço e Comunidade (IUSC). Participar da organização dessa integração de disciplinas, de forma multiprofissional e interdisciplinar, é meu atual desafio. O IUSC tem como objetivo colocar o estudante de Medicina na comunidade, desde o primeiro ano, em pequenos grupos supervisionados por docentes ou profissionais de diferentes serviços de saúde. Na coordenação do 1º ano do IUSC, desde 2004, componho a equipe de professores e profissionais da saúde responsáveis pelo planejamento, implantação e processo de formação permanente dos professores. Trata-se de uma experiência construída coletivamente, em oficinas de planejamento participativo, a partir do reconhecimento da necessidade de vivência de alunos e professores em cenários e práticas não restritos à visão biológico-reducionista, e sim voltada para a integralidade das ações em saúde, do primeiro ao sexto ano do curso (CYRINO et al., 2005; CYRINO et al., 2006).

Em 2004, iniciei o doutorado em Pediatria, com o projeto de estudar a experiência de ensino do 4º ano de Medicina na comunidade. A escolha foi

motivada pela necessidade de reflexão sobre os aspectos teóricos que embasaram minha prática docente em atenção primária, também vivenciada por uma equipe de profissionais de serviços de saúde, da qual participo há doze anos. Essa foi uma oportunidade para retomar questionamentos que apareceram na época do mestrado, juntamente com questões colocadas pelos avaliadores externos do projeto UNI e pelos supervisores de alunos.

Esse estudo, de caráter educacional, foi um grande desafio para uma profissional com formação médica cuja experiência anterior foi em pesquisa experimental e que durante o mestrado realizou um estudo de cunho epidemiológico. Entretanto, os desafios fazem parte de nossas vidas e na minha escolha pela Pediatria Social e pela Educação Médica, como áreas de atuação, certamente é fundamental enfrentar, ainda que com dificuldades, o desenvolvimento de um estudo educacional no campo da formação de profissionais de saúde.

Durante o desenvolvimento deste trabalho, participei do Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais da Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), em parceria com a Rede Unida e Ministério da Saúde. Durante todo processo nos encontros presenciais e nos fóruns à distância, várias questões debatidas e aprofundadas no campo de formação de profissionais, da gestão de processos em saúde e atenção à saúde voltada para a lógica do cuidado contribuíram muito para os estudos necessários ao presente trabalho. Nessa especialização desenvolvi estudo sobre o portfólio como modelo de avaliação formativa do estudante.

A reflexão sobre minha trajetória profissional levou-me à seguinte

questão: como e quando uma médica torna-se professora? O importante é reconhecer que o processo de formação docente tem um início, mas não tem final, é permanente. O currículo de Medicina é vivo, dinâmico e exige do professor a postura de quem busca, tem questionamentos e aprende sempre, ao lado dos estudantes, das famílias, dos líderes comunitários e de outros profissionais de saúde. Assim, valho-me de uma citação de Vieira Pinto (1982): “O caminho que o professor escolheu para aprender foi ensinar. No ato do ensino ele se defronta com as verdadeiras dificuldades, obstáculos reais, concretos, que precisa superar. Nessa situação ele aprende.” (p.21-22). Ou, no dizer de Paulo Freire (1996) e Esther Grossi (2000), “só ensina quem aprende”.

Percorrer esse caminho tem sido árduo, mas entre acertos e erros, não há dúvida de que ao invés de ensinar apenas com foco numa especialidade, é preciso ensinar conhecendo o contexto maior do currículo médico em transformação, visando ao profissional que se quer formar.

A dificuldade de transformar essas questões em tema do doutorado pode ser explicada pelo envolvimento pessoal com o objeto de trabalho, qual seja, o de ensinar a prática da Pediatria.

Essa prática de ensino de pediatria na comunidade, inicialmente construída coletivamente, foi perdendo seu caráter, tornando-se muitas vezes solitária, porque frente às exigências da assistência, da pesquisa e do ensino, os profissionais não têm disponibilidade de se reunir e trocar anseios e experiências.

Com o passar do tempo, um aprofundamento maior, uma reflexão sobre a prática torna-se necessária, como pude observar nas diversas reuniões regionais e nacionais da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM),

convivendo com outros profissionais da saúde que apontavam a necessidade de refletir sobre as diferentes questões da prática docente, ou seja, perceber que não basta ser médico pediatra para ser um bom professor de prática pediátrica. Assim, as seguintes questões foram se delineando: o ensino de pediatria na atenção básica pode de fato implementar novas práticas profissionais ou é só “o velho com roupa nova”? Como avançar para além de experiências exitosas e pontuais? Como não se restringir ao raciocínio multicausal e a uma prática intervencionista na qual a promoção é mais uma imposição cultural e a assistência está centrada na doença?

1. INTRODUÇÃO

1.1. Medicina Integral, Medicina Preventiva

Medicina Comunitária, Medicina Social

O ensino de Medicina, no século XX, experimentou diversas propostas de reforma, das quais destacam-se as que tiveram influência na América Latina e, especialmente no Brasil: a reforma Flexner, os movimentos da Medicina Integral e Preventiva e o Movimento da Medicina Comunitária (AROUCA, 1975; SCHRAIBER, 1989).

Santos (1987, p.87) destaca:

A educação médica do mundo ocidental foi sistematizada, na forma de sua práxis atual, no início do século XX, tendo como documento básico o conhecido Relatório Flexner datado de 1910. Flexner considerou um modelo mecanicista para a estrutura e funcionamento do corpo humano, considerando-o como uma máquina prestando-se assim, de forma ideal, para o exercício das regras da análise racionalista cartesiana: deve ser feito o estudo dos sistemas e dos órgãos isolados do corpo, excluía, de certa forma, a visão de totalidade do mesmo, a doença é encarada como um processo natural, biológico, excluindo-se a causalidade social.

O relatório Flexner concorreu para assentar a base científica no ensino e para iniciar a época do prestígio da medicina norte-americana.

A análise da evolução do ensino médico deste século é dividida esquematicamente em dois períodos: o primeiro, até 1960, dominado pela influência do Relatório Flexner, no sentido do reforço da formação científica; o segundo, a partir daquele ano, marcado por importantes modificações, decorrentes da expansão do ensino, das

mudanças no sistema de saúde e ações no âmbito das próprias escolas (FRAGA FILHO, 1988).

Cyrino (2002) afirma que muitos diagnósticos foram realizados buscando identificar as principais tendências das escolas médicas no Brasil e na América Latina (GARCIA, 1972; FERREIRA, 1986; ALMEIDA, 1999), apontando que o positivismo ainda é a concepção hegemônica nas escolas médicas, com a nítida separação entre ciclo básico/pré-clínico e ciclo profissional/clínico, nas quais dominam as atividades no hospital universitário.

Outros movimentos de reforma, no Brasil, como o da Medicina Integral, Medicina Preventiva e Medicina Comunitária podem ser identificados entre o final da década de 1950 e o início de 1970, os quais se ligaram ao ensino médico como possibilidades (...) de correção da “inadequação” desse ensino às necessidades sociais e de produção de serviços médicos e a desadaptação do desempenho profissional às “necessidades de saúde da população” (SCHRAIBER, 1989; CYRINO, 1996).

A Medicina Integral surge na década de 1950 como proposta de reformulação da educação médica americana, visando aprimorar a medicina individual e superar seu caráter fragmentário mediante uma concepção globalizadora do objeto individual da prática: o paciente como totalidade biopsicossocial. Nos Estados Unidos, isso se colocava como o esforço liberal de superação da inadequada articulação entre a Saúde Pública, a cargo do Estado, e a Assistência Médica, a cargo do setor privado. Trata-se de um esforço de superação da abordagem multifacetada do paciente em função da crescente especialização da prática (DONNANGELO, 1979; CYRINO, 1996).

Na educação médica, a Medicina Integral traduziu-se na emergência da Medicina Preventiva como disciplina de ensino, com uma superposição dos campos da Medicina Preventiva e Medicina Integral, uma vez que essas propostas têm como eixo a reorientação interna do ato médico, buscando em cada profissional um agente da reforma médica (DONNANGELO, 1979; CYRINO, 2002).

Na América Latina, a Medicina Preventiva difunde-se, a partir do final da década de 1950, mediante seminários e congressos, assumindo a forma de um movimento ainda mais restrito à escola médica.

A proposta da Medicina Comunitária surge nos Estados Unidos, na década de 1960, sob a forma de extensão do cuidado médico aos grupos sociais que dele se encontravam excluídos. Desenvolve-se utilizando princípios já elaborados da Medicina Integral e da Medicina Preventiva e tem, como seu projeto central, uma estratégia de prestação de serviços à população.

Na América Latina, a Medicina Comunitária difunde-se com apoio de agências internacionais (Organização Mundial de Saúde, Organização Pan-americana de Saúde).

Ferreira (2006) destaca que a criação das Associações de Escolas Médicas nos países de toda América Latina e a integração de todas elas à Federação Pan-Americana de Faculdades de Medicina (FEPAFEM), constituída em 1966, resultaram numa nova força em apoio da proposta de retomada da formação geral dos médicos, em nível de graduação.

Também na América Latina, na década de 1970, com o agravamento da crise social e a organização de movimentos sociais, frente a críticas aos

modelos que não estavam respondendo às necessidades da população, surgiu o Movimento da Medicina Social. Era uma tentativa de romper com a postura ideológica da Medicina Preventiva e da Medicina Comunitária, com a mentalidade preventivista e com a concepção de multicausalidade do processo saúde-doença. A Medicina Social buscava “delimitar um objeto de estudos a partir do qual pudesse produzir conhecimentos que contribuíssem para uma prática transformadora” (AROUCA, 1975, p.143).

Nunes (1989b, 1991, citado por ZANOLLI, 1999) relata que o desenvolvimento da Medicina Social, dentro da escola médica, intensificou-se através dos seus cursos de pós-graduação relacionada aos departamentos de Medicina Preventiva e /ou Social, no decorrer da década de 1970 e na de 1980.

1.2 O momento atual da Educação Médica no Brasil

A valorização dos contextos político, social e econômico como determinantes da ação pedagógica no espaço universitário constitui uma das evidências do processo de mudanças que a escola médica vivencia. O paradigma científico dominante no último século, fruto de uma concepção positivista da ciência, vem mostrando sinais de esgotamento. Neste momento, pode-se visualizar a emergência de um novo padrão para o ensino médico, que se expressa nas pesquisas sobre educação médica, nas estratégias curriculares inovadoras, assim como na organização e revalorização de novos campos profissionais (URTIAGA, 2002).

Nos últimos trinta anos, diversos diagnósticos foram realizados com o escopo de identificar as principais tendências da escola médica no Brasil e na

América Latina, observando-se que a grande maioria centra seu ensino no hospital-escola, não guardando relação com a estrutura de organização dos serviços públicos de saúde e nem com as necessidades de saúde da população habitante da região onde está localizada a escola médica (CYRINO, 2002).

No entanto, inovações curriculares são identificadas em algumas escolas médicas desde a década de 1960, entre elas a da Universidade Federal de Minas Gerais com currículo compacto (1965) e com a área clínica integrada e a implantação do internato Rural (1973); a da Universidade de Brasília (1966), com novas concepções de integração de disciplinas dos cursos da saúde e criação de módulos vinculados aos sistemas orgânicos; a da Universidade de São Paulo (1968) como uma alternativa, com novas concepções, ao curso convencional, e reorientação, nos anos 80, com o currículo nuclear, com integração horizontal e vertical das disciplinas e composição de blocos para o estudo de sistemas; a da Universidade Federal Fluminense (1992), integrando atividades com a rede de saúde de Niterói/RJ, que se iniciaram a partir da década de 1970. Todas estabeleciam novas possibilidades de articulação entre o biotecnológico e o social no curso de graduação médica (LAMPERT, 2001).

Movimentos de inovação curricular de relevância ocorrem com os Programas de Integração Docente Assistência (IDA) desde 1985 e, a partir de 1993, com o Projeto Uma Nova Iniciativa na formação de profissionais de saúde (Projeto UNI), implantados em seis escolas brasileiras (Londrina/PR, Botucatu/SP, Marília/SP, Brasília/DF, Salvador/BA e Natal/RN) que, na aliança ensino e serviço, incluem a participação da comunidade (LAMPERT, 2001). Segundo Feuerwerker et al (2000), a partir de uma proposta de integração entre os

projetos da rede IDA e os projetos UNI, surge em 1998 a Rede UNIDA, concebida como um espaço onde se podiam trocar experiências de articulação entre universidade, instituições de ensino e pesquisa, serviços e comunidade.

O rápido avanço científico e tecnológico trazendo a acentuação do processo de especialização/subespecialização da profissão, a progressiva substituição da prática liberal pelo assalariamento e a vinculação/submissão a convênios e seguradoras de saúde, a elevação nos custos de procedimentos e serviços, a discussão da Reforma Sanitária e a implantação do Sistema Único de Saúde no final da década de 1980 forçaram as escolas médicas brasileiras a reagirem a essas demandas e a participar desse processo de construção de um novo modelo de atenção à saúde da população brasileira (BASILE, 1998, p.307). Assim, constitui-se em 1990 a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM), que reunia entidades representativas ligadas à comunidade acadêmica, universitária e da classe médica, com o objetivo principal de avaliar os componentes da qualidade para a transformação da realidade revelada do ensino médico no Brasil. No período de 1991 a 1997, foram desenvolvidas duas fases do Projeto CINAEM. A primeira teve por objetivo identificar e descrever o perfil das Escolas Médicas, além de analisar as relações entre algumas variáveis que determinam a adequação e a qualidade do médico formado. Na segunda fase, a proposta foi caracterizar a qualificação do médico formado, a avaliação dos recursos humanos das escolas médicas brasileiras e entender melhor como se dão as relações destes no modelo pedagógico (BASILE, 1998, p.309-310).

A aprovação das diretrizes curriculares de medicina representa uma

conquista da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e de todos os segmentos envolvidos com a causa da qualidade da formação médica, entre eles CINAEM e Rede Unida. Essas diretrizes apontam como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações, identificadas pelo setor saúde e referidas pelos usuários, colocando os conteúdos essenciais não como disciplinas, mas como conhecimentos integrados que versem, de um lado, sobre os determinantes biológicos, sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, éticos e legais do processo saúde-doença, e, por outro lado, desenvolvam a compreensão e o domínio da propedêutica médica, da conduta terapêutica, da promoção da saúde (BRASIL, 2001).

Preserva-se o ensino hospitalar, colocando-o, porém, como um dos cenários de ensino prático, ao lado de outros mais voltados para atenção básica de saúde. Essa resolução representa um passo concreto no intuito de reverter o processo atual de formação, induzindo, ao mesmo tempo, a terminalidade da graduação e o processo contínuo de educação permanente (STELLA, 2001).

Para que se produzam profissionais mais adequados às necessidades da população, vale a pena destacar o papel que passaram a exercer as políticas públicas, a começar pela (reorientação) reformulação do modelo de atenção à saúde, com a implantação de conceitos como os da saúde da família, até o mais recente, o Programa de incentivo a mudanças curriculares nos cursos de medicina (PROMED), visando à reorientação na formação do profissional médico (PADILHA & FEUERWERKER, 2002). Percebe-se, então, em 2004, um novo esforço do Ministério da Saúde cuja finalidade é a de chamar as escolas médicas do país para implementação de mudanças no modelo de formação. Essa

mobilização pode ser verificada por meio dos Programas APRENDER-SUS (2004), ENSINAR-SUS (2004) e, mais recentemente, em 2005, a Especialização em Ativação de processos de mudança na formação superior de profissionais de saúde, uma iniciativa de formação de profissionais da saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP, Fiocruz) e a Rede Unida.

A partir de novembro de 2005, o Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação, lançou o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) que foi endereçado a escolas médicas, de enfermagem e odontologia que se dispuseram a rever seus processos de formação, de maneira a torná-los mais de acordo com as necessidades sociais e epidemiológicas (BRASIL, 2002; 2004; 2005).

Para Del Ciampo & Ricco (2003, p.51),

[...] o processo educativo a que está submetido o estudante de Medicina, numa primeira fase, e o médico, ao longo de toda a sua vida, tem motivado inúmeros estudos, questionamentos e pesquisas em todo o mundo, no sentido de buscar mais racionalidade, eficiência e segurança para a prática médica além de universalidade e exigências éticas e humanísticas.

1.3 O ensino de Pediatria na Atenção Primária

A origem do termo Atenção Primária é de 1920, quando o Relatório Dawson foi publicado no Reino Unido. Esse relatório mencionava “centros de atenção primária” que foram propostos para serem o ponto central dos serviços regionalizados naquele país (PAHO, 2005, p.25).

Entretanto, a definição do termo Atenção Primária em Saúde aconteceu em 1978, na Conferência de Alma Ata, segundo autores como Chaves (1982), é a

[...] atenção essencial em saúde com base em métodos práticos, cientificamente sólidos e socialmente aceitáveis, bem como tecnologia disponibilizada universalmente a indivíduos e famílias na comunidade por meio de sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter [...] Trata-se de uma parte integrante do sistema de saúde do país... e do desenvolvimento social e econômico da comunidade.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, realizada em setembro de 1978, promovida pela OMS e a UNICEF na cidade de Alma-Ata, na União Soviética, foi um marco em todo esse processo de valorização da promoção da saúde. Com representantes de 134 países, teve como lema “Saúde para todos no ano 2000”.

A Declaração de Alma-Ata reconhecia a saúde como um direito fundamental do ser humano que só pode ser alcançado com a participação de setores sociais e econômicos, além do setor saúde; que os cuidados primários de saúde incluem, como mínimo, a educação sobre prevenção e o controle dos problemas de saúde, a promoção de nutrição adequada, o atendimento das necessidades de água e saneamento, os cuidados de saúde materno-infantil, incluindo o planejamento familiar, as imunizações, a prevenção e o controle das grandes endemias, o tratamento apropriado das doenças mais comuns, a promoção da saúde mental e a provisão de medicamentos essenciais.(CHAVES, 1982).

Atenção primária, segundo Starfield (1998), citada em PAHO (2005, p.25), é definida atualmente como:

[...] o nível de um sistema de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, oferece ação focada na pessoa (não na doença) com o passar do tempo, oferece atenção para todas as condições, exceto as incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção oferecida em outros locais ou por outros profissionais.

Pires & Marins (2004, p.37), ao refletirem sobre a formação profissional no contexto das políticas públicas, analisando as práticas no processo de reforma curricular em medicina, destacam a década de 1970 como a da consolidação do modelo “Médico Assistencial” no Brasil, com a formação médica voltada para as subespecialidades, retratada através da fragmentação da forma de abordagem dos conteúdos e práticas do processo ensino e aprendizagem.

Para os citados autores, a ação dos Departamentos de Medicina Preventiva e o desenvolvimento dos programas de Integração Docente Assistencial (IDA), embora representantes contra-hegemônicos do modelo instalado, limitaram-se, no período, a algumas iniciativas localizadas, não alcançando o plano nacional.

Autores como Aleixo (2002) e Pires & Marins (2004) afirmam que a primeira iniciativa concreta na estruturação da Atenção Primária ou Atenção Básica foi o Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1982.

[...] as AIS privilegiavam a gerência de serviços através de uma estrutura colegiada inter-institucional; o repasse de recursos do INAMPS também para o setor público, por serviços prestados e a universalização do atendimento, através de uma estrutura hierarquizada de serviços. [...] no campo das práticas as atividades concentraram-se nos aspectos curativos, relegando a

um plano de menor importância a promoção e prevenção de saúde (PIRES & MARINS 2004, p.37).

As AIS serviram de referência para proposição do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), finalmente culminando com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), devidamente inserido na Constituição Brasileira de 1988, fruto da chamada Reforma Sanitária Brasileira(ALEIXO 2002, p.49).

Campos (2005), ao apresentar um documento preliminar para discutir diretrizes para o ensino médico na rede básica de atenção primária à saúde em todas as regionais da ABEM, sustenta que na Atenção Básica à Saúde(ABS) deveriam ser resolvidos 80% dos problemas de saúde da população, colocando-se para a ABS três funções importantes:

- **Acolhimento à demanda e busca ativa com avaliação de vulnerabilidade:** os pacientes precisam ser acolhidos no momento em que demandam. Sem isso a ABS nunca se constituirá em verdadeira porta do sistema. A dimensão do acolhimento pressupõe a disposição, organização e preparação da equipe para receber, em momentos e horários variáveis, grande variedade de demandas, além de avaliar os riscos implicados, assegurando seu atendimento e visando à máxima resolutividade possível.

- **Clínica ampliada:** a clínica realizada na rede básica de saúde tem uma série de especificidades, o que a torna diferente da realizada em grandes centros hospitalares ou ambulatorios de especialidades. Contrário ao que se costuma pensar há grande complexidade nas intervenções na rede básica. O complexo se define em termos de número de variáveis envolvidas em um dado processo. Nesse sentido é necessário intervir sobre a dimensão biológica ou orgânica de riscos ou doenças, mas será também indispensável encarar os riscos subjetivos e sociais. Essas dimensões estarão presentes em

qualquer trabalho em saúde, no entanto na rede básica atingem uma expressão maior, sendo necessário não somente considerar esses aspectos no momento do diagnóstico, mas também lograr ações que incidam sobre essas três diferentes dimensões. A proximidade com as redes familiares e sociais dos pacientes facilita essas intervenções, porém sem eliminar sua complexidade.

- **Saúde Coletiva:** ainda será imprescindível que a rede básica realize procedimentos de cunho preventivo e de promoção à saúde no seu território. Busca ativa de doentes, vacinas, educação, medidas para melhorar a qualidade de vida, projetos intersetoriais, tudo isso vem sendo recomendado amplamente pela bibliografia da área e contribui, com certeza, para resolução e prevenção de inúmeros problemas de saúde. (p.1-3)

A Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu (FCMBB) foi criada pela Lei 6860, de 22 de julho de 1962.

Em 1976, instituiu-se a Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP) e, dessa forma, desmembrou-se a FCMBB em quatro unidades Universitárias da UNESP: a Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), Instituto de Biociências (IB), Faculdade de Ciências Agrônômicas (FCA) e a Faculdade de Medicina Veterinária (FMVZ).

A Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) oferece dois cursos de Graduação: o de Medicina, com 90 vagas, e o de Enfermagem, com 30 vagas.

A FMB tem, agregado a ela, o Hospital das Clínicas (HC), que integra o Sistema Único de Saúde (SUS) como referência regional, atendendo toda região de Botucatu, norte do Paraná, Mato Grosso do Sul, Sul de Minas Gerais e outros

estados, abrangendo uma população de aproximadamente 3 milhões de habitantes(UNESP, 2007, P.11).

Há quarenta e dois anos, portanto, a FMB vem buscando aprimorar e promover o diálogo entre a universidade, a comunidade e os serviços de saúde, formando profissionais, aprendendo e ensinando nessa interação e realizando estudos que contribuam para melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população e para a transformação social (CYRINO, 2005).

No Brasil, há uma adesão das escolas médicas às proposições desses movimentos reformadores, principalmente por intermédio dos Departamentos de Medicina Preventiva, que vão desenvolver um interesse crescente em campos de práticas, mediante serviços experimentais ou serviços de saúde já existentes, a fim de permitir ensino extramuros mais junto à família e à comunidade. Assim constituiu-se o ensino extramuros nas escolas médicas, no caso da Faculdade de Medicina de Botucatu, a partir de 1969 (CYRINO, 2002, p.21).

Na FMB, o Departamento de Medicina Preventiva propôs a estruturação de duas Unidades Sanitárias Polivalentes, uma urbana e outra rural. No ano de 1970, foi instalada a “Unidade Sanitária do Lageado” (rural), integrada ao projeto da Fazenda Experimental do Lageado. Essa unidade representou uma experiência de ensino e prática de Medicina Integral em nível comunitário para seiscentas pessoas, com um período de atendimento semanal, realizado por alunos de 6º ano do curso médico e médicos-residentes. A unidade sanitária funcionou até 1973, quando foi desativada em função da instalação do Centro de Saúde Escola (CSE) em área urbana a menos de cinco km dessa unidade rural (CYRINO, 1996).

A constituição da primeira unidade sanitária (rural) inscrevia-se sobre uma concepção nitidamente preventivista. Na instalação do CSE, aquele corpo docente buscou estabelecer uma nova condição quanto à responsabilidade assistencial, à definição técnica e à integração institucional, buscando articulação com os serviços de saúde existentes no município. Segundo os próprios docentes do Departamento: “Se na Unidade Sanitária do Lageado o papel dos docentes do Departamento de Medicina Preventiva era o de ensinar e praticar Medicina Preventiva, no CSE passou a ser o de ensinar e praticar Saúde Pública.” Esse Centro significou a possibilidade de ampliar a proposta que já havia sido iniciada com a experiência da Unidade Sanitária do Lageado. Essa ampliação permitiu construir uma tecnologia de organização do trabalho correspondente à vontade política do movimento reformador: extensão da atenção à saúde dirigida às “necessidades de saúde da população” (CYRINO, 2002, p.31).

A Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu foi implantada na década 1980, sob a coordenação de uma docente do Departamento de Saúde Pública que, já de início, organizou estágios para alunos e residentes da FMB.

A FMB iniciou em 1988 um processo de reformulação curricular, com participação da comunidade acadêmica que culminou com o currículo cuja implantação iniciou-se em 1997. Em 1992, membros do Conselho de Curso de Graduação e representantes das Organizações Comunitárias e dos Serviços de Saúde de Botucatu elaboraram uma proposta de inserção da FMB no Programa UNI da Fundação W.K. Kellogg (MACHADO, 1995, p.11).

Com apoio do Projeto UNI-Botucatu, o Departamento de Pediatria da FMB reformulou o programa de ensino da graduação, oferecido ao 4º ano médico,

iniciando-se, assim, a disciplina de Pediatria Social e Comunitária, implantada na sua integralidade em 1994.

O momento atual na Faculdade de Medicina de Botucatu é de revisão do Projeto Político Pedagógico pela comunidade acadêmica.

1.4 O Ensino de Pediatria na Atenção Primária: experiências em São Paulo

A análise das mudanças ocorridas na Educação Médica no século XX auxilia a compreender como se processou o ensino de pediatria no mesmo período.

Zanolli (2001) fez um histórico da atenção à criança no Brasil, destacando que até o início do século XX o cuidado com a criança teve um caráter filantrópico.

Nas duas primeiras décadas do século XX, com a aproximação entre a saúde da mãe e a da criança, originou-se a concepção do binômio mãe-filho, passando-se a falar da saúde materno-infantil e do ideal de proteção à família e à comunidade. A proteção da sociedade e do Estado, principalmente sobre a população menos favorecida, justifica-se pela multiplicidade de fatores sociais, econômicos e culturais desencadeantes dos problemas de saúde (MARQUES, 1982; ZANOLLI, 2001).

Embora historicamente, e ainda hoje, a maioria das escolas médicas no Brasil privilegie as enfermarias como lugar de excelência para o ensino médico, desde 1972 tem-se discutido enfaticamente, em diversos fóruns, a importância do ensino de pediatria em ambulatórios, enfatizando-se a importância do ensino em outros cenários, como, por exemplo, o trabalho em Centros de Saúde (RIZZATO,

1995).

Marcondes (1998), ao comentar, em editorial, sobre a pediatria e o ensino da atenção primária, refere que a quase a totalidade de escolas médicas brasileiras tem investido no ensino da atenção secundária e, sobretudo, terciária, decorrente de ser o aprendizado clínico dos alunos centrado nas enfermarias do Hospital Universitário, tal como constava do relatório Flexner publicado em 1910.

Nesse editorial, o mesmo autor também relata um estudo do Colegiado de Escolas Médicas do Estado de São Paulo (CEMESP), em que solicitava o programa de ensino de atenção primária para 19 escolas médicas de São Paulo. Das nove escolas que responderam, duas não tinham programa nessa área, e nas outras sete ele era desenvolvido nos departamentos de Pediatria e Medicina Preventiva.

Em documento sobre ensino de pediatria, o resultado de um estudo da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em parceria com a Associação Latino-Americana de Pediatria (ALAPE), publicado em 2003, envolvendo 194 faculdades e escolas de medicina, revelava que dessas, 56 eram escolas do Brasil. Os resultados mostraram que 76,6% da prática pediátrica é ensinada em hospitais, e com menor frequência, 23,4% em estabelecimentos de nível primário ou em combinação de hospitais e estabelecimentos de nível primário (OPAS, 2003).

Em estudo realizado por Wechsler (1995), ficou evidenciado que a preocupação com a prestação de serviços de saúde à população, oriunda das reformas da Medicina Preventiva, fez desenvolver as propostas da Medicina Comunitária na década de 1970, mas ao final desta observou-se a necessidade de articulação mais estreita entre a formação e a prestação de serviços, ou seja, entre

faculdades e serviços de saúde. Surgiram, então, na década de 1980, as propostas de Integração Docente-Assistencial (IDA), em que o ensino se integrasse com a assistência prestada à população em via de mão dupla de trocas e apoios (KISSIL & CHAVES, 1991; MARSIGLIA, 1993). Essa concepção também se mostrou limitada, por uma participação da população ainda muito pequena, fazendo surgir, então, nos anos 1990 a proposta da Universidade Integrada à Comunidade – o UNI – Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade.

Uma proposta de ensino de pediatria na Comunidade é o Programa de Integração Docente Assistencial (PIDA) da Escola Paulista de Medicina (EPM), hoje Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Wechsler (1995) relata como esse programa vem se desenvolvendo desde 1970, no município do Embu, seguindo os mesmos determinantes históricos que os da América Latina, através de atividades assistenciais realizadas pelos alunos, residentes e docentes do Departamento da Pediatria. Com o movimento de redemocratização do país, culminando com as eleições de 1982, desencadearam-se discussões de mudanças na área da saúde. Também na EPM e no PIDA-Embu os debates resultaram na elaboração de um novo convênio, em 1983, integrando a EPM, Prefeitura do Embu e Secretaria Estadual de Saúde.

Atualmente, o programa PIDA conta com a participação do curso de Medicina, Enfermagem, Fonoaudiologia e Ortóptica, tanto na graduação como na pós-graduação (PUCCINI, 1994)(UNIFESP, 2006).

O Departamento de Puericultura e Pediatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRUSP), criado em 1954, sempre desenvolveu atividades de

ensino na Comunidade. Em 1967, iniciou atividades ambulatoriais na Usina Açucareira de São Martinho e, em 1969, participou da criação do Centro Médico Social de Vila Lobato, em Ribeirão Preto. Esse mesmo departamento, em 1971, iniciou um trabalho na comunidade, na forma de um projeto de Medicina Comunitária, com foco em educação médica e dentro da lógica do serviço de saúde, o Centro Médico Social de Pradópolis, responsável pela assistência à infância no município e dentro dos princípios da integração docente assistencial (CERQUEIRA FILHO, 1987) (PASQUALIN 1992).

Também em relação à formação do residente de Pediatria, Pasqualin (1992) refere que o Departamento de Pediatria e Puericultura de Ribeirão Preto sempre teve a preocupação de levar o residente para o que se denomina atualmente de atendimento primário. São citados os atendimentos ambulatoriais mantidos na Fazenda Iracema e na cidade de Cássia dos Coqueiros, na década de 1960, na Usina São Martinho, de 1968 a 1972, em Vila Lobato, desde 1968, e na cidade de Pradópolis, de 1971 a 1990. Em 1991, o departamento iniciou suas atividades no Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina, abrindo um novo campo de trabalho e aprendizado aos estudantes e aos residentes. Del Ciampo & Ricco (2003) relatam que a partir de uma reforma curricular em 1993, o internato do curso de Ciências Médicas da FMRUSP inclui o Estágio Integrado em Centros de Saúde, com o objetivo de propiciar ao aluno contato com as atividades coletivas no cotidiano de um serviço de Assistência Primária à Saúde.

Desde 1977, a disciplina de Pediatria Preventiva e Social do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) exerce atividades docente-assistenciais, na área de assistência

primária, no Centro de Saúde Escola (CSE) “Prof. Samuel B. Pessoa”, localizado no subdistrito do Butantã, Município de São Paulo, onde recebe alunos dos cursos de graduação da FMUSP e médicos do primeiro ano da residência básica em Pediatria (YAMAMOTO, 1998).

Zanolli (2001) analisou a atenção à saúde da criança no município de Paulínia (SP), como parte do projeto de integração do ensino médico com os serviços de saúde, em convênio entre a Prefeitura Municipal, a Secretaria de Estado da Saúde e a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), no período de 1970 a 1995. O projeto de Paulínia tinha, na sua origem, uma aposta nos projetos da Medicina Comunitária e da Medicina Preventiva, contribuindo para a constituição da Medicina Social no Brasil (AROUCA, 1975; ANDRADE, 1995). Esse projeto foi coordenado pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social, contando com a participação de outros departamentos, principalmente o de Pediatria. Mendes et al (1996) relataram que, após a ruptura do convênio Unicamp e Prefeitura Municipal de Paulínia, por parte desta última, a área de Pediatria Social optou por atuar em unidades da rede de atenção primária de Campinas.

Buscando atender os princípios da integralidade, a Faculdade de Medicina da UNICAMP iniciou o Módulo Atenção Integral à Saúde, que envolve a Tocoginecologia, a Pediatria e a Clínica Médica, contribuindo para a formação geral do médico, através do desenvolvimento do raciocínio clínico, da compreensão do processo diagnóstico e terapêutico e da prática da relação médico-paciente, em situação de atendimento primário em saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso. O Módulo foi organizado para

alunos do 4º ano médico, desenvolvendo-se em seis unidades básicas de saúde (AMARAL ET AL 2004) (ZEFERINO 2004).

A formulação dessas propostas deve considerar que as crianças e suas famílias passam atualmente por rápidas mudanças sociais. A formação dos profissionais deve acompanhar a transformação social, através de novos conhecimentos, técnicas e experiências, capacitando os futuros profissionais para a promoção da saúde e bem-estar de todas as crianças da comunidade onde forem atuar (GOMES, 2001).

A Pediatria Social, ao vivenciar propostas reformistas do ensino da Pediatria, participou dessas discussões, contribuindo com a crítica dessas experiências para a formação de um profissional responsável pela defesa da vida individual e coletiva, apto a buscar a melhor resolução técnica para os problemas de saúde. Um profissional acima de tudo cuidador, mas que não perde sua competência resolutiva como médico (ZANOLI, 1999).

1.5 O caso em estudo

A disciplina de Pediatria na Comunidade – o caso em estudo

Em 1992, docentes da FMB, inclusive da Pediatria, integraram a equipe de formuladores do Projeto UNI-Botucatu, propondo-se a uma atuação positiva do ensino médico na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) com uma efetiva participação da Universidade, Serviço e Comunidade (CYRINO, 2002).

Foi o momento de ampliar o ensino de graduação em pediatria para fora dos muros da Faculdade, aproveitando a experiência anterior desenvolvida na

residência:

Em junho de 1993 demos os primeiros passos no sentido de organizar o curso de Pediatria em Comunidade [...] A fase preparatória, que se estendeu de junho de 93 a junho de 94, consistiu em uma série de contatos e discussões com pessoas interessadas no processo [...] organizamos um Grupo de Trabalho que se reuniu semanalmente, composto inicialmente por 2 docentes do Departamento de Pediatria, 1 docente do Departamento de Saúde Pública e 5 pediatras da Rede Municipal de Saúde. (TREZZA & PREARO,1995, p.26)

A pesquisadora desse estudo era médica contratada da Prefeitura Municipal de Botucatu e do Centro de Saúde Escola, com formação em Pediatria Social e foi convidada a participar dessa experiência de ensino de pediatria na comunidade, para alunos de graduação.

Na fase de planejamento do curso, aconteceram reuniões em centros comunitários, onde foi possível discutir, em diferentes bairros, com lideranças comunitárias, representantes das UBS e docentes da FMB, a presença do aluno do 4º ano atendendo casos de pediatria, sob supervisão de médicos ou docentes, durante o segundo semestre de 1993, uma idéia que foi bem recebida pelos representantes dos usuários e lideranças da comunidade. Em um depoimento, uma moradora local que dizia “é importante que os estudantes de medicina venham ao Posto de Saúde, para aprender a tratar das doenças que nós temos” (TREZZA & PREARO 1995, p.27).

As palavras dessa liderança comunitária refletem uma realidade dos Hospitais Universitários, que por seu papel de centro de referência de inúmeros municípios, recebe casos raros, que exigem investigação.Segundo autores como

Troncon (1999):

[...] o ensino hospitalar e, em menor extensão, o ambulatorial, permitem a exposição do estudante a um contingente quantitativamente menor e mais particularizado de problemas de saúde; o doente internado no hospital oferecerá, obviamente, experiência educacional centrada predominantemente na doença instalada e em suas complicações, bem como em aspectos peculiares do manejo clínico. Ao contrário, a atuação do estudante, nos serviços de saúde da comunidade, pode propiciar o contato com um espectro mais amplo e mais numeroso de casos, e a oportunidade de identificação das manifestações iniciais das doenças (p.38).

A integração do aluno de graduação em pediatria fora do ambiente do Hospital Escola e de seus ambulatórios iniciou-se desde 1994, quando passou a ter alunos do 4º ano de Medicina atuando em Unidades Básicas de Saúde Municipais, de forma contínua, com supervisão dos médicos pediatras dos serviços e coordenação de docente do Departamento de Pediatria. São pequenos grupos de sete a oito alunos, distribuídos em três Unidades Básicas de Saúde (UBS), que participam do atendimento à criança e ao adolescente. Esses alunos tomam parte na Equipe Multiprofissional de Saúde Escolar do Município de Botucatu e atuam junto à comunidade em programas de Educação em Saúde.

Os médicos pediatras, que se dispuseram a receber alunos em número de dois nas Unidades Básicas de Saúde Municipais, eram, em sua maioria, profissionais formados pela Faculdade de Medicina de Botucatu, que identificavam como benéfica a presença do aluno, como um estímulo ao processo de formação contínua do profissional. Faltavam consultórios e tempo para dar

atenção aos pacientes e aos alunos. Também o atendimento não poderia ocorrer todos os dias da semana. Ficou acordado entre o Departamento de Pediatria e a Secretaria Municipal de Saúde que os médicos receberiam alunos duas vezes por semana. Para os outros dias, os alunos realizavam práticas, em escolas, sobre Educação em Saúde, integrado ao programa de Saúde Escolar do Município de Botucatu.

É importante destacar que todas as atividades foram discutidas e construídas respeitando os profissionais da rede de serviços de saúde e representantes da comunidade, atitude presente nos discursos oficiais, mas de difícil execução prática. Lins et al (1999, p.12), referindo-se à construção de parcerias no contexto do Projeto Uni – Botucatu, analisava:

[...] reconhecer a complexidade do setor saúde e de uma proposta que envolve três setores complexos (saúde, educação e movimentos sociais) não deve negar a possibilidade de ações específicas e mais direcionadas ao problema. Como, por exemplo, de que forma os projetos UNI, pelo menos no Brasil, propõem a resolução de um conflito como a necessidade de levar a formação para espaços mais próximos à comunidade e a já existente sobrecarga de trabalho de alguns profissionais que atuam nesses espaços ou a manutenção de uma qualidade mínima de ensino através de supervisões adequadas.

A formação pediátrica tem dado maior ênfase à atenção à saúde do recém-nascido e do lactente e menos à do escolar e do adolescente, mas nesse programa três períodos de 4 horas são reservados para a criança em idade escolar:

Permitir que ele entre em contato com a criança em processo de escolarização, completando seus conhecimentos sobre o

crescimento e desenvolvimento nessa importante fase de sua vida, e ainda, de vivenciar o trabalho de uma equipe multiprofissional em ações de saúde, bem como, avaliar e discutir a tendência à medicalização do fracasso escolar.

Os alunos participam [...] através de aula expositiva, estudo dirigido e discussão de casos, entrevistas e observação do trabalho dos médicos, assistentes sociais, fonoaudiólogos e psicólogos do Programa, entrevistas como os diretores, familiares e com os próprios escolares, nos CS e escolas estaduais, sob supervisão docente (TREZZA & PREARO 1995, p.29).

As manhãs de sexta-feira foram reservadas para a análise de temas relacionados ao estágio de pediatria social e discussão de casos, com supervisão de docentes do Departamento de Pediatria.

A proposta do 4º ano, a partir de 1994, inova pelo fato de ser essencialmente prática, procurando valorizar o contato com a comunidade e proporcionar ao estudante a vivência com a criança nos seus diferentes períodos de desenvolvimento (TREZZA & PREARO, 1995).

Em 1998, docentes do Departamento de Pediatria, entusiasmados com as novas metodologias de ensino e com a capacitação docente oferecida pelo Projeto UNI, introduziram algumas técnicas de ensino baseadas em problemas no curso de Pediatria do 4ºano e, em substituição a algumas aulas teóricas, são discutidos quatro problemas de temáticas relevantes e com base em situações reais (CYRINO, 2002).

Em 2000, incentivados pelas discussões das novas diretrizes curriculares do curso médico que estavam em fase de aprovação e que priorizavam a atuação junto à equipe multiprofissional, e frente aos desafios

encontrados em questões do dia-a-dia da escola pública, os docentes da disciplina de Pediatria Social elaboraram, com os alunos, diferentes atividades de educação em saúde, problematizando a realidade. Foram abordadas questões como doenças sexualmente transmissíveis (DST), sexualidade, prevenção de acidentes na infância, prevenção da dengue, alimentação saudável, prevenção de parasitoses, entre outros temas. Os estudantes de Medicina planejam e executam atividades de Educação em Saúde na Escola Paulo Guimarães, atuando com alunos de primeira à quarta série, sendo estimulados a sistematizar o aprendizado, apresentando inclusive trabalhos científicos em eventos de Educação Médica (PREARO et al, 2002; PREARO, 2003).

Em 2001, a pesquisadora deste estudo assume a coordenação do curso de Pediatria Social e Comunitária, mantendo suas atividades de supervisão de alunos no Centro de Saúde Escola, Unidade da Vila dos Lavradores, na maior parte do tempo e por um período de seis meses, Unidade da Vila Ferroviária, em dois períodos de 4 horas/semanais, além de atividades de aula teórica e discussão de casos. No Centro de Saúde Escola, tanto em sua unidade da Vila dos Lavradores, como da Vila Ferroviária, no período da manhã, havia um número maior de consultórios disponíveis e pediatras contratados responsáveis pelo atendimento da demanda de crianças. Assim, os alunos puderam ficar na unidade em número de quatro, atendendo em duplas, sob supervisão de um médico pediatra.

Hoje, ainda que seja uma vivência pontual frente ao currículo da FMB como um todo, o ensino de pediatria na comunidade está completando treze anos, sendo satisfatoriamente avaliado pelos estudantes e professores. Um

aprofundamento sobre as concepções dos docentes organizadores do curso, dos médicos supervisores e dos estudantes, uma reflexão sobre os objetivos que puderam ser alcançados e os desafios que se apresentam são de particular relevância nesse momento em que a Faculdade de Medicina de Botucatu busca em seu processo de reformulação curricular ampliar os cenários de ensino na comunidade.

2 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

Conforme citado anteriormente, esta é uma tese que se insere na área da educação, em particular a educação médica. Portanto, faz-se necessário explicitar a concepção de educação que está subsidiando este trabalho, que se baseia em uma perspectiva Histórico-Crítica:

A Educação tal como foi considerada encontra-se em todas as sociedades: de maneira simples e homogênea, nas comunidades primitivas; de modo complexo e diversificado, nas sociedades atuais. Aparece de forma difusa e indiferenciada em todos os setores da sociedade: as pessoas se comunicam tendo em vista objetivos que não o de educar e, no entanto, educam e se educam. Trata-se, aí, da educação assistemática (fundada na “filosofia de vida”); [...] Quando educar passa a ser objeto explícito de atenção, desenvolvendo-se uma ação educativa intencional, então tem-se a educação sistematizada (SAVIANI, 1982, p.52).

Quanto às teorias da Educação, Saviani (2001, p.3) divide-as em dois grupos:

No primeiro temos aquelas teorias que entendem ser a educação um instrumento de equalização social, portanto, de superação da marginalidade.

No segundo, temos aquelas que entendem ser a educação um instrumento de discriminação social, logo, um fator de marginalização.

De acordo com esse autor, as teorias do primeiro grupo são as “teorias não-críticas”, que encaram a educação como autônoma e buscam compreendê-la a partir dela mesma. As do segundo grupo são críticas, buscando compreender a

educação remetendo-a sempre a seus condicionantes objetivos, qual seja, a estrutura econômica. Podem ser denominadas “teorias crítico-reprodutivistas”.

São exemplos de teorias não-críticas a Pedagogia Tradicional e a Pedagogia Nova.

A primeira, data dos meados do século XIX, inspirada no princípio de que a educação é direito de todos e dever do Estado. Deveria contribuir para consolidar a democracia burguesa, a nova classe social em ascensão.

A Pedagogia Nova foi formulada no final do século XIX como crítica à Pedagogia Tradicional. A Escola Nova foi um movimento de renovação do ensino na Europa, na América e no Brasil na primeira metade do século XX. Vários educadores destacaram-se, especialmente após o Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova em 1932, como Lourenço Filho (1897-1970) e Anísio Teixeira (1900-1971). Para a Escola Nova, o interesse e as atividades dos alunos exerceriam um grande papel na construção da escola ativa. Saviani (2001, p. 9) a explica:

Compreende-se, então, que essa maneira de entender a educação, por referência à pedagogia tradicional, tenha deslocado o eixo da questão pedagógica do intelecto para o sentimento; do aspecto lógico para o psicológico; dos conteúdos cognitivos para os métodos ou processos pedagógicos; do professor para o aluno; do esforço para o interesse; da disciplina para espontaneidade; do diretivismo para o não diretivismo; da quantidade para a qualidade; de uma pedagogia de inspiração filosófica centrada na ciência da lógica para uma pedagogia de inspiração experimental baseada principalmente nas contribuições da biologia e da psicologia. Em suma, trata-se de uma teoria pedagógica que considera que o importante não é aprender, mas aprender a aprender.

O próprio Saviani (2001) aponta que esse tipo de escola não conseguiu alterar o panorama organizacional dos sistemas escolares no Brasil, e ao final da primeira metade do século XX, o escolanovismo apresentava sinais de exaustão.

Na segunda metade do século XX começa, então, a surgir uma nova teoria educacional, a Pedagogia Tecnicista, assim definida por Saviani (2001, p.12):

A partir do pressuposto da neutralidade científica e inspirada nos princípios da racionalidade, eficiência e produtividade, essa pedagogia advoga a reordenação do processo educativo de maneira a torná-lo objetivo e operacional. De modo semelhante ao que aconteceu no trabalho fabril, pretende-se a objetivação do trabalho pedagógico. [...] Para a pedagogia tecnicista o que importa é aprender a fazer.

As teorias crítico-reprodutivistas surgem também no século XX. Segundo Saviani (2001, p.16), elas são as que postulam não ser possível compreender a educação senão a partir de seus condicionantes sociais. Segundo o autor, as reformas educacionais fracassaram e estão reproduzindo a sociedade de classes e reforçando o modo de produção capitalista. Cita as seguintes: *teoria do sistema de ensino como violência simbólica*; *teoria da escola como aparelho ideológico de Estado (AIE)*; *teoria da escola dualista* (2001, p.16).

Por não ser objeto desta pesquisa, tais teorias não serão explicitadas. Entretanto, estão colocadas para que se compreenda que o referencial teórico desse estudo tem como base uma teoria educacional que busca a superação das anteriores, isto é, para uma “teoria crítica da educação”, a Pedagogia Histórico-crítica (SAVIANI, 2000) que, segundo o próprio autor, firma-se no Brasil a partir

de 1979.

Saviani (1989, p.26) refere que:

A Educação é, sim, determinada pela sociedade, mas que essa determinação é relativa e na forma de ação recíproca - o que significa que o determinado também age sobre o determinante. Conseqüentemente, a educação também interfere sobre a sociedade, podendo contribuir para a sua própria transformação.[...] Esta formulação envolve a necessidade de compreender a Educação no seu desenvolvimento histórico-objetivo e, por conseqüência, a possibilidade de se articular uma proposta pedagógica cujo ponto de referência, cujo compromisso, seja a transformação da sociedade e não sua manutenção, a sua perpetuação.

Com a mesma base e no mesmo sentido temos o referencial da psicologia histórico-cultural ou sócio-histórica. Martins (2006, p.27) a apresenta da seguinte forma:

Iniciada nas primeiras décadas do século XX, a produção da psicologia sócio-histórica traz grande contribuição para a constituição de uma psicologia subsidiada pelo marxismo, garantindo explicitamente os pressupostos teórico-metodológicos do materialismo histórico e dialético. As publicações de Vigotski (1896-1934) e Leontiev (1903-1979), representantes desta abordagem, têm sido objeto de estudo no Brasil nas últimas décadas.

Basso (1998) e Mazzeu (1998) relatam que suas equipes vêm desenvolvendo pesquisas sobre a formação de professores e sobre diferentes aspectos do processo de ensino na escola, com ênfase no ensino fundamental, dentro da perspectiva histórico-social.

Vigotski¹, psicólogo russo, com formação em Direito, nasceu em Orsha em 1896 e se radicou em Gomel, na Bielo-Rússia, onde lecionou psicologia, pedagogia e literatura. Inicialmente ingressou no curso de Medicina, abandonando-o um mês depois para cursar Direito. Em 1931, retoma sua formação médica. A partir de 1924, desenvolveu sua produção basicamente em Moscou, onde faleceu em 1934, com 38 anos de idade. Iniciou estudos buscando uma alternativa dentro do materialismo dialético para o conflito entre as concepções idealista e mecanicista. Esse contexto ajuda a entender seu trabalho voltado para a demonstração do caráter histórico e social da mente humana. (CIPOLLA NETO et al, 1988).

Leontiev (1996, p.448) assim explica o historicismo de Vigotski:

Para ele os determinantes na evolução psíquica do homem não são a maturação biológica ao longo da luta pela existência na filogênese (a psicologia infantil e a psicologia animal da corrente evolucionista), nem a assimilação por parte do homem das idéias do espírito universal, encarnadas nas criações da cultura (“psicologia da compreensão” de W.Dilthey), nem tampouco as relações de cooperação social(teoria de P. Janet), mas a *atividade laboral do homem com ajuda de instrumentos*.
[grifos do autor]

Léontiev (1978, p.267) costumava dizer que cada indivíduo aprende a ser um homem:

O indivíduo é colocado diante de uma imensidade de riquezas acumuladas ao longo dos séculos por inumeráveis gerações de homens [...] aquilo que criaram passa às gerações seguintes que

¹ As traduções do nome desse autor apresentam diferentes formas: Vigotski, Vygotsky, Vygotski. Neste trabalho utilizaremos Vigotski.

multiplicam e aperfeiçoam pelo trabalho e pela luta as riquezas que lhes foram transmitidas e passam o testemunho do desenvolvimento da humanidade.

A aquisição pelos indivíduos do desenvolvimento histórico da sociedade, que se acumula na forma das ciências, das artes, da indústria, é, ao mesmo tempo, para o autor, o processo de formação das faculdades específicas do homem. Mas esse processo não está dado ao homem, nele a educação tem papel decisivo.

Para se apropriar destes resultados, para fazer deles *as suas* aptidões, ‘os órgãos da sua individualidade’, a criança, o ser humano, deve entrar em relação com os fenômenos do mundo circundante através doutros homens, isto é, num processo de comunicação com eles. Assim, a criança *aprende* a actividade adequada. Pela sua função, este processo é, portanto, um processo de *educação*. (LEONTIEV, 1978, p.272) [grifos do autor]

Para o autor, a educação diz respeito a processos simples até a educação formal da escola, da formação superior, afirmando que “quanto mais progride a humanidade, mais rica é a prática sócio-histórica acumulada por ela, mais cresce o papel específico da educação e mais complexa é sua tarefa.”(p.273).

Para ambos, Vigotski e Leontiev, a atividade de formação das faculdades específicas do homem se dá a partir da aquisição do instrumento.

Leontiev (1978, p.269) explica o que é instrumento dando um exemplo:

[...] o símio aprende a servir-se de um pau para puxar um fruto para si. Mas estas operações não se fixam nos “instrumentos” dos animais [...]. Logo que o pau tenha desempenhado a sua função às mãos do símio, torna-se um objeto indiferente para

ele. [...]

Esta relação é inversa no caso do homem. É a sua mão, pelo contrário, que se integra no sistema sócio-historicamente elaborado das operações incorporadas no instrumento e é a mão que a ele se subordina.

Nessa perspectiva, a aquisição da cultura e da linguagem seguem a mesma lógica, ou seja, do “processo de apropriação das operações de palavras que são fixadas historicamente nas suas significações” (p.269).

Para Vigotski (2001), o pensamento é sempre algo integral, consideravelmente maior por sua extensão e seu volume que uma palavra isolada. O seu desenvolvimento, sua expressão, é que ocorre por unidades isoladas: as palavras.

Um pensamento pode ser comparado a uma nuvem parada, que descarrega uma chuva de palavras. É por isso que o processo de transição do pensamento para a linguagem é um processo sumamente complexo de decomposição do pensamento e sua recriação em palavras. Exatamente porque um pensamento não coincide não só com a palavra, mas também com os significados da palavra é que a transição do pensamento para a palavra passa pelo significado. (VIGOTSKI, 2001, p.478)

Sua contribuição, como destacado por Aguiar (2001), foi de valorizar a análise do processo, de sua constituição e da sua gênese. As palavras/signos foram o ponto de partida para buscar a constituição da subjetividade. A autora coloca da seguinte forma:

Ao destacar a importância dos signos, devemos enfatizar que entendemos a linguagem ao mesmo tempo como mediação da subjetividade e como instrumento produzido social e historicamente, materializando assim as significações

construídas no processo social e histórico. A linguagem é instrumento fundamental no processo de mediação das relações sociais.

Para compreender a fala de alguém, não basta entender suas palavras; é preciso compreender seu pensamento (que é sempre emocionado), é preciso apreender o significado da fala. (p.130)

Os estudos de Vigotski (2001, p.408) levaram-no a concluir que o significado da palavra é inconstante, modificando-se no processo do desenvolvimento também sob diferentes modos de funcionamento do pensamento. É antes uma formação dinâmica que estática. Ele cita Paulham como quem introduziu a diferença entre significado e sentido da palavra. Vigotski demonstrou, ainda, que “o sentido de uma palavra é a soma de todos os fatos psicológicos que ela desperta em nossa consciência. Assim, o sentido é sempre uma formação dinâmica, fluida, complexa [...] no discurso vivo, no qual o significado é apenas uma pedra no edifício do sentido” (p.465).

Vigotski (2001, p.465-6) cita:

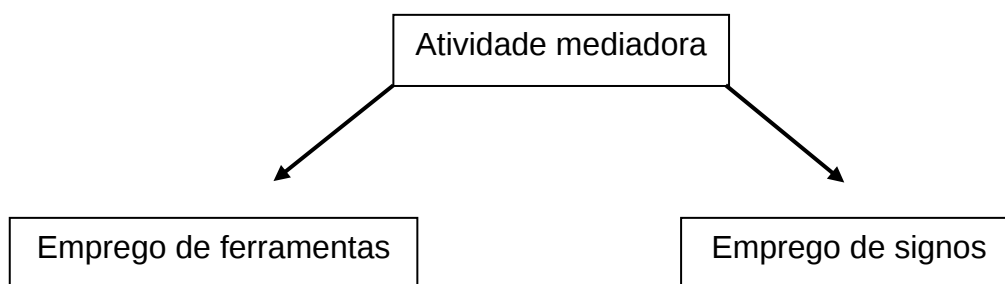
A palavra incorpora, absorve de todo o contexto com que estão entrelaçados os conteúdos intelectuais e afetivos, e começa a significar mais e menos do que contém o seu significado quando a tomamos isoladamente e fora do contexto: mais, porque o círculo dos seus significados se amplia, adquirindo adicionalmente toda uma variedade de zonas preenchidas por um novo conteúdo...

O autor explicava que “para entender o discurso do outro, nunca é necessário entender apenas umas palavras; precisamos entender o seu pensamento. Mas é incompleta a compreensão do pensamento do interlocutor sem a compreensão do motivo que o levou a emití-lo” (VIGOTSKI, 2001, p.481).

Vigotski (2000, p.70) também destacava que “a verdadeira essência da memória humana está no fato de os seres humanos serem capazes de lembrar ativamente com a ajuda de signos”. Para o autor, a invenção e o uso de signos como meios auxiliares para solucionar um dado problema psicológico (lembrar, comparar coisas, relatar, escolher etc.) são análogos à invenção e ao uso dos instrumentos, só que agora no campo psicológico. O signo age como um instrumento da atividade psicológica de maneira semelhante ao papel de um instrumento no trabalho.

Em relação ao conceito de atividade mediada, Vigotski (2000, p.72) cita Marx para quem a definição dos instrumentos de trabalho serve para mostrar que os homens “usam propriedades mecânicas, físicas e químicas dos objetos, fazendo-os atingirem como forças que afetam outros objetos no sentido de atingir seus objetivos pessoais”.

Para o autor, a analogia básica entre signo e instrumento repousava na função mediadora e pode ser expressa num esquema em que Vigotski (1995, p.93) mostra esses conceitos incluídos dentro do conceito mais geral de atividade indireta (mediada):



Entretanto, para o autor, a diferença essencial entre signo e

instrumento consiste nas diferentes maneiras como eles orientam o comportamento humano.

Por meio da ferramenta, o homem influi sobre o objeto de sua atividade; a ferramenta está dirigida para fora: deve provocar umas ou outras mudanças no objeto. É o meio da atividade exterior do homem, orientado a modificar a natureza. O signo não modifica nada no objeto da operação psicológica: é o meio de que se vale o homem para influir psicologicamente, em sua própria conduta, como na dos demais; é um meio para sua atividade interior, dirigida a dominar o próprio ser humano: o signo está orientado para dentro. (VIGOTSKI, 1995, p.94)

Um terceiro ponto trata da ligação real entre essas atividades, estabelecendo que o controle da natureza e o controle do comportamento estão mutuamente ligados:

A aplicação de meios auxiliares e a passagem à atividade mediadora reconstrói pela raiz toda a operação psíquica do mesmo modo que as ferramentas modifica a atividade natural dos órgãos e amplia infinitamente o sistema de atividade das funções psíquicas. Tanto um como o outro, o denominamos, em seu conjunto, com o termo *função psíquica superior* ou conduta superior. (VIGOTSKI, 1995, p.95)

Com esse processo de mediação, a partir do uso de meios artificiais, no caso os signos, Vigotski (1995) e Leontiev (1978) ressaltam que um homem influi em outro através da linguagem e avançam na discussão sobre o desenvolvimento humano, a aprendizagem e a relação entre os dois conceitos.

Vigotski (2001) defende que o desenvolvimento humano ocorre na relação com a própria vida do indivíduo: relação com a atividade, tanto aparente

quanto interna. Segundo ele, o desenvolvimento é mais lento do que a aprendizagem. O aprendizado não é desenvolvimento, mas, se adequadamente organizado, pode ativar e resultar em processos de desenvolvimento. “Assim, o aprendizado é um aspecto necessário e universal do processo do desenvolvimento das funções psicológicas culturalmente organizadas e especificamente humanas” (1989, p. 101).

Ele (Vigotski) pressupõe a existência do nível de desenvolvimento atual, que diz respeito àquelas atividades que o indivíduo já interiorizou, tudo aquilo que é capaz de fazer sozinho, sem ajuda de outras pessoas. No entanto, ressalta o autor, o desenvolvimento não se restringe apenas a estas atividades, mas deve considerar também as funções ainda em processo de desenvolvimento, que o indivíduo não tem autonomia para lidar. (MARTINS, 2006, p.36)

A discrepância entre o nível de desenvolvimento atual, “que é definida com o auxílio dos problemas resolvidos com autonomia, e o nível que ela atinge ao resolver problemas sem autonomia, em colaboração com outra pessoa, determina a zona de desenvolvimento imediato da criança” (VIGOTSKI, 2001, p.327). O autor também afirma que:

Um ensino orientado até uma etapa de desenvolvimento já realizado é ineficaz do ponto de vista do desenvolvimento geral da criança, não é capaz de dirigir o processo de desenvolvimento, mas vai atrás dele. A teoria do âmbito de desenvolvimento potencial origina uma fórmula que contradiz exatamente a orientação tradicional: o único bom ensino é o que se adianta ao desenvolvimento. [...] o desenvolvimento das funções psicointelectuais superiores na criança, dessas funções especificamente humanas, formadas no decurso da história do

gênero humano, é um processo absolutamente único. Podemos formular a lei fundamental deste desenvolvimento do seguinte modo: Todas as funções psicointelectuais superiores aparecem duas vezes no decurso do desenvolvimento da criança: a primeira vez, nas atividades coletivas, nas atividades sociais, ou seja, como funções intersíquicas; a segunda, nas atividades individuais, como propriedades internas do pensamento da criança, ou seja, como funções intrapsíquicas (1988, p.114) [grifos do autor].

Apesar de remeter ao desenvolvimento infantil, o autor apresenta concepções fundamentais para o desenvolvimento humano, qualquer que seja a idade do indivíduo.

Como estudioso que participou do grupo de colaboradores de Vigotski, Leontiev (1996, p.464) relata que, nos anos 1930, predominava a idéia segundo a qual a instrução deveria estar a reboque do desenvolvimento e servir para reforçar o conseguido por ele. Assim, a idéia de Vigotski que permitia descobrir o nível potencial do progresso intelectual do indivíduo era revolucionária e trouxe uma série de implicações para a prática educativa, dentre elas a importância do professor na relação com seus alunos, instigando-os para que se desenvolvam.

3 UNIDADE DE ANÁLISE DO ESTUDO

A disciplina de Pediatria Social e Comunitária na Atenção Básica, para estudantes do 4º ano de Medicina da FMB, nos anos de 2002 e 2003.

3.1 Objetivos do estudo

OBJETIVO GERAL

Analisar a experiência educacional desenvolvida na disciplina de Pediatria Social e Comunitária, na Atenção Básica, no 4º ano da Faculdade de Medicina de Botucatu.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Descrever a disciplina de Pediatria Social e Comunitária no 4º ano de medicina de Botucatu em 2002 e 2003.
 2. Analisar os significados da disciplina para os docentes que participaram da sua elaboração.
 3. Analisar os significados atribuídos pelos médicos supervisores de estudantes em relação aos objetivos da disciplina e aos aspectos relevantes a serem vivenciados pelos estudantes na comunidade.
 4. Identificar os aspectos apontados pelos estudantes, como mais significativos, no cenário de Pediatria na Atenção Básica.
-

4 METODOLOGIA

Para este estudo foi empregada a metodologia qualitativa de pesquisa, tendo como estratégia o estudo de caso. Não foi uma escolha simples, nem casual, mas determinada pela adequação ao tipo de questão do estudo, de cunho educacional, no campo da formação de profissionais de saúde, buscando investigar a experiência educacional desenvolvida durante o curso de Pediatria Social e Comunitária no 4º ano da Faculdade de Medicina de Botucatu.

As informações possíveis de se obter com a aplicação de instrumentos de avaliação do curso de Pediatria Social não se mostraram capazes de responder aos questionamentos da pesquisa:

- ✓ *que* características tornam o supervisor um bom mediador dos processos de ensino e aprendizagem?
- ✓ *que* aprendizados são relevantes para o profissional de saúde e que não poderiam ser alcançados numa formação fechada no hospital universitário?

São questionamentos que exigiram reflexão e reconstrução do processo histórico do curso de pediatria e de suas relações com o currículo da Faculdade de Medicina como um todo. Foi um momento de distanciamento da própria prática, porque, como já referido na apresentação, a pesquisadora faz parte desse curso desde sua formulação. O estudo da disciplina de Pediatria Social e Comunitária no 4º ano constituiu também uma possibilidade de buscar, através das falas dos docentes formuladores do curso e dos médicos supervisores de estudantes, um conhecimento mais aprofundado sobre o significado de suas atuações como professores.

Que sentidos e significados estão presentes no discurso de cada um dos atores?

À medida que os objetivos do estudo ganharam contorno, a opção pela pesquisa qualitativa foi considerada metodologicamente a mais adequada.

Essa modalidade de pesquisa é um campo complexo e de difícil delimitação, preenchido por estudos variados e de referenciais distintos. A própria pesquisa é concebida como processo interativo do pesquisador com a realidade que vai estudar (MINAYO, 1993; SCHRAIBER, 1997). Ela tem suas origens nas práticas desenvolvidas inicialmente por antropólogos e, em seguida, pelos sociólogos em seus estudos sobre vida em comunidades. Só posteriormente irrompeu na investigação educacional (TRIVIÑOS, 1987).

Lüdke & André (1986) referem que os pesquisadores da área da educação vinham demonstrando interesse pelo uso da metodologia qualitativa na década de 1980. Bogdan & Biklen (1982, citados por LÜDKE & ANDRÉ, 1986, p.11-13) apresentam cinco características básicas desse tipo de estudo:

- 1 - A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como sua fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento. [...] Como os problemas são estudados no ambiente em que eles ocorrem naturalmente, sem qualquer manipulação intencional do pesquisador, esse tipo de estudo é também chamado de “naturalístico”.
 - 2 - Os dados coletados são predominantemente descritivos. O material obtido nessas pesquisas é rico em descrições de pessoas, situações, acontecimentos; inclui transcrição de entrevistas e de depoimentos, fotografias, desenhos e extratos de vários tipos de documentos.
 - 3 - A preocupação com o processo é muito maior do que com o produto. O interesse do pesquisador ao estudar um determinado
-

problema é ver como ele se manifesta nas atividades, nos procedimentos e nas interações cotidianas.

4 - O “significado” que as pessoas dão às coisas e à sua vida são os focos de atenção especial pelo pesquisador. Nesses estudos há sempre uma tentativa de capturar a “perspectiva dos participantes”, isto é, a maneira como os informantes encaram as questões que estão sendo focalizadas.

5 - A análise dos dados tende a seguir um processo indutivo. Os pesquisadores não se preocupam em buscar evidências que comprovem hipóteses definidas antes do início dos estudos. [...] O fato de não existirem hipóteses ou questões específicas formuladas *a priori* não implica a inexistência de um quadro teórico que oriente a coleta e análise de dados.

Do ponto de vista metodológico, não há contradição, assim como não há continuidade, entre investigação quantitativa e qualitativa. Ambas são de natureza diferente. A investigação quantitativa atua em níveis de realidade e tem como objetivo trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis (MINAYO & SANCHES, 1993). A metodologia de pesquisa qualitativa, segundo Minayo (1993, p.10), é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais.

Minayo & Sanches (1993, p. 245) explicam:

Falando dentro do campo sociológico, Gurvitch (1955) diferencia também dois níveis de experiência em constante comunicação: a) o "ecológico, morfológico, concreto", que admite expressão em cifras, equações, medidas, gráficos e estatísticas; e b) o das "camadas mais profundas", que se refere ao mundo dos símbolos, dos significados, da subjetividade e da intencionalidade.

É exatamente esse nível mais profundo (em constante interação com o ecológico) — o nível dos significados, motivos,

aspirações, atitudes, crenças e valores, que se expressa pela linguagem comum e na vida cotidiana — o objeto da abordagem qualitativa.

Minayo (2002, p.22) faz uma discussão de como os dados quantitativos e qualitativos não se opõem, complementam-se, excluindo qualquer dicotomia. Victora (2000) considera que a complementaridade entre pesquisa quantitativa e qualitativa funciona como um sistema em que um estudo qualitativo poderia gerar hipóteses, que seriam confirmadas depois por um estudo quantitativo em uma população muito maior.

No campo da saúde no Brasil, Praça & Merighi (2003) referem que a abordagem qualitativa surge na década de 1970, sendo adotada na Enfermagem de forma crescente e, segundo a Associação Brasileira de Enfermagem, em ascensão desde 1990.

Pope & Mays (2005) citam que, a partir de 1991, houve uma grande expansão na pesquisa qualitativa em serviços de saúde no Reino Unido: “editoriais e periódicos médicos importantes têm exaltado as virtudes dos métodos qualitativos, e relatórios de estudos utilizando esses métodos têm aparecido nas mesmas publicações” (p.VII).

E no campo da Educação Médica, de formação de profissionais de saúde, como surge a pesquisa qualitativa?

Para Aguiar (2004), a pesquisa na Educação Médica é a que se realiza no contexto do ensino-aprendizagem. Tradicionalmente, está associada a projetos de iniciação científica e/ou extensão. A pesquisa sobre a Educação Médica, afeita principalmente à construção do conhecimento por docentes e gestores, pode

envolver também alunos e profissionais da saúde. Visa à descrição de experiências, mas também à construção teórica e à avaliação, demandando crescente sofisticação conceitual e metodológica, dado ser estratégica para a consistência das mudanças da formação no Brasil.

Ao estudar dissertações e teses no campo da Educação dos profissionais de saúde, observa-se que tem sido cada vez mais freqüente o emprego da metodologia qualitativa. Para citar apenas alguns exemplos, em pediatria, Pasqualin (1992), Zanolli (1999) e Wullaume (2000). Aguiar (2004) centra suas considerações no potencial da pesquisa qualitativa, para a produção do conhecimento nas escolas médicas brasileiras, enfatizando o desenho do estudo de caso.

Para Ludke & André (1986), o estudo de caso deve ser sempre bem delimitado, com contornos claramente definidos. O interesse incide naquilo que ele tem de único, particular. Deve ser escolhido quando se quer estudar algo singular, que tenha um valor em si mesmo.

Goldenberg (1999, citado por KIMURA & MERIGHI, 2003) destaca que o termo “estudo de caso” teve sua origem na prática médica e psicológica e acabou tornando-se uma das principais modalidades de pesquisa qualitativa nas ciências sociais.

O estudo de caso, segundo Yin (2001) e Concari (2002), é uma das muitas maneiras de se fazer pesquisa em ciências sociais ou ciências da saúde. Keen & Packwood (2005) referem a utilização desse método de pesquisa em ambientes de serviços de saúde e em políticas de saúde.

A entrevista representa um instrumento básico de coleta de dados

dentro da pesquisa qualitativa, um dos principais utilizado nas pesquisas sociais, pelo seu caráter de interação entre pesquisador e pesquisado (LUDKE & ANDRÉ, 1986).

Existem várias modalidades de entrevista, mas a semi-estruturada foi a escolhida no estudo, pois possibilita ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto com certa liberdade e ao pesquisador fazer adaptações para abordar suas hipóteses ou pressupostos (THIOLLENT, 1987).

FRANCO (2001) aponta que a fala constitui o material mais utilizado nesse tipo de pesquisa, coletado através de distintas técnicas como o questionário, a entrevista, os grupos focais. Sua utilização evidencia um importante aspecto epistemológico presente nessa espécie de estudo, o da constituição da realidade através da mediação do simbólico.

MINAYO (1992) descreve a palavra como reveladora das condições estruturais, de sistema de valores, normas e símbolos.

Na pesquisa qualitativa, é importante destacar que, do ponto de vista metodológico, parte-se do empírico, do concreto, mas busca-se ir além da descrição das falas dos protagonistas, da descrição dos fatos. É preciso estudar cada questão relevante que se apresenta no seu processo histórico.

Combinato (2005, p.39), em sua dissertação de mestrado, destaca como princípios básicos para análise metodológica nesta perspectiva:

- a apreensão da historicidade: refere-se à compreensão do processo histórico que constituiu e constitui a população envolvida na pesquisa, ou seja, a realidade concreta da qual fazem parte os sujeitos;
 - ir além da aparência para captar a essência: refere-se à importância do pesquisador ir além da aparência do discurso
-

- (...) a fim de conhecer a totalidade do fenômeno, sua gênese e suas relações dinâmico-causais;
- o estudo da contradição: relaciona-se à concepção dialética de que o conhecimento se constrói na contraposição, no movimento das idéias.

Nessa perspectiva, a presente pesquisa foi um estudo sobre Educação Médica focalizado na experiência de ensino de pediatria na atenção primária.

O estudo de caso justifica-se uma vez que a disciplina de Pediatria Social e Comunitária representou um esforço na diversificação de cenários, constituindo uma inovação no curso de Pediatria da FMB. O curso foi planejado com a participação de profissionais de serviços de saúde, membros da comunidade de Botucatu, docentes e médicos do Departamento de Pediatria no curso de graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu e, a exemplo do Departamento de Saúde Pública, representou uma das primeiras tentativas de um ensino voltado para a comunidade, fora dos muros da Universidade.

4.1 População alvo

O público alvo foi constituído de:

- cento e dois alunos de graduação do curso de Medicina, de um total de 182 alunos do 4º ano, que cursaram a disciplina Pediatria Social e Comunitária em 2002 e 2003, os quais responderam a um mesmo instrumento de avaliação da disciplina;
 - sete médicos supervisores dos alunos em Centros de Saúde e Unidades Básicas de Saúde;
 - três docentes que participaram da elaboração da disciplina.
-

4.2 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados

Primeira etapa: foram realizadas as entrevistas semi-estruturadas (ANEXO 2A e 2B) com docentes formuladores da disciplina e médicos supervisores para saber sobre os objetivos da disciplina, os aprendizados relevantes a partir da demanda de casos de pediatria nos diferentes Centros de Saúde, procurando identificar como vêm a importância de cursos como esse e suas dificuldades.

As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora, gravadas, com autorização dos entrevistados (ANEXO 3), e transcritas por profissional treinado. Após a transcrição, o material foi lido pelos entrevistados, que aprovaram os textos.

Segunda etapa: foi realizado levantamento da avaliação dos estudantes sobre o curso, através de questionário de avaliação da qualidade educacional e eficiência do professor, tipo SEEQ (modificado), segundo proposto por MARSH (1982), largamente utilizado no meio universitário (ANEXO 1).

O questionário era composto de uma primeira parte fechada, com cinco conceitos avaliativos (de péssimo a ótimo) sobre: a) aprendizado; b) entusiasmo do professor coordenador; c) entusiasmo do professor supervisor na Unidade Básica de Saúde; d) integração do grupo; e) conteúdo; f) aspectos gerais do curso.

O processo de avaliação da disciplina de Pediatria, no período em estudo, previa o preenchimento dos instrumentos de avaliação no último dia do curso. Assim, houve estudantes que preencheram, mas não devolveram o instrumento de avaliação. Aqueles que o devolveram, em número de cento e dois

estudantes, representam 56%, uma porcentagem baixa que inviabiliza a análise dos dados quantitativos.

A segunda parte do questionário era composta de questões abertas sobre: a) os três aspectos mais significativos aprendidos no Curso de Pediatria na Comunidade; b) três sugestões que o aluno proporia para melhorar o curso; c) a opinião do aluno sobre as aulas práticas no Centro de Saúde, nos programas de Saúde-Escolar, Promoção da Saúde e Laboratório de Informática; d) sugestões.

Para a análise das questões abertas, não há problema em não termos uma porcentagem de devolutiva maior.

Esse instrumento de avaliação, preenchido pelos estudantes, tem sido modificado ao longo do tempo, sendo o modelo acima descrito instituído a partir de 2002.

4.3 Procedimentos de análise dos dados

Os materiais estabelecidos para serem analisados, dentro de uma proposta de pesquisa qualitativa, foram as entrevistas, o material escrito pelos alunos no momento de avaliação do curso de Pediatria nos anos de 2002 e 2003 e documentos existentes sobre a disciplina.

Os estudantes responderam ao instrumento de avaliação do curso sobre as questões solicitadas, cujas respostas foram concisas. As respostas análogas foram agrupadas e, à semelhança do material das entrevistas, foi realizada uma análise em busca de núcleos de significação. A diferença qualitativa entre o material escrito e o proveniente das entrevistas limitou a análise do produto dos

estudantes.

Os documentos existentes sobre o curso, tais como programas, apresentações em Congressos de Pediatria e Educação Médica e citações sobre a disciplina em artigos e teses a que tivemos acesso, também foram consultados.

Entre os diversos materiais, os que se mostraram mais ricos foram as entrevistas transcritas. Inicialmente, utilizamos a técnica de análise de conteúdo de Bardin (1977, p.38):

[...] a análise de conteúdo aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição dos conteúdos das mensagens [...]. Estes saberes deduzidos dos conteúdos podem ser de natureza psicológica, sociológica, histórica, econômica...

Segundo a mesma autora, a primeira etapa é a descrição, a enumeração das características do texto, resumida após tratamento. A segunda etapa é a interpretação, a significação concedida a essas características. A inferência (dedução lógica) é o procedimento intermediário que permite a passagem explícita e controlada da descrição à interpretação. Bardin (1977, p.95) propõe a seguinte organização da análise:

- a pré-análise, fase de organização, com a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, formulação de hipóteses, objetivos e indicadores que fundamentem a interpretação final;
- a exploração do material;
- o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Na pré-análise, foram realizadas várias leituras flutuantes das

transcrições das entrevistas, buscando uma familiarização com as mesmas e seguindo as orientações de Aguiar (2000) e Aguiar & Ozella (2006, p.8):

[..] irão emergindo temas os mais diversos, caracterizados por maior frequência (pela repetição ou reiteração), pela importância enfatizada nas falas dos informantes, pela carga emocional presente, pelas ambivalências ou contradições, pelas insinuações não concretizadas, etc. [...] esses **pré-indicadores** irão compor um quadro amplo de possibilidades para organização dos núcleos.

Uma outra fase foi a leitura que possibilitou um agrupamento de pré-indicadores, pela similaridade, pela complementaridade ou contraposição. Aguiar & Ozella (2006, p.8), citando Vigotski (1998, p.182), relatam que “quando diversas palavras se fundem numa única, a nova palavra não expressa apenas uma idéia de certa complexidade, mas designa todos os elementos isolados contidos nessa idéia”. A partir dos pré-indicadores é possível avançar para indicadores.

Os indicadores são importantes para que seja possível identificar conteúdos que revelem a essência dos sujeitos. Essa fase é a análise propriamente dita, em que é possível identificar as contradições que acontecem, os sentidos e significados que vão se revelando nas falas - é o momento da construção dos núcleos de significação.

Aguiar & Ozella (2006, p.9) destacam:

[...] é nesse momento que, efetivamente, iniciamos o processo de análise, e avançamos do empírico para o interpretativo [...]. Os núcleos resultantes devem expressar os pontos centrais e fundamentais que trazem implicações para o sujeito, que envolvam emocionalmente, que revelem suas determinações constitutivas. Uma sugestão para a nomeação dos núcleos é

extrair da própria fala do informante uma ou mais expressões, de modo a compor uma frase curta que reflita *articulação*.

A análise documental de programas (ANEXOS 5,6,7,8) e os demais registros da disciplina foram realizados procurando identificar sua concordância ou não com o material da análise das entrevistas e das avaliações dos alunos. Pretendeu-se realizar uma triangulação das principais categorias identificadas nas diferentes fontes de informação.

4.4 Aspectos éticos

De acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que instituiu diretrizes e normas que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos, o aspecto ético mais relevante para essa pesquisa é o da situação de entrevista. Os participantes falam sobre aspectos de sua vida profissional, sua participação no curso de pediatria, os quais podem expô-los a situações de vulnerabilidade.

Algumas medidas foram adotadas para garantir o anonimato do entrevistado, como a retirada do nome dos participantes durante a transcrição das entrevistas, a omissão do nome de pessoas, lugares ou serviços que possa servir para identificá-los. As fitas com as entrevistas estão sendo mantidas fechadas sob a responsabilidade da pesquisadora.

Os participantes receberam esclarecimento sobre a afiliação do pesquisador, a metodologia utilizada, os usos dos resultados e da liberdade de participar ou não, liberdade para se recusar a responder alguma questão específica e para sair a qualquer momento do estudo, caso desejasse. O termo de

consentimento livre e informado continha essas informações (ANEXO 3) e foi assinado pela pesquisadora e o participante, ficando cada um deles com uma cópia.

Além dos participantes, a instituição à qual eles estavam vinculados (Secretaria Municipal da Saúde de Botucatu) também foi informada sobre a realização da pesquisa e manifestou sua concordância, assinando o consentimento em duas cópias (ANEXO 4).

O questionário utilizado pelo estudante na avaliação do curso tem também garantido seu anonimato. O consentimento para utilização das informações para pesquisa em educação foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 A Visão dos docentes que participaram da formulação do curso

Inicialmente, foi possível obter alguns dados de caracterização dos docentes entrevistados, apresentados na tabela 1.

Quadro 1- Caracterização dos docentes formuladores do curso de Pediatria Social – Departamento de Pediatria da FMB - Botucatu -2005

Características gerais	Docente 1	Docente 2	Docente 3
Sexo	F	F	F
Idade (anos)	65	65	53
Tempo de formado (anos)	41	40	30
Latu sensu			
Residência médica	Sim	Sim	Sim
Especialização	Não	Não	Sim
Stricto sensu			
Mestrado	Não	Não	Sim
Doutorado	Sim	Sim	Sim
Tempo trabalho no serviço Público (anos)	41	36	30
Tempo de supervisão de alunos de graduação (anos)	36	34	26

Merece destaque o tempo de dedicação ao ensino de graduação em Pediatria dos docentes entrevistados, variando de 26 a 36 anos, e também seus muitos anos de dedicação ao serviço público.

Conforme descrito no capítulo Metodologia, o método de análise utilizado nesta pesquisa é fundamentado em Vigotski, o referencial teórico é o da abordagem sócio-histórica e da Pedagogia Histórico-crítica de Saviani (1984).

Um dos objetivos da pesquisa foi investigar como os profissionais que participaram da elaboração da disciplina de Pediatria Preventiva e Social na Comunidade vêem o processo de sua implantação, quais suas concepções de ensino em cenários diversificados como esse.

A análise dos documentos escritos sobre o Ensino no Departamento de Pediatria (SIMOES, 1988; TRINDADE, 1993), os artigos publicados (RIZZATO, 1975; TREZZA & PREARO, 1995) e a análise das falas dos docentes permitiram a recomposição da experiência de ensino, buscando os sentidos e significados relevantes para os docentes entrevistados.

A partir da organização das entrevistas e dos documentos analisados, a constituição histórica da disciplina de Pediatria na comunidade fica evidente.

A experiência de ensino do Departamento de Pediatria representa uma parte da história da articulação institucional desenvolvida pela Faculdade de Medicina com os serviços de saúde do município e com a comunidade de Botucatu. Bertoncetto et al (1999, p.202) cita o Programa de Saúde da Criança, referindo-se ao curso de Pediatria Social e Comunitária, como exemplo de que parcerias e processos de mudança constroem-se na prática: “ampliou os ambientes de ensino (Unidades de saúde, creches, escolas) e propiciou o envolvimento com a realidade [...] possibilitou ampliar o contato entre a universidade e a comunidade e mobilizou outros docentes para essa nova perspectiva”.

Seguindo o espírito pioneiro e inovador da recém fundada Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas, a FCMBB, o Departamento de Pediatria apresentou-se na vanguarda de atividades, salientando-se em especial a área da educação médica. Assim, já em 1970 foi organizado um programa pioneiro no

Brasil de ensino em Ambulatório para os alunos do quarto ano médico e que resultou em trabalho apresentado no Congresso da Associação Brasileira de Educação Médica em 1975 (RIZZATO, 1975).

Um dos docentes entrevistados relata que a saída para o ambulatório foi a base para a iniciativa de levar o estudante para fora do Hospital.

Bom... Na verdade, o pioneirismo nosso [...] na verdade, foi tentar colocar o aluno fora do hospital. De enfermarias de hospital. (Docente 1)

A primeira experiência de integração docente-assistencial ocorreu em 1975, com a participação de médicos residentes do primeiro ano de Pediatria, no Centro de Saúde Escola, sob a coordenação da Professora Agueda P. Rizzato.

Em 1978, atendendo a solicitação de uma creche ao Departamento de Pediatria, foi elaborado um programa para inserção de estudantes do internato de quinto ano, por um período de quatro horas semanais, com supervisão de docentes da Pediatria Social. Foi uma atividade pioneira, visando levar o ensino para fora do hospital e proporcionar ao estudante uma visão da realidade da atenção à criança institucionalizada, num processo de ensino e aprendizagem baseado na realidade. Foi um momento marcante, que apareceu espontaneamente nas falas dos docentes entrevistados:

Bom... A ida do aluno de Pediatria na comunidade teve seu primeiro início... Ahn... Em 78 [...]. E a diretora procurou o Departamento porque gostaria que algum médico desse alguma assistência às crianças que tinham... Que estavam nesta creche. Tinha desde bebês, inclusive. E então [...] fizemos uma visita a essa creche e vimos que as condições eram precaríssimas. As paredes escuras, as crianças tudo em berço, desde até com um ano e meio ou dois. E nessa ocasião se fez um programa, então.

De começar a fazer uma visita semanal e já se decidiu levar os alunos do 5º ano. Então, uma vez por semana, se fazia então. [...] E foi assim o trabalho. (Docente 2)

Mas a gente sempre tinha, eu acho que, como eu entrei pela pediatria social, era uma preocupação com a atividade externa realmente. Com a atividade de base. De atendimento à criança não só na situação de doença, mas também na situação de saúde... E aí nós achamos que era um bom momento levar os alunos pra creche assistencial. [...] Então, os alunos, lá, o intuito era verificar essa situação e colaborar, também, com a assistência a essas crianças. Junto com os quintanistas, nós rodiziávamos. Éramos em grupos... [...] Talvez de seis ou sete alunos. E nós íamos com o R1 também. (Docente 3)

Em 1982, uma docente do Departamento de Pediatria, a convite da Coordenadora de Saúde do Município, professora Cecília Magaldi, participou da implantação da Unidade Básica de Saúde da COHAB I, iniciando atendimento ambulatorial, não só das crianças como também realizando exames de pré-natal em gestantes. Nessa experiência, também contou com a participação de estudantes de graduação, num programa opcional:

Oitenta... Quando foi inaugurado o Centro de Saúde da Cohab I, a gente começou a fazer algumas experiências de levar alguns alunos de 4º. ano para o Centro de Saúde da Cohab I. Então foi o ano que eu fiquei... Fiquei dois anos trabalhando lá, em pediatria. E em seguida eu fazia obstetrícia também. [...] Então nós começávamos levando uma vez por semana quatro alunos por semana, a gente tinha salas disponíveis. Eles atendiam e eu supervisiono o atendimento. A gente pensou que foi uma experiência positiva e a partir daí a gente começou a pensar mais seriamente em levar o aluno pra comunidade. (Docente 1)

A integração do estudante de graduação em pediatria fora do ambiente do Hospital Escola e seus ambulatorios, como parte integrante da formação curricular e obrigatória, iniciou-se em 1994 com o Projeto UNI, quando passou a ter alunos do 4º ano de Medicina atuando em Unidades Básicas de Saúde municipais, Centro de Saúde Escola, Creches e Escolas municipais ou estaduais, de forma contínua, com supervisão dos médicos pediatras dos serviços e coordenação de docente do Departamento de Pediatria.

Agora, quando foi implantado o projeto UNI, então com [...] então imediatamente se vislumbrou a possibilidade de que uma parte do estágio do 4º ano fosse feito na comunidade. Na ocasião, ainda havia uma dificuldade de aceitação pelo Departamento, achando que ainda a formação na enfermaria era mais importante e que... Então nós dividimos o grupo. Porque estagiavam 15 alunos no ambulatório e se dividiu em grupos de sete ou de oito. E o período de ambulatório foi dividido ao meio e, em parte, era feito na comunidade. (Docente 1)

No final da década de 1990 houve uma reformulação do curso de Semiologia Pediátrica e um novo cenário de ensino foi incluído para o aluno do 3ºano: o Centro de Saúde Escola, inicialmente na Unidade da Vila dos Lavradores e, posteriormente, na Unidade da Vila Ferroviária. Os estudantes foram distribuídos em pequenos grupos de seis a oito, e o curso foi ministrado de julho a dezembro, de 1999 até 2002.

É importante destacar que a proposta do curso mudou, deixando de ser ensino focado exclusivamente em semiotécnica para tornar-se a primeira

aproximação do estudante com a criança, como um todo, ampliando o conceito de semiologia para a comunicação com o binômio mãe-criança e a compreensão da família e da comunidade onde está inserida (RIZZATO et al 2000; FALEIROS et al, 2003).

No Departamento de Pediatria, principalmente a partir dos anos 80, é valorizado o ensino para o médico geral, com um enfoque biopsicossocial, ainda que "voltado mais para a atenção individual, com pouca entrada em ações mais voltadas ao coletivo" (CYRINO, 2002, p.189).

O reconhecimento da importância do processo histórico na construção de novos cenários de ensino, pelos docentes formuladores do curso, evidencia as dúvidas e questionamentos dos próprios professores e alguns dos médicos supervisores que participaram da implantação inicial da experiência. O ensino centrado no hospital tem tanta força que continua hegemônico na formação médica e em pediatria, como foi mostrado no estudo da OPAS (2003). Esse curso, desde sua implantação, conta com instrumentos de avaliação da disciplina pelo estudante. Esses instrumentos foram modificados ao longo do tempo. Toda essa preocupação justifica-se pela necessidade de mostrar ao Departamento de Pediatria e aos próprios docentes e médicos supervisores de que a experiência de ensino estava dando certo.

A análise do material procedente das falas transcritas dos docentes formuladores da disciplina resultou em seis núcleos de significação:

***a importância da experiência anterior na comunidade como base
para um processo de mudança na formação do médico;
a capacitação como base para a prática educativa;
possibilidade de conhecer e apreender o trabalho em equipe***

como base para a diversificação de cenários no ensino da Pediatria;
a importância do conhecimento mais amplo da realidade do usuário para promoção da integralidade do cuidado;
da vivência dos processos de trabalho como base para atuar reconhecendo as necessidades de saúde;
da vivência no Sistema Único de Saúde (SUS), a integração entre o ensino na Universidade e no SUS, para formar profissionais para o SUS.

O primeiro núcleo de significação que emergiu das entrevistas dos docentes foi “ *da importância da experiência anterior na comunidade como base para um processo de mudança na formação do médico*”, bem como a vivência e preparação para desempenhar as tarefas específicas de um trabalho na Atenção Básica.

Eu não tenho formação, específica, de um trabalho na comunidade. Porque toda a minha formação sou fruto da USP, eu tive dentro de um hospital. Na época que eu fiz a minha residência, o único momento que eu pude fazer ambulatório foi no segundo ano de residência, que nós tínhamos dois meses de optativo. Foi nesse momento... Toda nossa formação era dentro de hospital, em enfermaria. Nesse momento foi que eu quis fazer ambulatório. Eu pedi ambulatório como optativo. Ambulatório e saúde mental infantil. Que eram as duas áreas que nós não tínhamos durante o nosso curso de residência. [...]
Eu tive alguma pequena experiência em favelas em São Paulo, em função de trabalhos ligados à igreja, mas foi uma coisa muito incipiente. E eu acho que, realmente, o projeto UNI... Ele teve essa vantagem com a gente. Eu acho que ele abriu muito as cabeças pra esse contato. (Docente 1)

a USP estava criando um Centro de Saúde-Escola no Butantã [...] Ribeirão Preto, eu tenho a impressão que foi ainda o pioneiro quando tinha um estágio numa... Fora de Ribeirão, chamado Cássia dos Coqueiros [...] Eu mesma, quando residente, estagiei lá um mês. Você vê que a Pediatria, em Ribeirão, fazia este estágio com a Saúde Pública. Talvez, por isso, eu já tinha alguma ligação com essa área. (Docente 2)

O contato e a formação dos professores idealizadores do projeto com a Pediatria na comunidade e outros cenários, que não o hospital, ocorreram apenas no período da Residência Médica, e mesmo assim, foi um contato inicial, como vimos no relato das *Docentes 1* e *2*, e não necessariamente propiciado pela formação médica, como relatado pela docente *1*.

A *Docente 3* relata como vê a relação universidade e rede de saúde e sua importância no ensino da graduação:

*Para profissionais da universidade e da rede.
Então... Através de reciclagem pra ambas as partes. Quer dizer... Pro docente que está aqui entender como é que a rede trabalha e a rede entender o que é que a Universidade é capaz de fornecer.
Respeitar, mas eu acho que, além de conhecer [...] É importante a ida da Universidade no campo. (Docente 3)*

Nas falas dos professores formuladores do curso aparecem pontos que merecem destaque, como a questão da formação, a necessidade de atualização, o papel docente. Fica evidente **“a capacitação como base para a prática educativa”** como um segundo núcleo de significação presente nas falas dos docentes *1* e *2*:

*Olha... Eu acho que o supervisor ele tem que ter um perfil, sim.
Eu não acho que qualquer pediatra de unidade básica possa*

ficar com o aluno. Eles têm que ter muito boa vontade, interesse... Porque o aluno solicita, o aluno faz perguntas. E algumas vezes o supervisor está desatualizado. Então, aqui entra de novo. Eu acho que o supervisor é uma pessoa que tem que ter essa receptividade pra ser professor, ele tem que ter... Ser capacitado e se manter atualizado. [...] E muitas vezes o aluno está até muito mais atualizado até do que o próprio docente. (Docente 1)

O papel docente. Seguramente. Ele precisa ter um mínimo de leitura. E, se possível, procurar, dentro da possibilidade, de fazer cursos ou de algum aprofundamento nessa nova... Nesse novo papel que ele precisa desempenhar. Não mais só médico, mas como uma pessoa junto ao grupo: um ou dois ou três ou dez ou doze alunos ou enfim, não é? (Docente 2)

Além da capacitação para assumir esse novo papel, a *Docente 1* explicita também a necessidade de que haja interesse e receptividade do médico para desempenhar sua atividade de supervisionar o grupo de alunos.

Algo que chamou a atenção ao analisar esse núcleo de significação é que em nenhum momento foi questionada a capacidade do profissional da rede para a supervisão dos estudantes.

Garcia (2001, p.96) cita L'Abbate (1997) que refere que o *agir competente* implica ter profissionais e docentes os quais acreditem e apostem num determinado ideário, ou seja, capacitem-se a saber fazer bem técnica e politicamente, sob a mediação da ética.

A autora também destaca importância de quebrar a linearidade do esquema “quem – ensina – o quê – para quem-onde” e aplicando isso ao aprendizado em serviços, no “quem” e no “para quem” se ensina entrariam não só

os docentes, como também os funcionários, os demais profissionais, os alunos e as pessoas em cuidado. No “o que” se ensina se incluiriam os conhecimentos técnicos, informativos, mas também e, principalmente, as habilidades técnicas, a interdisciplinaridade, o participar, o ser cidadão, o ser sujeito, ou seja, conteúdos técnicos, políticos e éticos. E, no “onde” entraria o cotidiano organizado como trabalho, respondendo às necessidades sociais de atendimento a problemas de saúde (p.97).

Muito importante na fala dos docentes é como a diversificação de cenários de prática proporciona ao estudante um aprendizado em contexto real, a possibilidade de trabalhar em equipe e sobre a atuação multiprofissional, em que a ênfase recai na “**possibilidade de conhecer e apreender o trabalho em equipe como base para a diversificação de cenários no ensino da Pediatria**”, como o terceiro núcleo de significação dos mais relevantes para justificar a proposta do ensino de Pediatria na Atenção Básica em Saúde.

Esse contato e convívio com as equipes. E fazer trabalhar com as equipes. Com os profissionais de saúde que fazem parte da equipe. Eu acho até que a gente devia, se a gente tivesse um ou dois alunos, em algum momento, até deixar o aluno na sala de medicamentos e ver como é que é feita a orientação pra... Porque o medicamento [...]. Não é simplesmente pego na prateleira e dar na mão do paciente, né? Tem todo um preparo para tomar o medicamento. O que é que a enfermeira faz? Sala de vacina? Sala de vacinação. Conhecer a sala de vacina, como é que aplica, que orientação elas dão depois de aplicar a vacina pra criança, etc. Então, acho essencial. (Docente 1)

Tem dois pontos importantes: um, que ele atende uma população muito próxima daquele posto de saúde, daquele

centro de saúde. Então, as pessoas trazem seus problemas [...] O centro de saúde está dentro de um lugar, de uma situação regional, de bairro, que seja. Onde a população, em geral, é daquele entorno ali. Então, a problemática que se vislumbra no atendimento contextualizado [...] E a outra é trabalhar com equipe. [...] Com a recepção, a vacinação logo ali, a assistente social, a Enfermagem [...] Permite um enfoque muito diferente, eu acho. E mesmo a conduta que se toma, não é? Os retornos, o acompanhamento... É muito mais fácil, é muito... E quando se trabalha verdadeiramente em equipe, quando se faz programas de visita domiciliar e enfim. (Docente 2)

Discutindo formação médica e trabalho em equipe de saúde, Aguiar (2005, p.79) cita Vergara (2000), que diz que “um conjunto de pessoas trabalhando juntas é apenas um conjunto de pessoas. Para que se torne uma equipe, é preciso que haja um elemento de identidade, elemento de natureza simbólica, que una essas pessoas”. Da mesma forma, equipe multiprofissional não é apenas a existência de diferentes carreiras atuando no mesmo serviço. Aguiar (2005, p.79) também cita Peduzzi (2001), que observou duas perspectivas de trabalho em equipe:

Equipe agrupamento: caracteriza-se pela justaposição de ações dos agentes.

Equipe integração: os agentes identificam e correlacionam as conexões entre diferentes intervenções executadas.

As Unidades Básicas de Saúde estariam sendo identificadas como locais onde o estudante pudesse vivenciar o trabalho em equipe, do tipo integração, equipes que atuam buscando identificar necessidades de saúde, o acolhimento, articulando saberes de distintos campos do conhecimento.

Ao mesmo tempo em que ressaltam o trabalho em equipe, a *Docente 2* apresenta ainda o fato de os estudantes entrarem em contato com o território, conhecendo diversos aspectos da realidade social da criança e de sua família, como fundamental nesta prática educativa. Aqui temos o quarto núcleo de significação, ***“a importância do conhecimento mais amplo da realidade do usuário para promoção da integralidade do cuidado”***

Buscando exemplificar melhor a importância do estudante próximo da realidade de seus pacientes, a docente faz uma comparação com o momento em que esse estudante atende no ambulatório do Hospital das Clínicas, destacando que, devido às circunstâncias, a discussão de contexto, da realidade de onde provém o usuário do sistema de saúde fica empobrecida, centrada na doença.

Uma situação de atendimento, no dia-a-dia, muito diferente do ambulatório do hospital, onde... A sala de espera está lá longe, a enfermeira bota os prontuários numa sala “xis”, pega o prontuário, vai pra porta e chama... E as pessoas vêm, pelo menos em nosso hospital aqui, de outros lugares. Então não tem... A gente nunca situa o paciente vindo de algum lugar. A gente... Chega, no nosso caso, da Pediatria, uma criança com a sua mãe e eu vejo que tem dificuldade da gente trazer a problemática da mãe que vem de algum... Vem de Cerqueira César, vem de Anhembi, vem de Bofete... Ou até regiões... Avaré, Taquarituba... A discussão do caso fica empobrecida. Fica em cima da doença mesmo. (Docente 2)

o aluno diante de um centro de saúde, de um posto de saúde, de uma creche, ele está próximo da população. O pessoal que trabalha ali traz pro médico a história da família: “olha, mora assim, mora assado, o marido sumiu...” Sei lá. Situações familiares, a mãe está desempregada... Coisa que num

atendimento ambulatorial de hospital este ângulo é muito difícil aparecer. E mesmo na enfermaria, quando tem alta, eu acho que... Ainda tem que se brigar muito pra que se procure se informar muito bem pra onde é que a criança volta, com que condições... Pra ver se se aciona alguém pra ir lá dar uma ajuda pra essa mãe que está retornando com a criança que esteve hospitalizada... Então, eu acho que... É a vida como ela é! (Docente 2)

O Centro de Saúde e a creche são destacados como locais onde o médico fica conhecendo a história da família, e pode atuar numa clínica ampliada, dentro do conceito anteriormente citado por Campos (2005).

Cunha (2005, p.12) define a Clínica Ampliada como “a transformação da atenção individual e coletiva, de forma que possibilite que outros aspectos do Sujeito, que não apenas o biológico, possam ser compreendidos e trabalhados pelos profissionais de saúde.”

A possibilidade de compreender melhor os processos de saúde, as condições de vida, o adoecimento também são destacadas:

O aluno que está no centro de saúde, ele realmente... Ele começa a ter um contato, a entender um pouco mais, porque é que aquela criança adoeceu daquela forma ou tem aquelas características, porque a mãe se comporta daquela forma... Porque ele está no bairro... E aquilo que eu brinquei, né? Ele já vai andando pelo bairro na hora em que ele chega. Ele pode chegar até de carro, com o carro dele. Mas ele já vai prestando atenção, um pouco: se tem terreno vazio, se tem rato no terreno vazio, se tem asfalto naquelas... Naquele bairro... Então eu acho que isso torna... Ele coloca o pé mais próximo da realidade.

E aí? Vai dar o remédio? Ela tem água limpa pra dar remédio pra criança? Outros fatores ambientais. Eu acho que

isso é muito importante. Essa relação. É mais próximo. Ele, talvez, compreenda melhor... A casa. Ele viu a casa, né? Ou pelo menos as casas onde os pacientes daquela unidade básica moram. Então são casas o quê? De madeira? São casas de tábuas? São casas de alvenaria? Aparência com boas condições? Ou são... Casas... Malocas, enfim... Coisas desse tipo. (Docente 1)

Também é destacada a relevância de aprender como funciona, como é o dia-a-dia de uma unidade de saúde, os recursos, as possibilidades do fazer em uma unidade básica de saúde, os problemas de saúde mais freqüente, como o quinto núcleo de significação, o **“da vivência dos processos de trabalho como base para atuar reconhecendo as necessidades de saúde”**

Eu acho que é essencial ele participar e, primeiro, ter conhecimento do funcionamento dessa unidade. Conhecer, assim, fisicamente, a unidade. Materialmente. Quer dizer, que recursos, até, de... Tem eletrocardiograma nessa unidade? Tem um ultrassom ou pelo menos um sonarzinho pra... De exame obstétrico? Nem que ele não vá usar essas coisas, mas eu acho que ele precisa conhecer. Tem um gabinete odontológico? Tem uma sala de serviço social? Como é que é organizado o preparo do paciente? (Docente1)

Conhecer o espaço físico, observar como ele está organizado, quem compõe a equipe e qual o espaço que ocupa na unidade e quais os recursos materiais existentes são aspectos ressaltados pela docente. Porém, não é só o espaço físico e os recursos materiais que podem ser apreendidos neste cenário de ensino, mas espera-se, também, que o aluno possa conhecer a população que é atendida e quais as principais necessidades e os problemas de saúde mais freqüentes naquela unidade de saúde, como destacado nos objetivos específicos do

curso, desde sua formulação, até os dias atuais (ANEXOS 5,6,7,8).

Eu acho que abre um pouco mais a visão do aluno pra entender que ele tem que fazer... Exercer as ações dele, médicas, segundo as necessidades da população que ele vai atender. Eu acho que isso facilita porque a gente faz inclusive aquela análise final do que ele atendeu e ele entende um pouco mais. Que grupo etário de crianças freqüenta as mais... É mais freqüente dentro da unidade básica? Que doenças são mais freqüentes? Eu acho que isso prepara, um pouco, o aluno. Assim... Pra ele se... Pra ele, futuramente, investir mais nesse tipo de formação, né? Mais dirigida realmente pras necessidades. (Docente1)

As professoras destacam, então, que o estudante amplia sua responsabilidade como médico, que o atendimento pode ser mais humanizado e que é possível considerar os recursos disponíveis pelo paciente. Deste modo, caminha para o conceito da integralidade do cuidado, e com isso pode melhorar a resolutividade de um serviço. A integralidade, segundo Mattos (2001) e Gomes & Pinheiro (2005, p.289), é um princípio do SUS, definido no texto constitucional e um conceito em construção, que reúne três conjuntos de sentidos: “a integralidade como traço da boa medicina, a integralidade como modo de organizar as práticas e a integralidade como respostas governamentais a problemas específicos de saúde”.

Nas falas das docentes aparece o primeiro conjunto de sentidos: integralidade como traço da boa medicina, uma resposta a quem procura o serviço de saúde e que não se reduza ao biológico, mas que na conversa, na atitude do médico busque-se compreender as necessidades do cidadão, da população onde

está inserido o serviço de saúde. Também aparece a questão de enfrentar as dificuldades nesse cenário.

E é até essencial que ele conheça um pouco das dificuldades. E uma coisa que eu acho que a gente deve preparar o aluno... Isso eu lembro que eu questionava. Eu digo, bom... “A mãe está tendo essa dificuldade, você está tendo essa dificuldade em termos de encaminhamento”, etc., etc. “O que é que o médico pode fazer?” Porque é muito cômodo... Eu mostrava muito isso pro aluno. “Você percebe como a sua resolutividade só está dentro da sala? Você é um brilhante médico, fez um diagnóstico maravilhoso, a sua hipótese está certinha, você deu a medicação, pediu os exames certinhos... E você, o que é que acontece? Quando a mãe sai da porta pra fora, você não se responsabiliza mais pelo que está acontecendo. Você sabe se essa mulher tem dinheiro pra comprar o medicamento? Se ela tem dinheiro pra condução pra ir até a Unesp pra fazer o exame xis que você está pedindo?” Então, uma coisa que eu sempre mostrava para o aluno: a resolutividade do médico e o que é que ele pode fazer, ainda, fora das portas, né? Além de fazer todo esse primeiro diagnóstico. O que é que ele pode, ainda, atuar fora do... Ainda dá pra ele fazer, certo? Não é comprar o leite pra criança e nem comprar o remédio pra criança. Já vi muito médico falando isso. [...] Mas não é por aí. Mas eu digo, assim, que ele amplia a responsabilidade dele, né? (Docente 1).

O sexto núcleo de significação, relaciona-se **“com a vivência no Sistema Único de Saúde (SUS), a integração entre o ensino na Universidade e no SUS, para formar profissionais para o SUS.”**

O aluno passar a entender como se organiza a atenção primária. Eu acho que até mesmo em termos, assim, de programas de saúde. Ele perceber que, dentro da unidade,

existe uma estrutura de saúde.

Eu discuto muito com os alunos, eu gosto muito de mostrar pra eles que o SUS não é essa fila terrível que a gente está vendo atualmente de novo na televisão. Que o cara vai lá, às seis horas da manhã, coitado, dormir até morrer na fila, alguns, né? Mostrar, né? Que a filosofia do SUS, mostrar que o SUS está trabalhando... O sistema de saúde do país. Ele é organizado, sob a forma de programas, ações. E que se cada um da equipe de saúde aqui, com todos os seus profissionais, trabalhar direitinho, eu acho que a gente vai ter uma estrutura de saúde, um serviço de saúde bom no país. (Docente 1)

Aprender sobre o SUS, na prática e a partir da prática, com suas contradições, um sistema em construção.

Deveria ter uma relação maior entre a Universidade e os programas que são desenvolvidos fora. Eu acho que, talvez, é isso a nossa grande falha, né? Muitas vezes nós estamos distantes. Imaginando que o programa está dando, mas... Eu acho que a falta do docente também. Ou do médico da Universidade dentro dos programas... (Docente 3)

Uma das professoras destaca que o SUS é um cenário de ensino-aprendizagem importante, mas também é preciso que existam políticas públicas que incentivem a integração da Universidade com o Sistema Básico de Saúde, e consolidem esse espaço oferecendo condições humanas e materiais para que o processo aconteça.

E tentar ver se consegue, junto às autoridades, mostrar a importância de ter um local de formação. Porque eu me pergunto, até, no momento, assim... Se as próprias autoridades querem ter médicos adequados, formados para dar esse atendimento à população, como é que eles não proporcionam

o espaço pra essa formação?(Docente 2)

Para aprimorar o modelo assistencial de saúde em direção a uma prática humanizada competente é necessário implementar as Diretrizes Curriculares Nacionais para graduação de medicina e de outras profissões da saúde, formar o profissional crítico e ativo na construção de um Sistema de Saúde concretamente voltado para as necessidades da população brasileira. Ceccim & Carvalho (2005) destacam na formação do profissional para o SUS:

[...] é preciso superar definitivamente, via formação, que a clínica não carregue o sentido das ações individuais, e a prevenção e educação o sentido de ações coletivas, onde o acolhimento tenha o sentido de porta de entrada na pirâmide hierarquizada da racionalidade gerencial hegemônica. A clínica agrega práticas terapêuticas que envolvem proteção, educação, promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, com base nos aspectos corporais, sentimentais, vivenciais, grupais e institucionais, onde existem ações individuais e coletivas.(p.89)

Autores como Pinheiro & Ceccim (2006, p.32) afirmam que a graduação da área da saúde não tem tido uma orientação integradora entre ensino, trabalho e cidadania, voltada para uma formação teórico-conceitual e metodológica que potencialize competências para a integralidade. Portanto, esse constitui o grande desafio.

Todas as temáticas e questões identificadas no discurso dos professores formuladores da disciplina da proposta de diversificação de cenários de ensino de pediatria são válidas, relevantes e coerentes. Atualmente, exceto em alguns períodos, os docentes entrevistados não mais exercem atividades com

alunos na comunidade. Essa tarefa é realizada pelos médicos, sendo que alguns deles estão desde o começo do curso, como é possível verificar pelos programas do curso (ANEXOS 5, 6,7,8).

Em síntese, identificou-se nas falas dos idealizadores do programa da disciplina alguns aspectos essenciais que justificam, segundo eles, a abertura de campos do ensino de Pediatria na Atenção Básica em Saúde, ou seja, a compreensão e apreensão: da realidade social em que estão inseridas a UBS e a população atendida; da estrutura física e organização da UBS; do trabalho em equipe; das principais necessidades e dos problemas de saúde da população atendida.

5.2 A visão dos médicos que participam do curso

Dos sete médicos entrevistados que participaram da supervisão de alunos em Unidades Básicas de Saúde e Centro de Saúde Escola, três tem recebido alunos desde 1994 e puderam assim relatar o início do curso de Pediatria Social e Comunitária do Departamento de Pediatria, retomando alguns pontos já referidos pelos docentes formuladores do curso. Além disso, a análise das falas dos médicos permitiu a identificação de nove núcleos de significação:

- *a importância da diversificação de cenários de ensino, como base para o aluno vivenciar as principais necessidades de saúde da população;*
- *a importância do perfil do supervisor, que identifica na relação universidade, serviços e comunidade um espaço de aprendizagem;*
- *importância do aprendizado centrado na prática cotidiana em atenção básica;*
- *aprendizado dos principais problemas de saúde;*
- *experiência na comunidade como uma oportunidade de aprender sobre prevenção e promoção da saúde;*
- *experiência na comunidade como oportunidade para vivenciar a complexidade da atenção primária;*
- *a integralidade no atendimento da criança;*
- *aprendizado sobre a possibilidade do trabalho em equipe multiprofissional;*
- *postura do estudante em relação ao SUS.*

A comunidade foi identificada pelos médicos docentes e também pelos supervisores como um outro cenário, que não o hospitalar, onde o estudante pudesse aprender o que acontece na comunidade e como a população lida com

problemas reais.

O primeiro núcleo de significação que surgiu das falas dos médicos foi ***“a importância da diversificação de cenários de ensino, como base para o estudante vivenciar as principais necessidades de saúde da população”***:

O começo do curso, eu acho que foi a partir de uma necessidade da faculdade, né? Principalmente do Departamento de Pediatria, em levar esses alunos pra fora. Que começou juntamente com o Projeto UNI. E eu estou desde este início do projeto UNI com o aluno do 4º ano. Então eu acho que foi uma necessidade mais do departamento na formação do pediatra. Não só nos casos graves que têm no hospital-escola, mas se ver o que está acontecendo na comunidade, na periferia. Pra sua inserção nessa realidade. Que eles vão... É... Que eles vão passar, né? Durante sua vida de médico. (Médico 1)

O Departamento de Pediatria conversou com os chefes de postos de saúde pra ver se podia ter uma integração entre... Alunos do 4º ano e a unidade básica de saúde. Pra eles terem um conhecimento da realidade da comunidade e eles poderem sair um pouco de dentro do hospital. (Médico 4)

Ao ressaltar a necessidade de conhecer outros cenários que não o hospital, o *Médico 7* enfatiza, ainda, a importância de o estudante entrar em contato com as principais necessidades de saúde da população, lembrando da sua própria formação o fato de não ter vivenciado esse tipo de oportunidade.

Eu lembro que foi um momento em que a Universidade estava sentindo essa necessidade de um contato maior com a comunidade. Os alunos... Eu mesma me formei aqui na Unesp e a gente viveu isso na pele, né? A gente se formou praticamente sem ter noção do que... De como a população

vive, de... Quais são as intercorrências, quais são os problemas que uma comunidade enfrenta e que você vai enfrentar depois que você se forma. Eu acho que estava havendo este impulso. De se conhecer isso. De fazer esse intercâmbio. [...] Voltando a sua atenção pra rede já há algum tempo, através do projeto UNI. (Médico 7)

Autores como Mendes et al (1996, p.425) ao discutirem sobre a especificidade do ensino na Atenção Primária e junto à Comunidade destacam

[...] que o mais importante não é a mudança simples de cenário mas sim o objetivo de ensino, que deve ser organizar a reflexão sobre o trabalho médico, tendo a clínica como fio condutor: a especificidade do atendimento médico nos Centros de Saúde aparece, então como problema em aberto, problema que vai ser enfrentado pela constante experimentação de modos de trabalho do médico nesses serviços, apoiados pela pesquisa e pela reavaliação constante do aprendizado.

O Projeto UNI apareceu no discurso dos médicos e no de alguns docentes, como um fator que impulsionou o movimento de diversificar os cenários de ensino e aprendizagem na formação dos profissionais de saúde.

Feuerwerker et al (2000) definem cenários de aprendizagem como um conceito amplo, que diz respeito não somente ao local onde se realizam as práticas, mas também aos sujeitos nelas envolvidos, à natureza e conteúdo do que se faz. E destacam que a construção de espaços de aprendizagem se dá através da incorporação do estudante e docentes ao processo de produção de serviços, sem descaracterizar sua natureza.

Outro tema presente no discurso de todos os médicos, constituindo-se no segundo núcleo de significação foi a ***“importância do perfil do supervisor,***

que identifica na relação universidade, serviços e comunidade um espaço de aprendizagem”, sendo destacada a relevância de ele conhecer o Sistema Único de Saúde (SUS): os programas, as possibilidades de cada área e a comunidade onde ele trabalha e que tenha experiência em atenção primária,

O que eu acho importante no supervisor de aluno de Medicina, eu acho que o supervisor ele tem que ter uma noção, não só da faculdade... ele tem que ter uma noção da rede básica. Porque se você inserir uma pessoa que ficou só na faculdade e não tem noção nenhuma da rede básica, ele vai se concentrar em história, exame físico e conduta do caso, ponto. História, exame físico e conduta do caso você pode fazer num ambulatório aqui. (Médico 2)

Ele tem que conhecer todos os programas que têm na rede... pra você conseguir orientar o que pode ser feito e o que está sendo feito. Pro aluno, ele conhecer as possibilidades, saber que não é só um posto de saúde, né? Que tem todo um esquema por trás disso, que tem todo um programa de visitas... em relação à comunidade. E eu acho que um outro ponto importante é conhecer a comunidade que ele vai trabalhar (...) Então se é uma comunidade carente, se é uma comunidade de um nível sócio-econômico um pouquinho melhor, como que é a área, o que é que abrange aquele posto, né? Isso eu acho importante (.Médico 2)

Que tem que ser, primeiro, uma pessoa disposta a estar recebendo os alunos, né? É... De uma pessoa que não se incomode com eles lá... Que tenha... É... Capacidade de aceitar o jeito que eles chegam. Porque eles chegam, assim, atendendo um por manhã, né? E que seja uma pessoa que aceite isso. Mas que tenha, assim, o intuito de fazer com que eles melhorem, né? Quer dizer, estão ali para aprender, estão ali por um objetivo. Eu acho que, assim, essa visão da gente ver que eles vêm de um serviço. E aquilo que eles estão fazendo, representa o que eles

aprenderam, né? E a gente está aí pra ensinar outras coisas. Eu acho que, assim... Essa capacidade de estar entendendo, a disponibilidade de estar aceitando. (Médico 5)

Em relação ao perfil de supervisor, pode-se recorrer ao trabalho de Batista & Silva (2001, p.153) que ao investigarem os atributos de um bom professor em saúde, identificaram, entre outros, aqueles vinculados à dimensão do domínio científico da área em que atua (saber o conteúdo, pesquisar os assuntos abordados na disciplina, o saber fazer na prática assistencial; ter experiência como profissional de saúde). Comparando-se com aquele estudo, os supervisores de estudantes de pediatria, do presente trabalho, também valorizam a experiência profissional e o saber fazer na prática.

Então eu acho que isso é importante pra quem vai dar uma supervisão. O conhecimento que a gente tem é um conhecimento da prática do dia-a-dia, né? E se tiver alguma dúvida... Porque, às vezes, eles vêm com alguns questionamentos que a gente não sabe responder. Então, às vezes, eu até falo, “olha, eu não sei. Eu vou dar uma estudada. Eu volto pra discutir”. Quer dizer, o conhecimento teórico avançado nem é tão importante. Eu acho que é o compromisso de estar crescendo junto e de estar mostrando pra eles aquilo que está lá. Se eu não tiver compromisso com o aprendizado, eu acho que não dá pra ser supervisor. (Médico 5)

Outro campo valorizado por Batista e Silva (2001) está relacionado com as atitudes perante o estudante (saber ouvir, respeitar, incentivar o estudo, estar disponível para dúvidas, ter paciência com o não saber do aluno, estimular a pesquisa) e que aparece na fala de um dos médicos supervisores:

Na segunda semana, você precisa ter a percepção de que

“você precisa conversar com eles: ‘olha, vocês são ótimos, mas vocês precisam estudar mais. Vocês estão esperando que eu dê tudo. Não, vocês precisam...” “Ah, eu não sei desenvolvimento...” “Vai estudar...” Quer dizer, eu posso discutir ou não, mas eu percebo que eles estão estudando.”(Médico 5)

Como se trata de supervisores clínicos, há os que destacam a postura frente ao usuário, valorizando a ética, o respeito:

“Agora, como é que tem que ser essa pessoa? Eu acho que sempre, assim... Aberta, disposta a olhar, disposta a se abrir, disposta a... Realmente, olhar cada pessoa que entra pra consultar com você como uma outra pessoa. Cada pessoa é uma pessoa. Que tem um nome, né? (Médico 7)

Estar inserido na atenção básica de saúde, sendo um médico supervisor atento, atuando como mediador para que o aluno aprenda, problematizando as questões identificadas na prática diária, é possível aproximar o estudante do trabalho do médico pediatra.

Garcia et al (1998, p.50) ao discutirem a importância da aproximação do estudante do cotidiano do trabalho na atenção primária, citam Góes (1991) que utiliza o referencial de Vygotsky, definindo educar como:

Um processo sócio-cultural e, sendo assim, alicerça-se no plano das interações (ou da intersubjetividade) e resulta da apropriação (internalização) de formas de ação que dependem “tanto de estratégias e conhecimentos dominados pelo sujeito, quanto de ocorrências no contexto interativo”. Ou seja, o educar se realiza através de mediações entre sujeitos (dimensão pedagógica) e entre discursos (dimensão discursiva), em situações experimentadas. O trabalho tem por função permitir

esta mediação entre sujeitos e seus discursos, em ação, tornando as vivências de aprendizado significativas.

Reforçando esses aspectos, relacionados com a importância do trabalho, da exposição do estudante a uma situação na comunidade com possibilidades de mediações entre estudante-supervisor, estudante-mãe-criança ou estudante-profissional de saúde, percebe-se melhor o potencial que representa especificamente esse cenário, oferecendo possibilidades diferentes do aprendizado próprio da academia, ou do ambiente hospitalar ou do ambulatório de especialidades.

Conforme referido no capítulo da metodologia, quando o estudante chega na Unidade Básica de Saúde, ele apresenta o que Vigotski (2001) chamou de nível de desenvolvimento atual em relação aos vários aspectos considerados relevantes para a sua formação neste cenário, para os quais já possui autonomia para realizá-los e, ao mesmo tempo, não possui ainda autonomia para realizar várias outras tarefas, necessitando da colaboração de outras pessoas, o que o autor nomeou como processos que se encontram em desenvolvimento (zona de desenvolvimento próximo ou imediato) e que precisam ser estimulados. Nesse contexto, qual seria o papel do médico supervisor? Possibilitar, como mediador, que a aprendizagem do aluno na comunidade seja mais eficaz do que aquela possível se estivesse sozinho, criando condições para que o estudante se desenvolva prospectivamente.

Por exemplo: na universidade, às vezes, você fica uma manhã com o paciente. Coisa que na unidade básica de saúde você não pode. [...] Ou seja, o que eu preciso retirar? De todas as

informações que eu sei que preciso tirar, mas o que é que, naquele momento, eu preciso nortear. [...] O aluno aprende o global e, às vezes, o prático.(Médico 1)

O terceiro núcleo de significação é o da **“importância do aprendizado centrado na prática cotidiana em atenção básica”**.

Esse aprendizado foi dos mais salientados pelos médicos. Um deles destaca os diferentes momentos de aprendizagem como: o aprender a dinâmica da UBS, que é bastante complexa, além dos problemas de saúde mais freqüentes; e a prevenção e promoção da saúde; conhecer a postura do estudante em relação ao serviço público; otimizar a relação estudante-usuário e, por fim, incorporar uma visão integral da família e da criança.

Em relação à aprendizagem centrada na prática os médicos assim se expressaram:

Numa unidade básica de saúde, eu vou ensinar ele a prática, né? O dia-a-dia de um médico. (Médico 1)

você consegue aprender lá no posto de saúde. Tem puericultura e tem as doenças que exigem bastante retornos, assim... E alguns alunos pegam, assim, a evolução das doenças. [...] E dá pra aprender em cima do caso, né?”(Médico 3)

Dentro dos momentos de aprendizagem cita-se o aprendizado da dinâmica de trabalho:

Então, eu acho que... Primeira coisa, quando o aluno chega, é conhecer a unidade. Então a gente vai visitar todo o lugar pra

ele conhecer como... É... Onde fica a pós-consulta, onde fica a pré-consulta, onde fica o arquivo... A assistente social, onde fica a cozinha, né? Onde fica a inalação... Pra ele saber direitinho onde estão todos os lugares. Eu começo assim o meu esquema com os alunos do 4º ano. [...] Primeira coisa, eu explico é o funcionamento [...].Pra eles verem todos os passos que o paciente faz dentro da unidade básica de saúde. (Médico 1)

O conhecimento do cotidiano da unidade de saúde é, portanto, um dos primeiros passos para que o estudante perceba a realidade deste cenário de aprendizagem e de cuidado. A percepção, através da sensorialidade, pode estimular a percepção, o raciocínio, os sentimentos. Deste modo, sob orientação do educador, pode favorecer o desenvolvimento do indivíduo. Neste sentido, Leontiev (1978), na mesma perspectiva de Vigotski (2001), afirma que o psiquismo é um produto da experiência sócio-histórica humana. Está determinado pelas condições sociais nas quais vivem os indivíduos concretos, isto é, reproduz certas características da realidade material e social com a qual esses indivíduos interagem. O autor afirma, ainda, que na base do desenvolvimento dos significados e sentidos está o conteúdo sensível (sensações, imagens de percepção, representações). Deste modo, como a vida cotidiana se constitui numa esfera do ser social, pode-se dizer que o psiquismo humano, de forma geral, sintetiza ou reproduz certas características da cotidianidade. Pode-se falar, então, em um modo de funcionamento psíquico cotidiano, que envolveria perceber o mundo, raciocinar, sentir, comportar-se etc. Em suma, poderíamos então falar em determinadas formas de pensamento, sentimento e ação tipicamente cotidianos (ROSSLER, 2003, p.54-55).

Para entender também o aprendizado baseado na prática, a teoria da vida cotidiana de Agnes Heller (1989,1994) tem sua contribuição. Segundo a autora o cotidiano é composto de atividades voltadas para a reprodução da existência do indivíduo.

A vida cotidiana é a vida do homem *inteiro*; ou seja, o homem participa na vida cotidiana com todos os aspectos de sua individualidade, de sua personalidade. Nela, colocam-se “em funcionamento” todos os seus sentidos, todas as suas capacidades intelectuais, suas habilidades manipulativas, seus sentimentos, paixões, idéias, ideologias.(HELLER, 1989, p.17)

E a vida *não cotidiana* é determinada por ações genéricas, da universalidade do ser humano, que são a ciência, a arte, a filosofia, a moral e a política. Heller (1989, p.26) explica que nem o cientista ou o artista estão separados da vida cotidiana, porque os problemas que enfrentam através de suas objetivações e suas obras lhes são colocados pela vida. Entretanto, quando superam parcial ou totalmente a particularidade para sua decolagem da cotidianidade para sua elevação ao humano-genérico, eles produzem algo excepcional, relevante para a sociedade em que vivem.

Mas não se deve esquecer que o artista, o cientista, o estadista não vivem constantemente nessa tensão. Possuem também, como todos os outros homens, uma vida cotidiana; o particular-individual manifesta-se neles (...). Durante as fases produtivas essa particularidade é suspensa; e, quando isso ocorre, tais indivíduos se convertem, através da mediação de suas individualidades, em representantes do gênero humano, aparecendo como protagonistas do processo histórico global.(p.29)

Para aprender sobre atuação na atenção básica é preciso vivenciar essa experiência cotidiana. O cotidiano tem várias características, e entre elas destacam-se aquelas que podem contribuir na compreensão do trabalho em uma Unidade Básica de Saúde, enquanto aprendizado, para quem na vida profissional irá atuar nessa mesma prática. Uma das características é o *pragmatismo*, unidade imediata entre pensamento e ação - o pensamento voltado para a realização de atividades cotidianas sem, no entanto, elevar-se ao nível da teoria.

Para o estudante, portanto, a vivência do cotidiano da Unidade de Saúde é importante, e aparece no discurso dos médicos:

Quando o aluno foi pro posto de saúde, a gente tentou integrá-lo no posto. Então não era ficar só atendendo. A gente o colocou para ver a dinâmica de...a hora que o paciente chegava...o que era feito...na sala de vacina...como que era feito o cadastramento do paciente. Enfim, a gente tentou integrar e ver como que funcionava o posto.(Médico 2)

Como é que funciona o atendimento.(...) Que eles passem na pela pré-consulta. Eles preparam os atendimentos que estão marcados, de rotina. E depois eles vão avaliar os extras.(Médico 1)

As Unidades Básicas de Saúde têm uma rotina de trabalho, seguida pelos diversos profissionais. Tem a sala de espera, a recepção, a forma como o usuário chega, onde ele deve dirigir-se, a quem deve apresentar-se, ou seja, uma série de passos que constituem a rotina de trabalho da Unidade e que a tornam eficiente. Nesse cotidiano identifica-se o pragmatismo como uma característica

importante. O estudante deve ser inserido nessa rotina, aprendendo como tudo funciona e qual o seu papel nesse dia-a-dia da Unidade e das equipes de saúde.

Não todos os pacientes, mas alguns pacientes, eu gosto que eles acompanhem o paciente na farmácia. Ver o tipo de medicamento... Na pós-consulta, como é a orientação... Na vacinação, se o paciente vai passar. Ou na assistente social, se vai... Pra ele ver como é que funciona a unidade como um todo.(Médico 1)

Outra característica importante no aprendizado e no desenvolvimento do estudante é a imitação. Segundo Heller (1989), a imitação constitui-se em aprender a agir de formas socialmente adequadas, que são aquelas aceitas pela sociedade onde o indivíduo está inserido. Esse processo é essencial na aprendizagem do estudante de Medicina de formas de atuação na atenção primária:

Eles têm que sentir a conversa com a mãe, saber direcionar, saber interpretar o que a mãe está querendo dizer, e às vezes... tem aluno que às vezes ficava duas horas lá com a mãe. Então você percebe que ele não consegue... a mãe contou, contou, contou, contou, mas aí você vai na essência do que precisava ele não conseguiu tirar, então esse é o treinamento da anamnese.(Médico 2)

Ao trazer estas questões para o ensino-aprendizagem em pediatria, a prática permite aprendizados importantes para o profissional de saúde, através da *imitação*, quando o estudante vivencia diferentes formas dos pediatras se comunicarem com as mães em situações de consulta, por exemplo. A imitação permite aprendizados sobre anamnese e exame físico, como destacado por outro

médico:

Puericultura: a gente vai fazer o atendimento, a gente vai ver como é que tira a história, como e o que é que a criança come, o que é que a gente orienta, como é que está o desenvolvimento, como é que a gente examina. E eles vão pegar iss.[...] Então ele vai fazer, hoje, uma puericultura de bebezinho. Amanhã, outra puericultura. No primeiro dia, ele vai com medo de pegar o nenezinho. Não sabe como é que faz o exame neurológico. No final do último... Do mês, ele já está com uma prática boa de fazer avaliação de desenvolvimento neurológico (Médico 5).

Segundo Heller (1989, p.37), na vida cotidiana, a presença de qualquer uma dessas formas de pensamento, sentimento e ação não é em si mesma um problema. Todavia quando o indivíduo torna-se incapaz de romper com tais formações psíquicas, mesmo nas situações que tais padrões cotidianos de pensar, sentir e agir necessitem ser superados, estamos diante de um fenômeno de alienação². Por exemplo, diante dos casos difíceis, famílias vivendo situações complexas: como o profissional de saúde e o estudante devem estar preparados para identificar preconceitos, formas de pensar do senso comum que às vezes geram conflitos no dia-a-dia da Unidade.

Muitas mães vão ao posto de saúde e não vêm na faculdade..., Não querem vir...Não por questões é...Que não gostem da faculdade, né? Eu tive muitos pacientes que tinham uma visão assim, foi pra faculdade é grave.(Médico 2).

² “No sentido que lhe é dado por Marx, ação pela qual (ou estado no qual) um indivíduo, um grupo, uma instituição ou uma sociedade se tornam (ou permanecem) alheios, estranhos, enfim, alienados [1] aos resultados ou produtos de sua própria atividade (e à atividade ela mesma), e/ou [2] à natureza na qual vivem, e/ou [3] a outros seres humanos, e – além de, e através de, [1], [2] e [3] – também [4] a si mesmos (às suas possibilidades humanas constituídas historicamente). (BOTTOMORE, 2001, p.5)

Em casos como esse acima citado, é preciso compreender os sentimentos das mães e das crianças e suas famílias, seus temores, as representações imediatas que têm dos diferentes serviços de saúde da rede, estabelecer um diálogo, justificar a necessidade do encaminhamento.

Neste momento, o profissional de saúde precisa ser capaz de ir além da estrutura e formas de pensamento, sentimento e ação da vida cotidiana, precisa se distanciar precisa ser capaz de questionar esse modo de ser. Identificar o preconceito da mãe sobre o hospital universitário, estabelecendo com ela um diálogo, questionando-a se tudo que vai para o hospital é grave, e por isso ela tem medo, inclusive de que a criança piore, ou porque o hospital universitário é o maior da região, vão para lá muitos casos graves, mas não somente casos graves. Direcionar o fazer, o pensar e o sentir no âmbito de solucionar os problemas. Encontrar ou elaborar um conhecimento que supere esta realidade, buscando soluções inovadoras para os desafios identificados. E, deste modo, buscar a superação da alienação da vida cotidiana.

Outras vezes, o profissional precisa aprofundar o vínculo, então o usuário, mais confiante, traz os elementos que faltam em casos mais complexos:

na minha experiência, eu já tive pacientes que sempre foram meus e que, às vezes, depois de anos contaram coisas graves que... Assim... Que eu achava que era fundamental ele ter falado antes, mas que ele não falava. Porque eu acho que ele precisava de um tempo pra confiar em você, né? Então, eu acho que os alunos também vivenciam isso (Médico 1).

Para um profissional de saúde Schraiber (1998, p.384) explica que:

Quando falamos do exercício de aplicar o conhecimento no cotidiano ou mesmo o de praticar técnicas aprendidas na escola,

estaremos diante daquela parte da prática em saúde que trata da relação do profissional com a biodiversidade dos fenômenos em saúde e que se perpassa com a diversidade da vida social. Assim, como é freqüente se dizer que cada caso de paciente é um caso, diz-se que o caso típico só aparece nos livros e que na prática profissional todos os casos sempre se apresentam com variações da norma. Isto marca em especial a prática do médico e é reconhecido como sua autonomia técnica no âmbito do exercício profissional. A estratégia idealizada e executada pelo trabalhador na síntese norma-caso converte o conhecimento científico em um saber operante para sua ação cotidiana, e este saber é o que, testado e ajustado, designamos por experiência clínica.

Para o médico o saber da ciência é importante, mas principalmente como converter tudo isto no saber operante, como comunicar isto ao paciente, ouvindo e acolhendo suas dúvidas e angústias.

Quando os profissionais dizem que “eles (os estudantes) estão ali para aprender a prática. Pra ver uma realidade, pra ver a unidade. Não vai dar para a gente estar discutindo muita teoria”, uma preocupação da coordenação da disciplina refere-se ao fato de que se não estaria implícito que a prática por si só ensina, é suficiente. Busca-se a integração entre a prática e a teoria, como os próprios médicos supervisores destacam:

Numa unidade básica de saúde, eu vou ensinar ele a prática, né? O dia-a-dia de um médico. Então, eu não vou ensinar a fisiopatologia da doença, a gente discute lá os diagnósticos... (Médico 1)

Às vezes, eles vêm com alguns questionamentos que a gente não sabe responder. Então, às vezes, eu até falo, “olha, eu não sei. Eu vou dar uma estudada. Eu volto pra discutir”. Quer

dizer, o conhecimento teórico avançado nem é tão importante. Eu acho que é o compromisso de estar crescendo junto e de estar mostrando pra eles aquilo que está lá. (Médico 5)

Porque trabalhar com os alunos, você acaba se reciclando e aprendendo cada vez mais. Eu acho que isso é importante. Você não fica estagnado. (Médico 4)

Os médicos supervisores apontam, ainda, “**O aprendizado dos principais problemas de saúde**” como fundamental no ensino na atenção básica, constituindo-se no quarto núcleo de significação.

Na unidade básica de saúde você vê o quê? Você vê o que acontece todo dia [...]. Então um aluno, na unidade básica de saúde, ele pode ver as doenças comuns que aparecem todos os dias e que podem ser tratadas, né? Com maior facilidade. E têm alguns... Casos também, doenças com um pouco de mais complexidade que podem ser atendidas e acompanhadas num posto. (Médico 1)

Eu acho que, lá, eles conseguem ver o que tem de mais freqüente em pediatria, né? Desde uma puericultura de uma criança normal até, assim... Os constipados, os asmáticos... Como é que a gente lida... O que é mais freqüente, o que não é raro... Então, todas as patologias que eles vêem, elas são fruto da realidade mesmo, né? Então, assim... O que eles vão trabalhar depois. (Médico 5)

Na análise documental dos programas da disciplina de Pediatria Social na Comunidade é destacado o aprendizado dos problemas mais prevalentes de saúde da criança (ANEXOS 5, 6, 7, 8). Como o ensino na UBS é realizado no atendimento da demanda, espera-se que o estudante entre em contato, conheça e

valorize os casos de puericultura e as doenças de maior frequência bem como sua prevenção. Os espaços do hospital universitário e dos ambulatórios de especialidade, ao cumprir seu papel de centro de referência para o sistema de saúde vigente, deixaram de ser os locais adequados para o ensino das doenças prevalentes, pois neles são atendidos os usuários cujos problemas de saúde necessitam de um arsenal tecnológico e de profissionais cada vez mais especializados.

Campos (1999, p.189) destaca que o Brasil precisa dos hospitais terciários, mas esses são inadequados para o ensino de graduação de Medicina e Enfermagem. São serviços ótimos para a residência, pós-graduação e realização de pesquisa de ponta. Mas não estariam, segundo o autor, servindo para formar médicos com capacidade e responsabilidade clínica integral.

Marcondes (1998), em editorial da revista *Pediatria* (São Paulo), destacava que em um estudo envolvendo 19 escolas médicas do estado de São Paulo, o ensino da atenção primária estava presente em sete escolas das nove que responderam ao questionamento. Os departamentos mais envolvidos eram os de Medicina Preventiva e Pediatria.

Afirmo que o pediatra é um médico diferente de qualquer outro profissional de Medicina. Trabalhando com crianças e mães, eles têm uma enorme percepção sobre os fatores ambientais e relações humanas. Lidando com pessoas em crescimento e desenvolvimento, os pediatras enfatizam a Medicina geral e têm uma atenção aguçada para o preventivo na sua prática médica.

O quinto núcleo de significação refere-se à “*experiência na comunidade como uma oportunidade de reforçar o aprendizado da prevenção e*”

promoção da saúde”:

Essa parte de prevenção... Vacinação, por exemplo, imunização, praticamente é só lá que a gente vai mostrar. Porque aqui a gente vai dar na teoria, né? E eles, em momento algum, vivenciam uma sala de vacina ou sei lá... Um serviço desse... Nesse sentido, né? (Médico 6)

A primeira coisa: pra tentar promover a saúde. A segunda: é pra cuidar da doença. Quando a pessoa está doente. E ajudar essa pessoa a não adoecer de novo. Não é só cuidar daquela doença agora, mas estar promovendo a saúde sempre. (Médico 7)

Segundo Souza & Grundy (2004, p.1354) a idéia de promover saúde é antiga, no entanto, a incorporação dessa idéia e da prática no campo da saúde pública foi influenciada especialmente pela reforma de saúde iniciada no Canadá, em 1974, a qual refletiu os anseios de muitos outros preocupados com a influência do meio físico e social na saúde. Essa reforma serviu de base para o lançamento de várias conferências desencadeadas pela Organização Mundial da Saúde, começando pela de Alma-Ata em 1978, e seguida pela Conferência de Ottawa, em 1986, da qual resultou o primeiro documento internacional em promoção de saúde: a *Carta de Ottawa*. Após o evento em Ottawa, várias outras conferências e reuniões foram realizadas com o foco na promoção da saúde, resultando em documentos como a Declaração de Bogotá em 1992 e a Carta Del Caribe de 1993, e mais recentemente, a Carta de Bangkok em 2005. Embora a promoção da saúde esteja presente em uma grande e variada literatura, seu conceito ainda não é bem entendido e sua prática dificultada. Para as autoras, a distinção entre prevenção,

educação para a saúde e promoção da saúde ainda não é muito clara, mesmo para profissionais da área. Embora os limites para tais definições não sejam rígidos, a compreensão desses conceitos facilita a elaboração de estratégias para efetivação da prática de promoção de saúde.

A prevenção baseia-se, geralmente, na concepção de risco ou da probabilidade de se tornar doente. A educação para a saúde envolve a transmissão de informações relativas à saúde, visando à mudança de comportamento e à adoção de estilo de vida saudável, em que o indivíduo passa ser o principal responsável pelo seu estado de saúde. Ainda que desejáveis e necessárias, as abordagens e campanhas educativas, quando mal conduzidas, podem ter efeito deletério, uma vez que podem despertar preocupação exagerada, tornando certos "grupos de risco" em "grupos de risco em pânico". A promoção de saúde implica um processo mais abrangente e contínuo, que envolve prevenção, educação e a participação de diferentes setores da sociedade na elaboração de estratégias que permitam a efetividade da educação para a saúde. Dessa forma, a promoção transcende as atividades e as decisões individuais para tornar-se uma atividade coletiva. (p.1355)

Considerando essas questões é relevante que os médicos identifiquem a comunidade como espaço para o aprendizado sobre prevenção e promoção da saúde, um campo em que as práticas ainda precisam ser incentivadas dentro do currículo para formação do profissional de saúde.

É do senso comum que na unidade básica só existem casos e situações simples, o que não corresponde à realidade, e os médicos supervisores fizeram essa constatação, que se constituiu no sexto núcleo de significação, o da *“experiência na comunidade como oportunidade para vivenciar a complexidade*

da atenção primária”.

Os pais, os responsáveis, trazendo uma criança à consulta e de compreender a complexidade das queixas. A complexidade da inter-relação que existe entre a queixa física que a criança vem apresentando e a relação desta criança, deste pacientinho com a comunidade, com a família, com a escola, ou... A relação disso com a forma como os pais estão experimentando a sua situação naquela mesma época... O que é que está acontecendo dentro da família... Como é que a criança está se desenvolvendo... (Médico 7)

É de outra natureza as queixas que vêm pro consultório na comunidade. É totalmente diferente e, ao mesmo tempo, é um ser humano. É um ser humano se expressando em toda a sua extensão, toda a sua totalidade (Médico 7)

A idéia acima é um exemplo de preconceito que precisa ser problematizado, através da vivência do estudante, do aprimoramento de sua capacidade de escuta, de observação e das discussões com os supervisores que reconhecem essa complexidade e buscam mostrá-la ao estudante.

Schraiber & Mendes-Gonçalves (1996, p.34-35) explicitam como o conceito de atenção primária tem sido associado a uma assistência de baixo custo, tratando-se de um serviço simples e quase sempre com poucos equipamentos, contendo uma prática fadada a ser uma “medicina simplificada”. Os autores citam Donnangelo & Pereira (1976) para explicar a origem histórica da prestação de serviços, que visava ampliar a cobertura dos serviços para população mais carente

e excluía, estendendo a assistência médica de forma simplificada e barata. Mas, as enormes dificuldades na extensão dos serviços, ou até mesmo para manter a cobertura, tornaram-se algo muito mais complexo do que se imaginava.

Schraiber & Mendes-Gonçalves (1996, p.35) explicam que na atenção primária muitas situações cotidianas constituem casos instrumentalmente simples e que, por vezes, são patologicamente mais fáceis, mas que nem por isso deixam de envolver uma grande complexidade assistencial.

A mediação do médico supervisor mostra ao estudante que na Unidade Básica de Saúde também existem situações complexas, possibilitando a ele esta experiência.

O sétimo núcleo de significados que emergiu das falas dos médicos foi o ***“da integralidade no atendimento em pediatria”***, que também apareceu nas falas dos docentes organizadores do curso.

Os médicos destacaram como importante aprendizado para o estudante a visão integral da criança e da família, a sua não fragmentação, a possibilidade de um enfoque que não seja centrado só na doença ou no diagnóstico, e sim, também no indivíduo, no ser humano.

No mesmo dia, a gente vê criança que foi só para a puericultura, criança que é asmática, criança com retardo de desenvolvimento, criança que você tem que orientar a alimentação, criança que você tem que fazer orientação ambiental, criança que você, às vezes, precisa de medicamento pra isso, medicamento pra aquilo Quer dizer, você tem tudo num dia só. Essa variedade acaba, assim, deixando eles fascinados, né? Quer dizer... Como que o médico da unidade tem que raciocinar durante o período para ele resolver diversas coisas e pensar em tudo. E ver a orientação, e ver a parte de higiene mental da criança, e ver a parte do vínculo da criança,

e ver com resolve o problema da creche, e ver se está inserida ou se não está inserida. (Médico 5)

[...] todo o atendimento integral que a gente tenta fazer com essa criança dentro da unidade, ele consegue ver. Isso é muito importante por quê? Na pediatria, como em qualquer clínica, esse seguimento, esse vínculo, essa visão integral da criança, eu acho que ela é bem vista dentro de uma unidade básica..(Médico 5)

Que ele veja um ser humano. Um ser humano. Não compartimentalizado, não dividido em especialidades, não dividido em... Diagnósticos... Não um...Nada isso. Que ele veja um ser humano.(Médico 7)

Seis médicos supervisores relataram como fundamental que o estudante vivencie o vínculo que existe entre o profissional e a população de cada área de abrangência. Este vínculo é possível através da interação e dessa forma, a comunicação deve ser bastante valorizada.

[...] na unidade básica, o que o aluno vivencia é vínculo, né? Principalmente se você está há muito tempo em algum lugar. No meu caso, eu estou a doze anos no mesmo lugar. Então eu conheço os pacientes, né? Então é diferente quando você atende o paciente a primeira vez e se você atende ele há dez anos, né?. Então você também tem isso: mostrar que você também faz vínculo com o paciente. Às vezes o paciente pergunta, tem liberdade de falar as coisas. Ou, às vezes, nem sempre o paciente vai falar tudo na primeira vez. Às vezes vai falar numa segunda vez. Então, tem que ter esse tempo, também, de dar para o paciente adquirir confiança pra contar, às vezes, certas coisas, né? Principalmente devido a que isso é importante no 4º ano, né? Ele vivencia esse vínculo. (Médico 1)

A prática pediátrica, identificada através do discurso dos profissionais, revela que para os médicos o cuidado com a criança e sua família é o ponto central da consulta, pois qualifica o trabalho do profissional e fortalece o aprendizado de uma clínica ampliada.

A primeira coisa que eu falo... Quando eu chego na sala, eu falo, “oi, tudo bem? Como está a senhora?” Trato pelo nome a mãe, trato pelo nome as crianças... Os alunos que vão lá, eu acho que percebem isso também... Eu até conheço a população inteira. Faz sete anos que eu estou lá. Eu acho que esse tempo lá de convivência com a população é o essencial pra um posto de saúde ou um programa de médico da família atuar. Fazer com que aquele posto de saúde se torne uma referência, eu acho que é essencial. (Médico 3)

Que o paciente, ele atendido por um... Praticamente por um pediatra só, né? [...] Praticamente. Desde que ele nasce até... Sei lá, dezesseis anos, né? Isso é muito importante, porque... Quando já chega, a gente já conhece o paciente, conhece a mãe. Já está um clima mais familiar. A criança não fica tensa, ela fica mais solta. Ela se mostra tal qual... Qual é, né? É diferente do hospital. Que, às vezes, a gente atende o paciente e nunca mais vai ver na vida. É outro... Outro profissional que vai atender o retorno dele. Acompanha então a evolução, né? Que isso é muito rico pra o aluno sentir. Que no futuro ele vai ter um paciente que possa acompanhar do começo, talvez, ao fim, né? (Médico 4).

Você conhece todo mundo, as famílias, a dinâmica, o local que eles vivem, né? Tem mais coisa, né? A gente sabe a escola porque a gente vai na escola, a gente sabe a creche porque a gente vai na creche... Então, tudo isso ajuda nessa visão integral da criança mesmo, né? Ela inserida onde ela vive, onde ela estuda, onde ela brinca... Devido a isso (Médico 5).

A relação estudante-usuário aparece como um aprendizado importante na comunidade, a partir da vivência com um profissional que tenha um bom vínculo com sua população.

O quartanista, a mãe e a criança ou as crianças da casa. Certo? Eles ficam sozinhos e acho que isso melhora bastante o relacionamento médico-paciente. (Médico 3)

A questão da postura, da... Do respeito... Do... Porque eu falo muito pra eles assim, né? Pular pra cadeira da mãe, eventualmente, durante a consulta. Naquela hora que a gente fica meio aborrecido com o que ela fala ou com o que ela está fazendo ou com o que ela responde, enfim... Né? Então é essa coisa da empatia, né? Quer dizer, tentar se colocar no lugar dela pra entender melhor porque é que ela faz ou deixa de fazer isso ou aquilo, né? E, de um modo geral, eles têm tido, assim... Eu tenho me surpreendido, assim... Positivamente. Eu acho que eles têm atendido, assim, com carinho, com atenção, com postura de médico mesmo. (Médico 6)

Franco (2001, p.181), ao discutir a qualidade na prática pediátrica em relação ao modelo pedagógico, relata que os pediatras participantes de seu estudo reconheceram que a escola médica não propiciou a ampliação do núcleo de atuação do médico, a clínica, e privilegiou o enfoque do objeto corporificado, ou seja, apenas o enfoque no biomédico. Durante o processo formativo, o estudante estaria impedido de perceber que o processo de atenção é também tecnologia e que deve ser aprimorada à incorporação de elementos como o vínculo, a responsabilização, a troca, a comunicação.

Nesse sentido, o que foi identificado no discurso dos médicos supervisores sobre a clínica ampliada e sobre o vínculo reveste-se de grande

importância, enquanto possibilidade de uma formação diferente para os estudantes de graduação inseridos na atenção primária nos serviços de saúde em Botucatu.

Alguns médicos destacaram a postura do estudante em relação ao serviço público, um tanto quanto preconceituosa e da possibilidade de mudança ao atuar na Atenção Básica:

Eles têm um pouco de preconceito de unidade básica de saúde. Eu acho que eles acreditam, assim [...] O hospital-escola resolve tudo. [...] Quando eu termino o curso eu vejo que... Quer dizer... Eu falo pra eles, “quantos pacientes a gente encaminhou?” Às vezes nenhum. Às vezes um, né? Dois. Em especialidades. Em um prazo longo de tempo. [...] Eu acho que isso é bom. Porque eles acham que a gente não consegue resolver. Então mostra pra eles que a gente consegue resolver. E acho que muito preconceito, né? Porque eles acham que a unidade básica de saúde é um atendimento ruim, né? Que é um atendimento de qualquer jeito, que não é um atendimento adequado. [...] Porque quando ele for trabalhar em uma unidade básica de saúde, ele vai ter uma visão diferente também. (Médico1)

Então eles começam a ver que o sistema de saúde municipal, ele é, em alguns momentos, dependente do serviço da universidade, mas que ele tem uma organização própria. Então eu acho que isso é interessante pra eles, né? E passando pelos diferentes profissionais, eles vêm a atuação. Que tem o clínico, o dentista, né? Essa interação que a gente faz, eles começam... Eu acho que eles mudam a postura e passam pra uma valorização maior do sistema público. (Médico5)

Os temas destacados pelos médicos como essenciais na formação dos futuros médicos estão referidos nas Diretrizes Curriculares para os Cursos de

Medicina no Brasil (BRASIL,2001,s/p), que apontam para uma

[...] formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença, em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

Nessa perspectiva, a atenção primária é um cenário adequado para o aprendizado porque segundo as palavras dos médicos, todas as situações, desde as mais simples às mais complexas que estão presentes no dia-a-dia de um médico generalista. O papel mediador, dentro do conceito de Vygotski (1995), do supervisor dos estudantes, dos outros membros da equipe de saúde e do docente responsável, é fundamental para que o estudante alcance aprendizagens próprias desse cenário de ensino aprendizagem. A possibilidade de aprender sobre a clínica ampliada, desde que essa seja a intencionalidade de todos os supervisores.

O desafio colocado é como inovar e integrar, dentro do currículo médico para que esse seja, efetivamente, o cenário de ensino para professores e estudantes presente de forma transversal todo o curso de medicina.

5.3 A visão dos alunos que avaliaram a disciplina de Pediatria Social e Comunitária na Atenção Básica

As questões abertas, respondidas por escrito, pelos cento e dois alunos ao avaliarem a disciplina de Pediatria Social e Comunitária na Atenção Básica, nos anos de 2002 e 2003 foram diferentes do material anteriormente apresentado, por tratar-se de questionários respondidos por escrito e não por entrevista. As perguntas muitas vezes foram respondidas de forma sintética, o que dificultou a interpretação. Entretanto, como protagonistas do processo de ensino e aprendizagem, as questões que os estudantes colocaram são centrais e dão indicativos de como esse cenário refletiu em sua formação. A possibilidade de trabalhar este material em complemento ao anteriormente apresentado, referente aos formuladores da disciplina e médicos supervisores, é um desafio que acrescenta significados e sinaliza para as mudanças necessárias no processo curricular.

A primeira questão analisada refere-se aos aprendizados significativos apreendidos naquele cenário. (ANEXO 1 – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO ESTUDANTE SOBRE A QUALIDADE DO CURSO).

A análise do material permitiu identificar cinco núcleos de significação:

- *importância do aprendizado centrado na prática cotidiana em atenção básica;*
 - *aprendizado dos principais problemas de saúde;*
 - *diversificação do cenário como possibilidade para o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes em pediatria, um aprendizado sobre clínica pediátrica;*
-

- *experiência na comunidade como uma oportunidade de aprender sobre prevenção e promoção da saúde;*
- *a importância do conhecimento mais amplo da realidade do usuário;*
- *integralidade no atendimento da criança.*

Um grupo de questões muito freqüente refere-se à *importância do aprendizado centrado na prática cotidiana em atenção básica*, em que são destacados os aspectos do funcionamento da Unidade Básica de Saúde.

O curso de Pediatria na comunidade foi muito útil para conhecer o funcionamento do Centro de Saúde Escola e assim de uma UBS (Estudante 8).

É muito válido pois aprendemos a lidar com dificuldades do dia-a-dia e nos habituamos a fazer um atendimento mais direcionado (Estudante 97)

.
Como é organizada a UBS, como é o atendimento, que recursos são disponíveis (Estudante 8).

Contato com o dia-a-dia do atendimento (Estudante 66).

Trata-se do mesmo núcleo de significação surgido nas falas dos médicos supervisores, aspecto que também está presente nas falas dos docentes formuladores e que nos programas da disciplina aparece dentro da metodologia do curso, “suas atividades constarão de: observação sobre a organização e funcionamento da UBS, de procedimentos e rotinas da mesma” (ANEXOS 5, 6, 7, 8)

É interessante observar que assim como os médicos supervisores, os estudantes enfatizaram nesse cenário, aprendizados próprios do trabalho na atenção primária: o aprendizado da dinâmica da atenção básica, ao lidar com as dificuldades do dia-a-dia, com os recursos disponíveis.

Também é destacado o *aprendizado dos principais problemas de saúde*, como o segundo núcleo de significação, que também esteve presente nas falas dos médicos, e que aparece nos programas da disciplina como objetivo específico “identificar sinais e sintomas clínicos, ou seja, discernir dados importantes na anamnese e exame físico, correlacionando-os com as patologias mais prevalentes na comunidade”.

Aprendi sobre puericultura. (Estudante 30)

Atender patologias prevalentes. (Estudante 18)

Diagnóstico e conduta nas doenças mais frequentes, atualização do calendário de vacinação da criança. (Estudante 22)

Chegar perto de uma realidade que no HC não temos. (Estudante 11).

Bastante retorno – deu para ver seguimento, principalmente pneumonia. (Estudante 35).

Orientação de aleitamento materno, alimentação. (Estudante 24).

Contato mais próximo com a realidade das crianças e suas famílias. (Estudante 57).

Vários foram os aspectos significativos, entre eles o conhecimento e contato com os principais problemas, tanto orgânicos quanto sociais, da comunidade. (Estudante 65).

A construção de um novo modelo de exercício da Medicina, discutido por Troncon (1999, p.336), além de atender melhor às necessidades da comunidade, também vem ao encontro dos ideais humanitários da profissão médica:

No que se refere ao engajamento da escola médica na consecução deste objetivo, a análise racional do problema e das alternativas possíveis recomenda que a melhor estratégia é o desenvolvimento em maior escala de atividades externas.

O mesmo autor recorre a Chaves (1996), evidenciando que no modelo inovador, a maior parte das ações é desenvolvida junto à própria comunidade e não no hospital, de modo a contemplar a prática médica mais abrangente e menos especializada. Assim, o exercício da profissão deve depender menos de recursos tecnológicos e mais das habilidades clínicas fundamentais, que demandam maior interação do médico para com os pacientes. Desta maneira criam-se condições para uma prática mais humanizada e mais orientada para a pessoa e o seu meio de inserção familiar e social (CHAVES, 1996; TRONCON, 1999).

Ao referir-se aos principais problemas “tanto orgânicos quanto sociais da comunidade”, foi possível identificar que o estudante compreendeu o significado de saúde, dentro de um conceito que vai além do estritamente biológico. Isso é favorecido nesse tipo de cenário, desde que os supervisores estejam atentos e preparados para a mediação que favoreça a apreensão do estudante.

Os estudantes também destacaram, como o terceiro núcleo de significação *a diversificação do cenário como possibilidade para o*

desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes em pediatria - um aprendizado sobre clínica pediátrica,

Possibilidade de aplicação prática dos conhecimentos teóricos. (Estudante 30)

Aprender a atender sozinho. (30).

Aprender a atender as crianças.. (Estudante 54)

Aprimorar exame físico. (Estudante 18).

Como conduzir uma consulta pediátrica. (Estudante 7).

Raciocínio clínico pela anamnese. (Estudante 10).

Aprendi a abordar alguns temas, que na prática, há pouca adesão dos pacientes nas consultas (dieta, higiene mental, mudanças nas atitudes das mães. (Estudante 1).

Postura de médico diante do paciente (Estudante 10).

Aprender condutas. (48)(38).

Aprender a fazer orientação. (Estudante 44).

Aprender a dar condutas. (Estudante 74).

Orientação quanto à higiene mental (birra, mamadeira e chupeta). (Estudante 46).

Atender sozinho, fazer hipótese diagnóstica e participar na elaboração da conduta. (Estudante 52).

Experiência como “médico de verdade”, já que atendia sozinha, fazia orientações e até atendi meus próprios retornos, vendo uma evolução da criança. (Estudante 42).

Consultas mais rápidas (do que do ambulatório). (Estudante 63).

Adquire incentivo para estudar os casos observados e atendidos. (Estudante 67).

Vivenciar todos os locais de atuação da Pediatria.

(Estudante 40).

Outro modo de ver a pediatria, além daquele da Enfermaria e do Ambulatório. (Estudante 57).

Os outros cenários de ensino de pediatria do 4º ano são a enfermaria e o ambulatório. Os estudantes também avaliaram o aprendizado nesses cenários, em instrumento próprio. O material analisado neste trabalho refere-se apenas ao que foi escrito por ocasião da avaliação do ensino na comunidade: merece destaque, o fato de o estudante referir o aprendizado sobre a consulta pediátrica, sobre orientação a ser dada ao usuário, e também a possibilidade da visão do indivíduo como um todo, e não só da doença, um discurso presente entre os docentes e os médicos. Nesse momento predominou o enfoque individual.

Como quarto núcleo de significação foi valorizada a *experiência na comunidade como uma oportunidade de aprender sobre prevenção e promoção da saúde*, também presente na fala dos médicos, enquanto uma oportunidade para uma vivência do estudante, com um enfoque do coletivo.

Possibilidade de trabalhar com prevenção e educação em saúde. (Estudante 17)

Conhecimento do programa de saúde do escolar. (Estudante 14)

Um meio interativo entre a escola e a UBS. (Estudante 26)

Conhecer a atuação dos profissionais da saúde na escola. (Estudante 27)

Conhecer como se trabalha na comunidade. (Estudante 54)

O próprio trabalho com a comunidade, que já se acostumou a encontrar o “médico” somente no hospital. (Estudante 57)

Foi muito bom ir às salas de aula conversar com as crianças para explicar sobre parasitose e ver os resultados, com as crianças aprendendo e respondendo às perguntas. (Estudante 60)

Foram ótimas para orientar e ressaltar pontos como doenças, epidemias prevalentes na sociedade e as crianças ficam interessadas e realmente aprendem, principalmente pelos métodos utilizados (brincadeiras, jogos, prêmios). (Estudante 30)

O quinto núcleo de significações foi *a importância do conhecimento mais amplo da realidade*, que também apareceu como núcleo de significações nas falas dos docentes formuladores da disciplina:

Verificar a realidade do paciente fora do consultório. (Estudante 26)

Diferenças sócio-culturais das diversas áreas da cidade. (Estudante 27)

Visão global da crianças, em sua própria realidade. (Estudante 55)

Possibilidade de trabalhar com a comunidade. (Estudante 31)

Possibilidade de atender crianças dos mais diversos níveis sócio-culturais. (Estudante 37)

Interação com a comunidade (aspectos sociais, doenças mais prevalentes). (Estudante 62)

Conhecimento e contato com os principais problemas sociais, da comunidade. (Estudante 34)

*Visão da população da comunidade (mostrou a carência da população e como lidar melhor com a situação).
(Estudante 35)*

O sexto núcleo de significações refere-se à *integralidade no atendimento em pediatria*, com a valorização do vínculo, em que apareceram vários elementos relacionados com a visão integral do usuário do sistema de saúde. Foi também um núcleo presente na fala dos docentes e de forma incisiva nos relatos dos médicos. Camargo (2003) citado por Cunha (2005) discute a diferença entre os saberes do hospital e da Atenção Básica, apontando que no discurso dos professores de hospitais universitários o diagnóstico é considerado a tarefa mais nobre em relação à terapêutica. Cunha (2005) explica como na Atenção Básica o diagnóstico não é nem uma tarefa suficiente e nem a mais complexa.

Dessa forma, é o vínculo que permite ao médico conhecer as famílias das crianças e o contexto onde vivem, e encontrar formas de apoiar os usuários nas mudanças necessárias para a produção da saúde.

*Melhor relacionamento médico-paciente devido à
continuidade do tratamento. (Estudante 94)*

Maior vínculo com os pacientes. (Estudante 14)

*Possibilidade de estabelecer vínculo mais duradouro com
o paciente. (Estudante 3)*

*Como abordar pacientes/ mães de diferentes classes
sócio-econômicas. (Estudante 7)*

Melhorar a relação médico-paciente. (Estudante 26)

Atendimento o indivíduo como um todo, e não só da doença. (Estudante 25).

Ferreira et al (2007, p.56-57), confirmando as falas acima citadas, relatam em estudo com estudantes de primeiro e segundo ano de medicina, na atenção básica, que os mesmos reconhecem o trabalho na comunidade como favorecendo o desenvolvimento de relações interpessoais e de comunicação que são essenciais para sua formação.

A segunda questão aberta, do instrumento de avaliação, refere-se às sugestões dos estudantes para melhorar o curso. A análise das respostas evidência três núcleos de significação.

O primeiro núcleo mostra a *necessidade de estruturação da disciplina, integração com outras áreas:*

Que a gente já tivesse contato com a comunidade nos três anos de faculdade. (Estudante 97)

Acho que, no curso de Pediatria do 4º ano, os estágios de Enfermaria, Ambulatório e Comunidade deveriam ter o mesmo tempo de duração, pois considero mais proveitoso e estimulante para o aprendizado os estágios Ambulatório e Comunidade, pois nos coloca em situações às quais, mesmo não sendo Pediatria, iremos encarar; ao contrário da Enfermaria, que, embora todo o conteúdo administrado tenha sido muito útil, foi específico (na maioria dos casos). (Estudante 58)

Conforme sugestão dos estudantes dos anos anteriores, vale ressaltar que a partir de 2003, o tempo de estágio na Atenção Básica passou a ocupar um período de tempo de quatro semanas, igual ao do ambulatório e da enfermaria, com menor número de estudantes. Além disso, a outra sugestão de que as atividades de Educação em Saúde iniciassem nos primeiros anos foi suprida com a implantação do Programa de Interação Universidade, Serviço e Comunidade (IUSC), no primeiro ano.

Outro núcleo refere-se às sugestões quanto à *metodologia de ensino*

Mais discussão de casos clínicos ao invés de aulas.

(Estudante 16)

Mais aulas teóricas sobre doenças prevalentes.

(Estudante 43)

Maior tempo na comunidade e menos na enfermaria.

(Estudante 88)

Gostaria de mais textos e material didático escrito para estudar. (Estudante 55)

Gostaria de uma oportunidade de observar uma consulta de uma criança feita pelo docente, que tem muito mais experiência. (...) A simples observação do profissional mais experiente nos oferece várias dicas que podem ser aplicadas na prática. (Estudante 92).

O segundo grupo de sugestões constitui o terceiro núcleo de significações, com sugestões para *aprimorar as atividades de atendimento clínico individual*.

Dividir melhor os alunos nos postos. Enquanto em alguns locais tinham poucos pacientes para serem atendidos, em outros tinham muitos.

Diminuir o número de alunos no CSE para que o tempo renda mais. (Estudante 46)

Tinha muitos alunos e poucos atendimentos, ficamos sem casos para atender

Aumentar o número de postos de saúde para distribuir os alunos. (Estudante 46)

Maior tempo de curso: cada aluno deveria passar pelo menos em 2 tipos de posto, abrangendo populações diferentes

Poucos dias de práticas no Centro de Saúde (duas manhãs por semana é tempo bastante reduzido). (Estudante 47)

Aumentar os dias de atendimento por semana. (Estudante 36) (35)

Rodízio nos postos. (Estudante 49)

Ter mais tempo para discutir os casos atendidos. (Estudante 50)

Orientador tem muitos casos para atender e fica difícil interagir com os alunos. (Estudante 51)

Em relação à avaliação das práticas em Saúde Escolar e Promoção da Saúde destacaram-se dois aspectos:

O primeiro, da importância da abordagem multidisciplinar:

Abordagem multidisciplinar foi muito boa. (Estudante 52)

Achei legal haver discussão interdisciplinar com a fonoaudióloga e com a psicóloga. (Estudante 31)

Importante para entendermos melhor o trabalho feito interdisciplinar (psicóloga e fonoaudióloga). (Estudante 48)

Achei muito interessante o trabalho das pedagogas e compreendi sua importância. (Estudante 8)

O conhecimento do programa de Saúde Escolar foi muito interessante, observar o funcionamento e integração entre as diversas disciplinas em pró de um único resultado o bem estar físico e mental da criança e ver que este método é muito satisfatório. (Estudante 56)

Muito boa, pois nos mostrou uma realidade que não conhecíamos e pudemos aprender a extrema importância d o trabalho em conjunto da equipe no sentido de abordar a criança de forma multidisciplinar. (Estudante 88)

As aulas práticas foram bastante motivadoras e interessantes e nos ajudaram para que nós pudéssemos olhar diferentes aspectos da saúde da criança que normalmente não são vistas no ambulatório (ex. dificuldades escolares). (Estudante 58)

O segundo grupo, a não valorização das atividades de promoção da saúde em outros equipamentos sociais que não sejam as UBS:

Única sugestão: centralizar o atendimento no Centro de Saúde

Atender de segunda à quinta, na UBS.

Redirecionamento de atividade do PSE para o 3º ano e interação com o curso de psicologia

Penso que seria mais proveitoso para o 4º ano preocupar-se com tratamento e reabilitação/ recuperação

do que com promoção da saúde. Essa poderia ser feita no 3º ano. (Estudante 59)

Retirar do currículo as atividades na escola e às quintas-feiras da saúde escolar deixar-nos atender todas as manhãs, exceto às sextas-feiras das aulas, nas UBS.

Péssimas, não aprendi nada. (Estudante 11)

Acredito ser mais importante trabalhar mais períodos nos postos de saúde e menos nas escolas. (Estudante 53)

Pouco acrescentam. (Estudante 12)

Deve ser retirado do programa. (Estudante 16)

As apresentações na escola poderiam ser trocadas por atendimento no posto de saúde. (Estudante 61)

Regular, não vi diferença do atendimento que fazia no CS e não atendi nenhuma criança no Jd.Cristina. (Estudante 62)

Regular: dá nos noção parcial ou nula da saúde do escolar e dos profissionais que trabalham com o médico na comunidade. (Estudante 63)

Não foi válido; não atendi nenhum caso de saúde escolar, perda de tempo. (Estudante 64)

Merece reflexões posteriores o fato de que também existem alunos que

consideram não ter aprendido nada, ou que não seja válido atuar nas escolas públicas de ensino fundamental. Para eles o que vale a pena aprender refere-se ao atendimento individual. Essa discussão é muito ampla envolvendo vários atores e de um modo geral a própria estrutura curricular da escola médica no Brasil.

Sabe-se que muitos estudantes de medicina têm uma imagem idealizada da atividade médica, qual seja a de profissional autônomo em seu consultório particular, embora essa possibilidade seja cada vez mais rara, principalmente nos centros urbanos.

Também a especialização, cada vez mais precoce, é outro motivo de atração pela clínica privada.

Feurwerker (2002) constata que os graduandos de medicina resistem a atuar em cenários que se distanciam de seus ideais de especialista em hospital privado de alto nível, ou do trabalho em consultório próprio.

Pode-se concluir que o grande desafio para a Educação Médica brasileira é formar médicos conscientes de sua função social, e que tendo em vista a atual situação da assistência e serviços médicos prestados à população, no país, comprometam-se na busca de soluções como a de uma prática competente, responsável e mais humana.

Sabe-se que muitos estudantes de medicina têm uma imagem idealizada da atividade médica, qual seja a de profissional autônomo em seu consultório particular, embora essa possibilidade seja cada vez mais rara, principalmente nos centros urbanos.

Também a especialização, cada vez mais precoce, é outro motivo de atração pela clínica privada.

Feurwerker (2002) constata que os graduandos de medicina resistem a atuar em cenários que se distanciam de seus ideais de especialista em hospital privado de alto nível, ou do trabalho em consultório próprio.

Pode-se concluir que o grande desafio para a Educação Médica brasileira é formar médicos conscientes de sua função social, e que tendo em vista a atual situação da assistência e serviços médicos prestados à população, no país, comprometam-se na busca de soluções como a de uma prática competente, responsável e mais humana.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do ensino de Pediatria na Comunidade, na FMB, realizou-se ao longo do tempo, dentro de um processo histórico, em conjunto com as experiências de integração docente-assistencial do então Departamento de Saúde Pública, uma vez que os docentes formuladores dessa disciplina acreditaram na introdução de um novo cenário de ensino – a Comunidade, e que hoje, consolidado, mereceu ser estudado no presente trabalho. Deve-se mencionar que o Projeto UNI e mais recentemente, o PROMED e o PRÓ-SAÚDE têm sido importantes políticas indutoras e incentivadoras de um processo que exige dedicação tanto dos profissionais da academia como dos serviços e comunidade.

Foi possível identificar, pela análise dos núcleos de significação comuns entre docentes e estudantes, que o ensino de pediatria na comunidade tem contribuído para que alguns dos objetivos, traçados pelos docentes formuladores, fossem atingidos, como o de conhecer a realidade das famílias consultadas, das escolas, projetos e creches, além das doenças mais prevalentes, medidas de prevenção e promoção da saúde.

O presente trabalho mostrou que no ensino da Atenção Básica se faz necessária uma produção sistematizada de conhecimento e de avaliações contínuas que possibilitem a superação, por exemplo, da falsa dicotomia entre teoria e prática.

Também foi possível a problematização de questões e situações vivenciadas pelos docentes que formularam a disciplina, médicos supervisores e estudantes, para verificar o que a disciplina, na Atenção Básica, vem realizando e quais inovações são necessárias e pertinentes.

Das falas dos médicos supervisores, constatou-se que estes já

desenvolvem, em sua prática clínica e de ensino, alguns aspectos da clínica ampliada, e que pela possibilidade e importância dessa abordagem, somente a mudança de cenário de ensino não é suficiente. Suas falas apontaram também que o trabalho na comunidade exige profissionais competentes e críticos comprometidos não só com os princípios do SUS, mas também com sua consolidação.

Docentes e médicos destacaram que a Atenção Básica, como cenário de ensino, favorece a formação de um profissional conhecedor das necessidades de saúde de uma população. Este é também um desafio colocado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, para os cursos de medicina.

A integralidade no atendimento da criança emergiu de maneira significativa tanto nas falas de docentes e médicos como nas respostas dos estudantes, revelando dois aspectos importantes: o primeiro, a indicação de um atendimento de qualidade ao usuário do SUS e o segundo, a oportunidade para o estudante de um aprendizado atual que visa à humanização do cuidado.

No ensino da Atenção Básica, o vínculo do médico com o usuário foi apresentado pelos docentes como uma possibilidade, enquanto para os médicos, nas suas falas, ele já é um aprendizado dos mais significativos.

Os estudantes, no ensino da Atenção Básica, valorizaram o aprendizado dos principais problemas de saúde, sua prevenção e promoção e o desenvolvimento de habilidades, atitudes e competências necessárias para o atendimento da clínica pediátrica.

A importância e a atualidade da presente pesquisa são reveladas pelos seus resultados e conclusões que, certamente, irão contribuir para o presente

momento ora vivido pela FMB, qual seja, o da revisão do seu Projeto Político Pedagógico.

Hoje, as pesquisas em Educação Médica cada vez mais se fazem necessárias tendo em vista a adequação das Escolas às Diretrizes Curriculares nacionais.

Serão as pesquisas que nos momentos de avaliação *da* e *na* Escola Médica orientarão sua trajetória na busca de cumprir seu papel social.

7. REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. C. A Pesquisa e a Educação Médica no Brasil Hoje: Reflexões sobre Metodologias e Estratégias. In: MARINS, J.J. et al. (Orgs.). **Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: HUCITEC, 2004. p. 304-324.

AGUIAR, A.C. Formação médica e trabalho em equipe de saúde. **Rev. Brás. Educ. Méd.**, v. 29, n. 2, p. 79-80, 2005.

AGUIAR, W. M. J. Reflexões a partir da psicologia sócio-histórica sobre a categoria consciência. **Cad. Pesqui.**, v. 110, p. 125-142, 2000.

AGUIAR, W. M. J. A pesquisa em psicologia sócio-histórica: contribuições para o debate metodológico. In: BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M.; FURTADO, O. (Orgs.) **Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia**. São Paulo: Cortez, 2001. p.129-140.

AGUIAR, W. M. J.; OZELLA, S. Núcleos de Significação como Instrumento para a Apreensão da Constituição dos Sentidos. **Psicol. Ciênc. Prof.**, v. 1, p. 222-245, 2006.

ALEIXO, J. L. M. Atenção Primária à saúde e o programa de Saúde da Família: perspectivas do desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Rev. Min. Saúde Pública**, v.1,n.1, p.1-16, 2002.

ALMEIDA, M. J. **Educação médica e saúde: possibilidades de mudança**. Londrina: Ed. UEL; Rio de Janeiro: ABEM, 1999. p.33-64.

ANDRADE, M. G. G. **O ensino médico e os serviços de saúde: estudo de caso do Projeto Paulínia**. 1995. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1995.

AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e**

crítica da medicina preventiva. 1975. 197f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BASILE, M. A. Uma experiência educacional: CINAEM. In: MARCONDES, E.; GONÇALVES, E. L. (Orgs.) **Educação médica**. São Paulo: Sarvier, 1998. p. 307-322.

BASSO, I. S. Significado e sentido do trabalho docente. **Cad. CEDES.**, v.19, n.44, p.19-32, 1998.

BATISTA, N. A.; SILVA, H. S.S. **O professor de medicina**: conhecimento, experiência e formação. São Paulo: Loyola, 1998. p.153-158.

BERTONCELLO, N. M. F.; PARADA, C. M. G. L.; MATOS, M. C. Parceria para a formação dos profissionais da Saúde. In: ALMEIDA, M. et al. Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina:Ed. UEL,1999. p.201-206.

BRASIL. Ministério da Educação.Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº4, de 7 de novembro de 2001**. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso graduação em medicina. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. **Programa de incentivo às mudanças curriculares para as escolas médicas PROMED**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Aprender SUS**: o SUS e os cursos de graduação da área da Saúde. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Pró-saúde**: Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Brasília, 2005.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, Y. M. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: Editora da ABRASCO, Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva-CEPESC, 2006. v.1, p.69-92.

CAMPOS, G.W. S. **Papel da rede de atenção Básica em saúde na formação médica** – Diretrizes. Documento preliminar – abril de 2005. Disponível em <http://www.abem-educmed.org.br/posicionamento_abem/doc_prof_gastao.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2007.

CHAVES, M. M. **Saúde: uma estratégia de mudança**. Rio de Janeiro: Guanabara Dois, 1982.

CIPOLLA NETO, J. et al. Apresentação. In: VIGOTSKII, L. S.; LURIA, A. R.; LEONTIEV, A. N. **Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem**. Tradução de Maria da Penha Villalobos. 4ª ed. São Paulo: Ícone, EDUSP, 1988. p.15-19.

COMBINATO, D. S. **Concepção de morte e atuação de profissionais de saúde em unidade de terapia intensiva: implicações educacionais**. 2005. p.37-50. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, 2005.

CONCARI, S. B. El enfoque interpretativo en la investigación en educación en ciencias. **Ensaio: Aval. Polit . Públ. Educ.**, v.10, n.36, p.315-330, 2002.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Editora Hucitec, 2005. 212p

CYRINO, A. P. P. Da Medicina preventiva à medicina comunitária: processo de constituição de ensino extramuros na Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP (1969-1971). **Rev. Brás. Educ. Méd.**, v.20, n.1, p.37-42, 1996.

CYRINO, A. P. P. Primeiros passos: constituição do ensino extramuros na Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu (FCMBB). In:

CYRINO, A. P. P.; MAGALDI, C. (Org.). **Saúde e comunidade: 30 anos de experiência de extensão universitária em Saúde Coletiva**. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu/Comissão Editorial; Cultura Acadêmica, 2002. p. 19-33.

CYRINO, E. G. **Contribuições ao desenvolvimento curricular da Faculdade de Medicina de Botucatu: descrição e análise dos casos dos cursos de Pediatria e Saúde Coletiva como iniciativas de mudança pedagógica no terceiro ano médico**. 2002. 246f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2002.

CYRINO, E. G. et al. O programa: história, princípios e estratégias. In: CYRINO, E. G.(Org.). **A universidade na comunidade: educação médica em transformação**. Botucatu: Eliana Goldfarb Cyrino, 2005. v.1, p. 21-31.

CYRINO, E. G. 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.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Ensino-trabalho-cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS**. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva-CEPESC, 2006. v.1, p.71-84.

DEL CIAMPO, L. A.; RICCO, G. R. O internato do Curso de Medicina e o Programa de Saúde da Família. **Rev. Brás. Educ. Méd.**, v.27, n.1, p.50-54, 2003.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. 2.ed. São Paulo: Editora Duas Cidades, 1979. p.9-94.

FALEIROS, F. T. V. et al. Inovando o ensino da semiologia pediátrica. **Rev. Brás. Educ. Méd.**, v.26, supl. 1, p.77, 2002.

FALEIROS, F. T. V. et al. Avaliação de inovações no ensino de semiologia pediátrica pelos alunos. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENSINO E PESQUISA EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 2002, São Paulo. **Anais...**São Paulo, 2002.

FERREIRA, J. R. Análisis prospectiva de la educación médica. **Educ. Méd.**

Salud., v.20, n.1, p.26-42, 1986.

FERREIRA, J. R. A Formação do médico generalista – contextualização histórica. **Cad. ABEM**, v.2, p.41-45, 2006.

FERREIRA, R. C.; SILVA, R. F.; AGUER, C. B. Formação do Profissional Médico: a Aprendizagem na Atenção Básica de Saúde. **Rev. Brás. Educ. Méd.**, v.31, n.1, p.52-59, 2007.

FEUERWERKER, L. C. M. et al. O processo de construção e de trabalho da Rede Unida. **Divulg. Saúde Debate**, n.22, p.9-17, 2000.

FEUERWERKER, L. C. M. . **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. São Paulo: Hucitec, 2002.

FRAGA FILHO, C. Ensino médico no Brasil: análise crítica. **Arq. Gastroenterol.**, v.25, n.esp., p.26-31, 1988.

FRANCO, S. C. **A qualidade possível: o pediatra e o processo de decisão médica nos serviços públicos de saúde**. 2001. 249f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 28ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.148p.

GARCIA, M. A. A. Saber, agir e educar: o ensino-aprendizagem em serviços de saúde. **Interface Comun. Saúde Educ.**, v.5, n.8, p.89-100, 2001

GARCIA, J. C. **La educación médica en la América Latina**. Washington: OPS, 1972. (Publicação Científica, 255).

GOMES, F. M. S. et al. A pediatria comunitária e o ensino médico em creches. **Rev. Hosp. Univ.**, v.11, n.1/2, p.64-67, 2001.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos **Interface Comun. Saúde Educ.**, v.9, n.17, p.287-301, 2005.

GROSSI, E. P. **A coragem de mudar em Educação**. Petrópolis: Vozes, 2000.

HELLER, A. **Cotidiano e história**. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 1989.

HELLER, A. **Sociologia de la vida cotidiana**. 4. ed. Barcelona: Península, 1994

KEEN, J.; PACKWOOD, T. Qualitative research: case study evaluation . **BMJ**, v.311, p.444-446, 1995.

KIMURA, A. F.; MERIGHI, M. A. B. Estudo de caso. In: MERIGHI M. A. B.; PRAÇA, N.S. (Orgs.). **Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. v.1, p.15-18.

KISIL, M. ; CHAVES, M. M. Programa UNI – Uma nova iniciativa na educação das profissões de saúde – união com a comunidade. **Divulg. (CEBES)**, v., p.55-62,1991.

LAMPERT, J. B. Currículo de graduação e o contexto da formação médica. **Rev. Brás. Educ. Méd.**, v. 25, n. 1, p. 7-19, 2001.

LAMPERT, J. B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**. 2002. Tese (Doutorado)- Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

LEONTIEV, A. N. Artigo de introdução sobre o trabalho criativo de L. S. Vigotski. In: VIGOTSKI, M. L. S. **Teoria e método em psicologia**. Tradução Claudia Berlinger. São Paulo: Martins Fontes, 1996. p.425-470.

LINS, A. M. et al. A Construção de parcerias e alianças: reflexão e aprendizado. In: ALMEIDA, M. et al. **Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999. p.7-12.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MARCONDES, E. A pediatria e o ensino da atenção primária. **Pediatria (São**

Paulo), v.20, n.3, p.171,1998.

MARSIGLIA, R. M. G. **Relação Ensino-Serviços: dez anos de Integração Docente Assistencial (IDA) no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1995. 135p.

MACHADO, J. L. M.; TREZZA, E.; RUIZ, T. Reformulação do Ensino Médico Rumo à formação do profissional de qualidade. **Divulg. Saúde Debate**, v.11, p. 11-19, 1995.

MARQUES, M. B. **A questão populacional internacional e as doutrinas e práticas sanitárias voltadas para a saúde materno-infantil**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, 1982. (Mimeogr.)

MARTINS, S. T. F. Aspectos teórico-metodológicos que distanciam a perspectiva sócio-histórica vigotskiana do construtivismo piagetiano. In: MENDONÇA, S.G.L.; MILLER, S.(Orgs.) **Vigotski e a escola atual: fundamentos teóricos e implicações pedagógicas**. Araraquara: Junqueira & Marin, 2006. p.27-48.

MARSH, H. W. SEEQ: A reliable, valid and useful instrument for collecting students evaluation of university teaching. **Br. J. Educ. Psychol.**, v.52, p.77-95, 1982.

MAZZEU, F. J. C. Uma proposta metodológica para formação continuada de professores na perspectiva histórico-social. **Cad. CEDES.**, v.19, n.44, p.59-72, 1998.

MENDES, R. T.; SILVA, P. E. M. R.; MOYSÉS, M. A. A. Aprendizado de medicina nos serviços de atenção primária e no contato com a comunidade. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v.29, p.420-428, 1996.

MERIGHI,M.A.B.; PRAÇA, N.S. **Abordagens teórico metodológicas qualitativas**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2ªed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993. 269p.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade ? **Cad. Saúde Pública**, v. 9, n.3, p.239-262,1993.

OPAS. **Ensino de Pediatria em escola de medicina da América Latina**. Washington: Organização Panamericana de Saúde, 2003. 58p. Série FCH/CA – AIEPI. Disponível em: <www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-alape.portugues.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2007.

PADILHA, R. Q.; FEUERWERKER, L. C. M. As políticas públicas e a formação de médicos. **Rev. Brás. Educ. Méd.**, v.26, n.1, p.3-4, 2002.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION- PAHO. **Regional declaration on the new orientations for primary health care (PHC):** renewing primary health care in the Americas: a strategic and programmatic orientation for the Pan American Health Organization. Washington: PAHO, 2005. 43p.

PASQUALIN, L. **Pediatria:** a prática pretendida e a permitida. 1992. 201f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

PINHEIRO, R. ; CECCIM, R. B. Pressupostos teórico-conceituais, diversidade das formas de pesquisar e trajetória de operacionalização. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Ensinar saúde:** a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. p. 13-34.

PIRES A.C.; MARINS J. J. N. A formação profissional no contexto das políticas públicas: a análise e as práticas no processo de reforma curricular em medicina. **Cad. Abem**, , n.1, p.37-40, 2004.

POPE, C.; MAYS, N. P **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Tradução Ananyr Porto Fajado. 2.ed. – Porto Alegre: Artmed, 2005. p. VII.

PREARO, A. Y. **Estudo da utilização de serviços de saúde por mães e crianças no primeiro ano de vida** - Centro de Saúde Escola de Botucatu -1997. 2000. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista,

Botucatu, 2000.

PREARO, A. Y et al. Interação com a comunidade: experiência problematizadora no Ensino da Pediatria. **Rev. Brás. Educ. Méd.**, v.26, supl., p.55, 2002.

PREARO, A. Y. et al. **Saúde da criança na comunidade:** abordagem curricular da violência, integrando alunos de medicina e alunos do ensino fundamental de Botucatu. In: CONGRESSO MÉDICO ACADÊMICO DE BOTUCATU, 12., 2003, Botucatu. **Anais...** Botucatu, 2003.

PREARO, A. Y. et al. Impulsionando Mudanças: três anos do programa PROMED da Faculdade de Medicina de Botucatu. **Olho Mágico**, v.12, n.2, p.2-381, 2005.

PREARO, A. Y. Estudo da Utilização de Serviços de Saúde por Mães e Crianças no Primeiro ano de Vida - Centro de Saúde Escola de Botucatu –SP. **Rev. Baiana Saúde Pública**, v.30, n.1, p. 191, 2006.

PUCCINI, R. F. **Programa de integração docente-assistencial** – Embu. São Paulo: EPM,1994.(Mimeogr.).

PUGA, T. F. et al O ensino de pediatria nas escolas de medicina da América Latina – ALAPE - OPS 2000.Informe preliminar. **Pediatria (São Paulo)**, v.22, n.4, p.302-311, 2000.

RIZZATO, A. B. P.; CYRINO, E. G.; CERQUEIRA, A. T. A. R. Ambulatório de Pediatria como local de ensino. In: SAYEG, D. C.; DICKSTEIN, J. (Coords.) **Manual de Pediatria Ambulatorial**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 1995. p.43-52.

RIZZATO, A. B. P. et al. A aprendizagem baseada em problemas no curso de semiologia pediátrica .**J. Pediatr.**, v.76, n.1, p.S101, 2000.

SANTOS, J. O. **Educação médica:** filosofia, valores e ensino. Bahia: Arembepe, 1987. p.87.

SAVIANI, D. **Educação** : do senso comum à consciência filosófica. São Paulo. 2.ed. Autores Associados : Cortez, 1982. p.52.

SAVIANI, D. A pedagogia histórico-crítica e a educação escolar. In: BERNARDO, M.V.C. et al.(Org.). **Pensando a educação**: ensaios sobre a formação do professor e a política educacional. São Paulo.UNESP,1989. p.23-33.

SAVIANI, D. **Pedagogia histórico crítica**: primeiras aproximações. 7.ed. Campinas: Autores Associados, 2000. 122p.

SAVIANI, D. **Escola e democracia**. 34.ed. Campinas: Autores Associados, 2001. 95p.

SHRAIBER, L. B. **Educação médica e capitalismo**. São Paulo: Editora Hucitec, 1989. p.63-105.

SHRAIBER, L. B. **Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea**: novos desafios, outros dilemas. 1997. 209f. Tese (Livredocência) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

STELLA, R.C.R. Conquistas e desafios. **Rev. Brás. Educ. Méd.**, v.25, n.3, p.5-6, 2001.

THIOLLENT, M. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. São Paulo: Polis, 1987. 270p

TREZZA, E. M. C. et al. **Projeto ensino de Pediatria em centros de saúde**: objetivos, estratégias e avaliação. Botucatu:: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, 1993. p.1-6. (Mimeogr.).

TREZZA, E. M. C.; PREARO, A. Y. Saúde da criança: curso de graduação médica em centros de saúde, creches e escolas. **Divulg. Saúde Debate**, v.11, p.26-29, 1995.

TRINDADE, C. E. P. **Departamento de Pediatria nos seus 35 anos – 1968-2003** . Botucatu: UNESP, 2003. p. 20-25.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TRONCON, L. E. A. Ensino clínico na comunidade. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v.32, p.335-344, 1999.

UNESP. Universidade Estadual Paulista. **Manual Acadêmico**. Botucatu: Diretoria Técnica Acadêmica, Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP, 2007. p. 9-11

UNIFESP. Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. **Programa de Integração Docente Assistencial do Embu – UNIFESP**. São Paulo, 2006. Disponível em: < <http://www.unifesp.br/embu/pcebmun.html>>. Acesso em: 25 jul. 2007.

URTIAGA, M. E. A educação médica e as evidências de um novo paradigma. **Cad. Educ. FaE/UFPel**, v.19, p.153-165, 2002.

VÍCTORA, C.G.; KNAUTH, D. R. ; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. v.1, 133 p.

VIEIRA PINTO, A. **Sete lições sobre educação de adultos**. São Paulo: Cortez, 1982. p. 21-22.

VYGOTSKI, L. S. (1931). Método de investigación. In: Martinez-Marin, F. **Obras Escogidas III**. Tradução de Lydia Kuper. Madrid: Visor, 1995. p. 47-96.

VIGOTSKI, L. S. **A formação social da mente**: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. Tradução José Cipolla Neto. 6.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.191p.

VIGOTSKI, L. S. (1934). **A construção do pensamento e da linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 2001. 496p.

WECHSLER, R. Universidade, serviços de saúde e a comunidade: o papel dos programas de integração docente-assistenciais. In: VIERA, R. M. et al.

Fonoaudiologia e Serviço Público. Carapicuíba: Pró-Fono Departamento editorial, 1995.

WUILLAUME, S. M. **O processo ensino-aprendizagem na residência médica em Pediatria: uma análise.** 2000. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, IFF , FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2000.

YAMAMOTO, R. M. et al. Residência básica de Pediatria do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da USP: um projeto de ensino realizado em creches no município de São Paulo, vinculado a uma Unidade Básica de Saúde. **Pediatria (São Paulo)**, v.20, n.2, p.70-74, 1998. Disponível em: <<http://www.pediatrasiapaulo.usp.br/index.php?p=browse&id=38>>. Acesso em: 22 jun. 2007.

YIN, R. K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. 206p.

ZANOLLI, M. L. **A atenção à saúde da criança em Paulínia:** um campo de prática da Pediatria Social. 1999.Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

ZANOLI, M. L.; MERHY, E. E. A pediatria social e as suas apostas reformistas. **Cad. Saúde Pública**, v.17, n.4, p.977-987, 2001.

ZEFERINO, A. M. B. **Módulo de atenção integral à saúde – MD 756.** Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2004. (Mimeogr.).

Anexos

ANEXO 1

Unesp  **UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA**
CAMPUS DE BOTUCATU
FACULDADE DE MEDICINA
Curso Pediatria na Comunidade (4º ANO MÉDICO) 2003

Turma A***Avaliação do estudante sobre a qualidade do curso***

Esta forma de avaliação tem como principal objetivo captar a percepção do estudante sobre o curso ministrado e a atuação dos professores orientadores. Por favor, responda com seriedade, pois a análise da mesma será utilizada para continuidade/ avaliação/ reformulação do curso. Suas respostas serão mantidas anônimas, caso deseje, o professor orientador só receberá um resumo destas informações após ter dado as notas deste módulo do curso.

Selecione a melhor resposta para cada uma das frases a seguir, a partir de sua vivência no Curso de Pediatria na Comunidade –

Turma A -2003

	Péssimo	Ruim	Regular	Bom	Ótimo
Aprendizado					
▫ Você aprendeu um conteúdo que considera de valor profissional					
▫ Seu interesse pelo tema estudado cresceu em consequência deste curso					
▫ Você achou o conteúdo do curso estimulante					
▫ Você aprendeu e compreendeu o conteúdo ministrado no curso					
Entusiasmo do Professor Coordenador -Dra Alice					
▫ O professor demonstrou entusiasmo ao participar do curso					
▫ O professor demonstrou domínio sobre o conteúdo/método utilizado					
▫ O professor conduziu os trabalhos do grupo de forma dinâmica e energética					
▫ O professor se mostrou atento e acessível aos alunos individualmente					
▫ O estilo do professor lhe ajudou a prender a atenção durante as aulas					
Entusiasmo do Professor Orientador na UBS					
▫ O professor demonstrou entusiasmo ao participar do curso					
▫ O professor demonstrou domínio sobre o conteúdo					
▫ O professor se mostrou atento e acessível aos alunos individualmente					
Interação do grupo					
▫ Os estudantes foram estimulados a participar nas discussões em grupo					
▫ Os estudantes foram entusiasmados para expor suas idéias e conhecimentos					
▫ Os estudantes foram encorajados a fazer e responder perguntas					
▫ Os estudantes foram encorajados a questionar o professor					
Conteúdo- Dra Ercília					
▫ O professor apresentou uma discussão com conteúdo, conhecimento sobre os temas					
▫ O professor apresentou diferentes pontos de vista sobre os temas discutidos					
Aspectos Gerais					
▫ Compare este curso com os demais realizados na F. M. de Botucatu					
▫ Compare o desempenho dos professores deste curso com os demais professores das outras disciplinas realizadas na Faculdade de Medicina de Botucatu					
▫ Compare sua postura neste curso com a mesma nos demais cursos					
▫ Compare seu interesse neste curso com a mesma nos demais cursos					

Botucatu, Fevereiro 2003

Identificação (opcional)

Professor orientador do aluno

OBS: Avaliação baseada em Marsh, H.M. (SEEQ), 1982

Unesp **UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA**
CAMPUS DE BOTUCATU
FACULDADE DE MEDICINA

Turma A

Avaliação do Curso

1. Procure levantar os 3 aspectos mais significativos apreendidos no Curso de Pediatria na Comunidade.

2. Aponte 3 sugestões que você proporia para melhorar o curso.

3. Qual sua opinião sobre as aulas práticas no:

Centro de Saúde

Saúde Escolar

Promoção da Saúde

Laboratório de Informática

Dê sugestões.

Identificação (opcional): Nome _____ nº _____

ANEXO 2 A**ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA SUPERVISORES DOS ALUNOS**

DATA_____

HORA INÍCIO_____

HORA FIM_____

IDADE_____

SEXO_____

FORMAÇÃO: () RES EM PED () ESPECIALIZ EM PED

PÓS: () MESTRADO () DOUTORADO

TEMPO: formado_____ Trabalho no serviço

público_____

Trabalho na supervisão de alunos do 4º ano_____

1. Fale sobre o curso de pediatria social no quarto ano de medicina na comunidade. O que você entende como importante em pediatria e que pode ser aprendido numa Unidade Básica de Saúde.
 2. Fale sobre o trabalho do pediatra em unidade de saúde e como é feita a supervisão de alunos, inserida em seu contexto do trabalho.
 3. O que você acha que é importante no supervisor de um aluno de medicina ?
 4. Você encontra alguma dificuldade no trabalho de supervisionar alunos de medicina? Se sim, quais?
 5. Fale sobre o que considera essencial que o aluno vivencie na Unidade de Saúde, e em que medida tem sido possível proporcionar um processo de ensino e aprendizagem adequados.
 6. Fale sobre o que você observa no aluno de 4º ano no período em que atua no Centro de Saúde. Como é a postura do aluno em relação ao serviço público.
 7. Você tem alguma sugestão concreta para melhoria de seu trabalho de supervisão de alunos ? Qual ?
-

ANEXO 2B**ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA DOCENTES E PROFISSIONAIS QUE PARTICIPARAM DA ELABORAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DO CURSO**

DATA_____

HORA INÍCIO_____

HORA FIM_____

IDADE_____

SEXO_____

FORMAÇÃO: () RES EM PED () ESPECIALIZ EM PED

PÓS: () MESTRADO () DOUTORADO

TEMPO: formado_____ Trabalho no serv público_____

Trabalhou na supervisão de alunos do 4º ano? _____ Quanto tempo?_____

1. Por que foi organizado e implantado um curso de pediatria no 4º ano na comunidade? Conte como foi o começo do curso.
 2. Fale sobre o curso de pediatria social no quarto ano de medicina na comunidade. O que você entende como importante em pediatria e que pode ser aprendido no Centro de Saúde ?
 3. O que você acha que é importante no supervisor de um aluno de medicina ?
 4. O que atrapalha o trabalho de supervisionar alunos de medicina?
 5. Fale sobre o que considera essencial que o aluno vivencie no Centro de Saúde.
 6. Fale sobre o que você observa no aluno de 4º ano no período em que atua no Centro de Saúde. Como é a postura do aluno em relação ao serviço público.
 7. Como você vê a qualidade do curso ? Você tem alguma sugestão concreta para melhoria do curso ? Qual ?
-

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro participante

Conforme requisito do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, estou apresentando e descrevendo a pesquisa que estarei realizando.

Meu nome é Alice Yamashita Prearo, sou pediatra e trabalho no Departamento de Pediatria da FMB. Atualmente estou realizando pós-graduação, e esta pesquisa será a tese que apresentarei ao final do meu doutorado.

O projeto terá como tema: “Diversificação de cenários de ensino na graduação médica da Faculdade de Medicina de Botucatu: o curso de Pediatria na comunidade no 4º ano médico, no período de 2002 e 2003 – um estudo de caso”

Para isso, estarei realizando entrevistas com docentes e médicos supervisores de alunos do 4º ano de medicina.

As entrevistas serão realizadas com o consentimento e permissão da Secretaria Municipal de Saúde e do Depto. de Pediatria da Faculdade de Medicina de Botucatu, sem identificar os selecionados em local e horário a serem combinados. Serão gravadas para possibilitar sua transcrição sem que se percam conteúdos importantes. Em todas as etapas do projeto será garantido o sigilo e o anonimato das informações fornecidas. A duração média será em torno de uma hora e meia.

As fitas ficarão sob minha responsabilidade e, após serem transcritas usando-se nome fictício, serão apagadas.

Em todas as etapas da fica garantido seu direito de sair do estudo, se assim o desejar, bem como recusar-se a responder a quaisquer perguntas sem precisar se justificar.

Se houver mais alguma informação que deseje receber, meu telefone para contato é (14) 3815-6561, ou então no Departamento de Pediatria da FMB, (14) 3811-6274.

Desde já agradeço por sua atenção e colaboração.

Botucatu, _____

Participante

ALICE YAMASHITA PREARO

ANEXO 4

NÚCLEOS DE SIGNIFICAÇÃO	DOCENTES	MÉDICOS	ESTUDANTES
1a) a importância do conhecimento mais amplo da realidade do usuário para promoção da integralidade do cuidado	x		
1b) a importância do conhecimento mais amplo da realidade do usuário	x		x
1c)a integralidade no atendimento da criança		x	x
2a) da vivência dos processos de trabalho como base para atuar reconhecendo as necessidades de saúde	x		
2b) a importância da diversificação de cenários de ensino, como base para o aluno vivenciar as principais necessidades de saúde da população.	x	x	
2c) diversificação do cenário como possibilidade para o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes em pediatria, um aprendizado sobre clínica pediátrica			x
3a)da vivência no Sistema Único de Saúde (SUS), a integração entre o ensino na Universidade e no SUS, para formar profissionais para o SUS.	x		
3b) a importância do perfil do supervisor, que identifica na relação universidade, serviços e comunidade um espaço de aprendizagem		x	

3c) postura do estudante em relação ao SUS		x	
4) importância do aprendizado centrado na prática cotidiana em atenção básica		x	x
5) aprendizado dos principais problemas de saúde		x	x
6) experiência na comunidade como uma oportunidade de aprender sobre prevenção e promoção da saúde		x	x
7) experiência na comunidade como oportunidade para vivenciar a complexidade da atenção primária		x	
8) a importância da experiência anterior na comunidade como base para um processo de mudança na formação do médico	x		
9) a capacitação como base para a prática educativa	x		
10a) possibilidade de conhecer e apreender o trabalho em equipe como base para a diversificação de cenários no ensino da Pediatria	x		
10b) aprendizado sobre a possibilidade do trabalho em equipe multiprofissional		x	

ANEXO 5

D E P de P E D I A T R I A	<i>Pediatria Social</i>
	SAÚDE DA CRIANÇA NA COMUNIDADE
	Ercilia M. Carone Trezza Alice Yamashita Prearo Ana Lia F. N. Gonçalves Cristina A. da R. Mattos Graziela Bossolam Mary de Assis Carvalho Angela M. C. A. Gonçalves Gleice F. C. Pinto Maria Regina Pires Uliana e
	Funcionários dos Centros de Saúde Municipal Diretoras e Funcionárias de Creches Municipais Equipe do Programa de Saúde Escolar
 unesp	UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA CAMPUS DE BOTUCATU FACULDADE DE MEDICINA <i>Departamento de Pediatria</i>

Serviço de Computação do Departamento de Pediatria

FACULDADE DE MEDICINA - CAMPUS UNIV. DE BOTUCATU - UNESP

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

PROJETO UNI = 1.996 = 4º ANO

ESTÁGIO EM COMUNIDADE

Objetivos Específicos:

- 1) Aproximar o estudante da comunidade para que ele conheça melhor as condições de vida da população de bairros com características diversas, e a influência dos fatores sociais, políticos, econômicos, culturais e ecológicos na manutenção da saúde e no desenvolvimento da doença.
- 2) Familiarizar o aluno com a organização e funcionamento de um Posto de Saúde da rede pública, propiciando-lhe conhecer e discutir o Sistema Único de Saúde (SUS) e os programas na área da saúde materno-infantil.
- 3) Ensiná-lo a trabalhar como membro de uma equipe de saúde.
- 4) Familiarizá-lo com as particularidades da atenção à saúde das crianças em seus vários períodos etários: lactente, pré-escolar, escolar e adolescente.
- 5) Conhecer as doenças mais frequentes em nosso meio, seu diagnóstico, tratamento e repercussões na criança e na família, evidenciando a alta capacidade resolutive das consultas de pediatria em centros de saúde (boa qualidade com baixo consumo de tecnologia).
- 6) Desenvolver: responsabilidade, bom relacionamento pessoal e profissional, dedicação e respeito ao paciente, condutas éticas.
- 7) Colaborar na conscientização do estudante, para que ele possa assumir um compromisso como profissional e cidadão na luta para superar os problemas de saúde, mostrando-lhe a importância de restituir à sociedade o que dela recebeu.
- 8) Ajudar na integração da Comunidade, Universidade e Serviço Público, contribuindo através da influência da Universidade na melhoria da assistência à saúde na rede pública; por outro lado, a comunidade e o serviço público poderão fornecer subsídios para estudo e pesquisa na Universidade.

cont.

Metodologia

Os quartanistas, em número de 07 ou 08 de cada vez, terão seu estágio nos Centros de Saúde (CS) municipais: Jardim Peabiru, Vila Jardim, Vila Ferroviária (ligado ao Centro de Saúde Escola), CECAP.

No primeiro dia de rodízio, receberão todo o material (esquemas, roteiros de observação e formas de avaliação) a ser utilizado, bem como informações detalhadas sobre os objetivos e atividades desse estágio.

Os grupos de 07-08 alunos serão subdivididos em grupos menores, para atuar nos citados Centros de Saúde. Frequentarão esses serviços de 2ª a 5ª feira, durante 03 semanas, no período das 08:00 às 12:00 horas.

Suas atividades constarão de: observação sobre a organização e funcionamento de Unidades Básicas de Saúde (UBS); de procedimentos e rotinas das mesmas; consultas à crianças de diferentes grupos etários; frequência às creches ligadas às UBS;

; participação num programa de abordagem multiprofissional - Programa de Saúde Escolar da Prefeitura Municipal de Botucatu.

As 6ªs feiras, das 08:00 às 10:00 horas haverá discussão de temas pertinentes à Atenção Primária à Criança, avaliação do aproveitamento do estágio e discussão das observações realizadas. Esta reunião será feita em sala A da Patologia.

Avaliação:

Os alunos terão suas diversas atividades avaliadas diariamente. As 6ªs feiras será feita avaliação do andamento do estágio, podendo cada aluno avaliar seu próprio progresso e aproveitamento. Ao final das 03 semanas, os conceitos dados à atuação de cada aluno serão transformados em notas que se somarão às notas das atividades práticas do Ambulatório de Puericultura e da Enfermaria.

O aproveitamento teórico será avaliado através de questões sobre os assuntos discutidos durante o estágio incluídas na prova escrita de final de curso.

ANEXO 6

Pediatria Social - 2002

D
E
P

de

P
E
D
I
A
T
R
I
A

SAÚDE DA CRIANÇA NA COMUNIDADE

Alice Yamashita Prearo

Telma Lemos

Cátia Regina B. da Fonseca

Ana Lia Niero Gonçalves

e

Funcionários dos Centros de Saúde Municipal
Equipe do Programa de Saúde Escolar da Secretaria de
Saúde e Meio Ambiente de Botucatu



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

CAMPUS DE BOTUCATU
FACULDADE DE MEDICINA

Serviço de Computação do Departamento de Pediatria

Estágio em Comunidade

Diretrizes Gerais:

- Despertar a atenção do aluno para a importância de uma formação que relacione criticamente; os conhecimentos teóricos, às condições concretas em que deve ocorrer a promoção da saúde da criança.
- Sensibilizar o aluno para condutas éticas na medicina (responsabilidade, bom relacionamento pessoal e profissional, dedicação e respeito ao paciente) independentemente do contexto de sua atuação.
- Estimular o estudante a refletir sobre a influência dos fatores sociais, políticos, econômicos, culturais e ecológicos na manutenção da saúde e no desenvolvimento da doença.

Objetivos Específicos:

Espera-se que ao final de 3 semanas de estágio o aluno possa:

- Aprender, na prática, sobre: "Crescimento e Desenvolvimento da Criança", "Alimentação Infantil - Aleitamento Materno e artificial, Nutrição nos vários períodos etários" e "Vacinação Básica".
 - Identificar sinais e sintomas clínicos, ou seja, discernir dados importantes da anamnese e exame físico, correlacionando-os com as patologias mais prevalentes na comunidade.
 - Aprender a investigar dados familiares, ambientais e culturais utilizando-os na assistência à criança, de modo que perceba a relação existente entre estes e os problemas encontrados.
 - Aprender, na prática sobre o DNPM normal de crianças de todas as faixas etárias que tiver oportunidade.
 - Perceber a importância da atuação de uma Equipe Multiprofissional na atenção integral à criança em idade escolar, em casos reais.
 - Despertar para o significado da "Medicalização do Fracasso; Escolar", identificando a ocorrência da medicalização em casos reais.
 - Atuar numa prática de Educação em Saúde, identificando uma problemática na comunidade escolar e contribuindo na busca de soluções.
-

unesp **UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA**
Departamento de Pediatria
4º ano

Metodologia:

Os quartanistas, em número de 08 ou 09 de cada vez, terão seu estágio nos Centros de Saúde (CS) municipais: Jardim Peabiru, Vila São Lucio, Jardim Cristina, Vila Ferroviária e Parque Marajoara.

No primeiro dia de rodízio, receberão todo o material (esquemas, roteiros de observação e formas de avaliação) a ser utilizado, bem como informações detalhadas sobre objetivos e atividades desse estágio.

Os grupos de 08-09 alunos serão subdivididos em grupos menores, para atuar nos citados Centros de Saúde. Frequentarão esses serviços de 2ª a 5ª feira, durante 03 semanas, no período das 08:00 às 12:00 horas.

Suas atividades constarão de: Observação sobre a organização e funcionamento de Unidade Básicas de Saúde (UBS), de procedimentos e rotinas da mesma; consultas à crianças de diferentes grupos etários, sob a supervisão dos pediatras das UBS; participarão do programa de abordagem multiprofissional da criança em idade escolar - Programa de Saúde Escolar da Prefeitura Municipal de Botucatu.

Às 6ªs feiras, das 8 às 10 horas participarão de atividades teóricas juntamente com os alunos em rodízio no Ambulatório de Puericultura (Ver Programa Geral do Curso).

Avaliação:

Os alunos terão suas diversas atividades avaliadas diariamente. No último dia do estágio será feita avaliação, podendo cada aluno avaliar seu próprio progresso e aproveitamento. Ao final das 03 semanas, os conceitos dados à atuação de cada aluno serão transformados em notas que se somarão às notas das atividades práticas do Ambulatório de Puericultura e da Enfermaria.

O aproveitamento teórico será avaliado através de questões sobre os assuntos discutidos durante o estágio incluídas na prova escrita de final de curso.

ANEXO 7

Pediatria Social - 2003**D
E
P

de

P
E
D
I
A
T
R
I
A****SAÚDE DA CRIANÇA
NA COMUNIDADE***Alice Yamashita Prearo**Ecília Maria Carone Trezza**Telma Lemos**Cátia Regina Branco da Fonseca**Ana Lia Ferraz Niero Golçalves**Jenny Garcia M. Kohler**Marcos Aurélio de Moraes*

Funcionários dos Centros de Saúde Municipal
Equipe do Programa de Saúde Escolar da
Secretaria de Saúde e Meio Ambiente de Botucatu

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA****CAMPUS DE BOTUCATU****FACULDADE DE MEDICINA***Serviço de Computação do Departamento de Pediatria*

unesp **UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA**
Departamento de Pediatria
4º ano

Estágio em Comunidade

Diretrizes Gerais:

- Despertar a atenção do aluno para a importância de uma formação que relacione criticamente, os conhecimentos teóricos, às condições concretas em que deve ocorrer a promoção da saúde da criança.
- Sensibilizar o aluno para condutas éticas na medicina (responsabilidade, bom relacionamento pessoal e profissional, dedicação e respeito ao paciente) independentemente do contexto de sua atuação.
- Estimular o estudante a refletir sobre a influência dos fatores sociais, políticos, econômicos, culturais e ecológicos na manutenção da saúde e no desenvolvimento da doença.

Objetivos Específicos:

Espera-se que ao final de 4 semanas de estágio o aluno possa:

- Aprender, na prática, sobre: "Crescimento e Desenvolvimento da Criança", "Alimentação Infantil - Aleitamento Materno e artificial, Nutrição nos vários períodos etários" e "Vacinação Básica".
 - Identificar sinais e sintomas clínicos, ou seja, discernir dados importantes da anamnese e exame físico, correlacionando-os com as patologias mais prevalentes na comunidade.
 - Aprender a investigar dados familiares, ambientais e culturais utilizando-os na assistência a criança, de modo que perceba a relação existente entre estes e os problemas encontrados.
 - Aprender, na prática sobre o DNPM normal de crianças de 0 a 6 anos.
 - Identificar modelos de atenção a criança de 0 a 6 anos que frequenta Instituição Pública (creche).
 - Despertar o aluno para questões relativas às diferentes formas de atender as necessidades da criança de 0 a 6 anos que frequenta uma creche pública.
 - Perceber a importância da atuação de uma Equipe Multiprofissional na atenção integral à criança em idade escolar, em casos reais.
 - Despertar para o significado da "Medicalização do Fracasso Escolar", identificando a ocorrência da medicalização em casos reais.
-

unesp **UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA**
Departamento de Pediatria
4º ano

Metodologia:

Os quartanistas, em número de 10 de cada vez, terão seu estágio nos Centros de Saúde (CS) municipais: Jardim Peabiru, Centro Saúde Escola, Jardim Cristina e Parque Marajoara, C.S. + Cecap

No primeiro dia de rodízio, receberão todo o material (esquemas, roteiros de observação e formas de avaliação) a ser utilizado, bem como informações detalhadas sobre objetivos e atividades desse estágio.

Os grupos de 10 alunos serão subdivididos em grupos menores, para atuar nos citados Centros de Saúde. Frequentarão esses serviços de 2ª a 5ª feira, durante 04 semanas, no período das 08:00 às 12:00 horas.

Suas atividades constarão de: Observação sobre a organização e funcionamento de Unidade Básicas de Saúde (UBS), de procedimentos e rotinas da mesma; consultas à crianças de diferentes grupos etários; sob a supervisão dos pediatras das UBS; frequência às creches ligadas às UBS; participarão do programa de abordagem multiprofissional da criança em idade escolar - Programa de Saúde Escolar da Prefeitura Municipal de Botucatu.

Às 6^{as} feiras, das 8 às 10 horas participarão de atividades teóricas no Ambulatório de Puericultura.

Avaliação:

Os alunos terão suas diversas atividades avaliadas diariamente. No último dia do estágio será feita avaliação, podendo cada aluno avaliar seu próprio progresso e aproveitamento. Ao final das 04 semanas, os conceitos dados à atuação de cada aluno serão transformados em notas que se somarão às notas das atividades práticas do Ambulatório de Puericultura e da Enfermaria.

O aproveitamento teórico será avaliado através de questões sobre os assuntos discutidos durante o estágio incluídas na prova escrita de final de curso.

ANEXO 8

Disciplina de Pediatria Preventiva e Social - 2007

Curso de Graduação – 4º ano SAÚDE DA CRIANÇA NA COMUNIDADE

Alice Yamashita Prearo

Ercília Maria Carone Trezza

Francisca T.V. Faleiros

Cátia Regina Branco da Fonseca

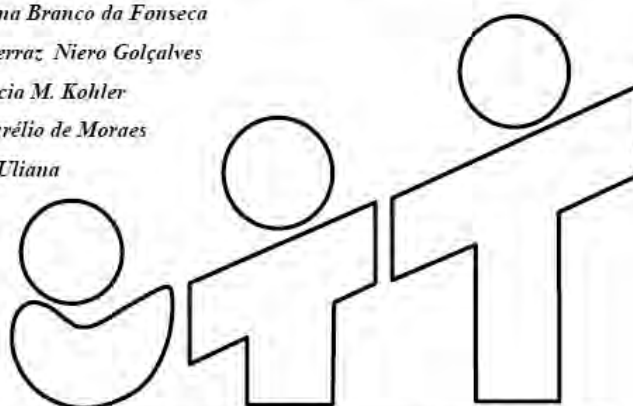
Ana Lia Ferraz Niero Golçalves

Jenny Garcia M. Kohler

Marcos Aurélio de Moraes

Regina P. Uliana

Funcionários dos Centros de Saúde Municipal / CSE
Equipe do Programa de Saúde Escolar da Secretaria
de Saúde e Meio Ambiente de Botucatu



PEDIATRIA

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
CAMPUS DE BOTUCATU
FACULDADE DE MEDICINA**

Departamento de Pediatria

Serviço de Computação do Departamento de Pediatria



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA****CAMPUS DE BOTUCATU****FACULDADE DE MEDICINA***Departamento de Pediatria*BOTUCATU, SP - Rubião Júnior - Cep 18.618-970 - Fone/FAX 3811 6274 / 3811 6083 - TELEX 0142107 - e-mail: pediatri@fmb.unesp.br

Estágio em Comunidade

Diretrizes Gerais:

- Despertar a atenção do aluno para a importância de uma formação que relacione criticamente, os conhecimentos teóricos, às condições concretas em que deve ocorrer a promoção da saúde da criança.
- Sensibilizar o aluno para condutas éticas na medicina (responsabilidade, bom relacionamento pessoal e profissional, dedicação e respeito ao paciente) independentemente do contexto de sua atuação.
- Estimular o estudante a refletir sobre a influência dos fatores sociais, políticos, econômicos, culturais e ecológicos na manutenção da saúde e no desenvolvimento da doença.

Objetivos Específicos:

Espera-se que ao final de 4 semanas de estágio o aluno possa:

- Aprender, na prática, sobre: "Crescimento e Desenvolvimento da Criança", "Alimentação Infantil - Aleitamento Materno e artificial, Nutrição nos vários períodos etários" e "Vacinação Básica".
- Identificar sinais e sintomas clínicos, ou seja, discernir dados importantes da anamnese e exame físico, correlacionando-os com as patologias mais prevalentes na comunidade.
- Aprender a investigar dados familiares, ambientais e culturais utilizando-os na assistência à criança, de modo que perceba a relação existente entre estes e os problemas encontrados.
- Aprender, na prática sobre o DNPM normal de crianças e de adolescentes.
- Identificar modelos de atenção à criança que frequenta Instituição Pública (projetos, escolas ou creches).
- Despertar o aluno para questões relativas às diferentes formas de atender as necessidades da criança e do adolescente.
- Perceber a importância da atuação de uma Equipe Multiprofissional na atenção integral à criança em idade escolar, em casos reais.
- Despertar para o significado da "Medicalização do Fracasso Escolar", identificando a ocorrência da medicalização em casos reais.

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA****CAMPUS DE BOTUCATU****FACULDADE DE MEDICINA***Departamento de Pediatria*BOTUCATU, SP - Rubião Júnior - Cep 18.618-970 - Fone/FAX 3811 6274 / 3811 6083 - TELEX 0142107 - e-mail: pediatria@fmb.unesp.br**Metodologia:**

Os quartanistas, em número de 10 em cada rodizio, terão seu estágio nos Centros de Saúde (CS) municipais: Centro Saúde Escola, C. S. Jardim Cristina, C.S. Cecap e Centro de Saúde da Vila Ferroviária.

No primeiro dia de rodizio, receberão todo o material (esquemas, roteiros de observação e formas de avaliação) a ser utilizado, bem como informações detalhadas sobre objetivos e atividades desse estágio.

Os grupos de 10 alunos serão subdivididos em grupos menores, para atuar nos citados Centros de Saúde. Frequentarão esses serviços de 2ª a 5ª feira, durante 04 semanas, no período das 08:00 às 12:00 horas.

Suas atividades constarão de: Observação sobre a organização e funcionamento de Unidade Básicas de Saúde (UBS), de procedimentos e rotinas da mesma; consultas à crianças de diferentes grupos etários; sob a supervisão dos pediatras das UBS; frequência às escolas ou projetos ligados às UBS; participarão do programa de abordagem multiprofissional da criança em idade escolar - Programa de Saúde Escolar da Prefeitura Municipal de Botucatu.

Às 6^{as} feiras, das 8 às 10 horas, participarão de atividades teóricas: discussão de casos clínicos de nutrição, anemia carencial ferropriva e sobrepeso. Aula no laboratório de informática sobre as principais fontes de informação sobre imunização, discussão de casos clínicos de eventos adversos em imunização, aula e discussão sobre Atenção Integral à Criança em idade escolar, programa multiprofissional de Saúde Escolar do Município de Botucatu e Atenção Primária.

Avaliação:

Os alunos terão suas diversas atividades avaliadas diariamente, por seu supervisor. No último dia do estágio será feita uma discussão onde cada aluno poderá avaliar seu próprio progresso e aproveitamento. Ao final das 04 semanas, os conceitos dados à atuação de cada aluno serão transformados em notas que se somarão às notas das atividades práticas do Ambulatório de Puericultura e da Enfermaria. A produção de relatórios de atendimento dos casos clínicos também será considerada.

O aproveitamento teórico será avaliado ao término do estágio por meio de prova escrita com questões sobre os assuntos discutidos durante o estágio.