

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA-UNESP
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Faculdade de Medicina de Botucatu
Departamento de Saúde Pública

**O ENSINO DA CLÍNICA AMPLIADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
PERCEPÇÕES E VIVÊNCIAS DE ALUNOS DE GRADUAÇÃO MÉDICA**

DANTELE CRISTINA GODOY

DANIELE CRISTINA GODOY

**O ENSINO DA CLÍNICA AMPLIADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
PERCEPÇÕES E VIVÊNCIAS DE ALUNOS DE GRADUAÇÃO MÉDICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP para a obtenção do título de mestre

Orientador: Prof. Dr. Antônio de Pádua Pithon Cyrino
Co-orientadora: Dra. Vanessa dos Santos Silva

Botucatu – SP
2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO DE AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: **ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE**

Godoy, Daniele Cristina.

O ensino da clínica ampliada na atenção primária à saúde : percepções e vivências de alunos de graduação médica / Daniele Cristina Godoy. – Botucatu : [s.n.], 2013

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Antonio de Pádua Python Cyrino

Capes: 40602001

1. Educação médica. 2. Cuidados primários de saúde. 3. Ensino superior. 4. Avaliação educacional. 5. Pesquisa qualitativa.

Palavras- Chave: Atenção primária à saúde; Avaliação educacional/métodos; Ensino superior/educação médica; Pesquisa qualitativa.

Dedicatória

DEDICATÓRIA

Ao meu querido Luiz Olavo, o presente de Deus para minha vida, que há seis anos concretizou o meu sonho de ser mãe e deixou a minha vida mais alegre e com mais motivação. A você eu dedico este trabalho, todo o meu amor e carinho.

Agradecimientos

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida, por todo cuidado, amparo e capacitação.

Aos meus pais pelo esforço dedicado à minha educação e formação, pelo caráter, pelos princípios que me foram passados e pela abnegação dos próprios sonhos em prol de dar às filhas tudo que elas precisavam e sonhavam.

Ao meu orientador Antonio Cyrino pela oportunidade e confiança na minha capacidade. Muito obrigada pelo enorme aprendizado e pela convivência nestes dois anos que foi muito enriquecedora.

Ao Luiz, que mesmo com a pouca idade, e requerendo a presença da mãe, soube compreender a minha ausência em muitos momentos.

Ao Cristiano pelos anos de convivência e compreensão neste momento tão importante da minha vida.

Às minhas queridas irmãs Paula e Carol pelo apoio, pelas palavras de incentivo nos momentos difíceis e de desânimo e, principalmente, por me ajudar com o Luiz na minha ausência durante os dias de muito trabalho.

À minha querida Déia, amiga e secretária de todas as horas, pela companhia e cuidado com o Luiz na minha ausência, nas noites de reunião na casa do orientador, nas quais eu podia ficar tranquila sabendo que ela estava cuidando do Luiz.

À querida amiga Cássia que muito me ajudou e viveu comigo esta experiência, com quem eu compartilhei as dificuldades e as conquistas e com quem eu aprendi muito também.

À querida amiga Dani, que foi muito companheira e contribuiu imensamente em muitos momentos deste trabalho.

À professora Eliana Cyrino, pelas aulas, pelo grupo de estudo e também pelas oportunidades de crescimento e aprendizado.

À amiga Leda e Dr. Paulo que sempre me incentivaram a iniciar o caminho para o sonho da carreira acadêmica.

Aos amigos do Centro de Saúde Escola pelo apoio.

Resumo

RESUMO

Muitas escolas médicas no mundo têm buscado reorientar a formação profissional na expectativa de impactar na correção de alguns dos problemas da atual medicina tecnológica. Estas instituições têm sido estimuladas a transformarem-se na direção de um ensino que valorize a qualidade da assistência e a humanização das práticas. No Brasil após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) as escolas médicas têm sido provocadas a adaptar-se às necessidades deste último. As diretrizes curriculares e o papel indutivo dos Ministérios da Saúde e Educação, mediante diferentes programas de apoio a reestruturação da formação profissional na saúde, foram um dos elementos de incentivo a tais processos de mudança. Dentre as estratégias propostas e adotadas está a exposição mais precoce dos estudantes de medicina à pacientes, familiares e comunidades. Nesta perspectiva, a Faculdade de Medicina de Botucatu, criou, em 2002, o Programa de Interação Universidade, Serviços e Comunidade, IUSC, dirigido aos alunos dos três primeiros anos de graduação médica, em cenários de ensino – aprendizagem junto à comunidade. Este estudo tomou como campo a disciplina IUSC III ministrada aos alunos do 3º ano médico que tem como atividade principal a realização de consulta médica supervisionada e orientada pelas concepções de humanização e integralidade. A disciplina tem como uma de suas estratégias de avaliação, o registro pelo aluno das atividades realizadas, com suas dificuldades, facilidades e reflexões, em diário de campo. Tendo este diário do aluno como fonte documental, esta investigação buscou compreender as vivências e percepções dos alunos sobre a disciplina, identificar, descrever e analisar os principais temas tratados e, por fim, analisar o diário como potencial instrumento de avaliação formativa do aluno. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, documental, em que se faz uma análise temática de conteúdo dos registros dos diários dos alunos que cursaram a disciplina nos anos de 2009 e 2010. Foram selecionados 65 cadernos tendo como critério de inclusão aqueles com maior densidade de informação nos registros. Assim, foram excluídos aqueles parcialmente preenchidos ou com pouca densidade de informações. Mediante amostragem por conveniência e saturação, dos 65 cadernos selecionados foram efetivamente utilizados na análise 27 deles. Na análise das narrativas identificou-se três eixos temáticos: vivências e percepções da unidade de saúde e sua equipe; percepções sobre a aprendizagem e a vivência clínica e a relação aluno-paciente. O estudo nos permitiu reconhecer o “caderno do aluno” como um potente instrumento para o processo de ensino-aprendizagem, dada à riqueza de seu conteúdo nas esferas afetiva, pedagógica, cognitiva e comunicacional; acompanhar a aprendizagem do aluno na disciplina IUSC III, no que se refere principalmente a sua apreensão sobre os aspectos que fundamentam a Clínica Ampliada e a consulta clínica baseada na integralidade e humanização do cuidado; evidenciar o grande potencial da disciplina e das suas estratégias pedagógicas, reconhecer o “caderno do aluno” como um rico instrumento de avaliação formativa e um importante recurso para que a disciplina trabalhe no processo de formação de docentes e desenvolvimento e aperfeiçoamento de estratégias pedagógicas.

Palavras-chave: Ensino Superior/Educação Médica; Atenção Primária à Saúde; Avaliação Educacional/Métodos; Pesquisa Qualitativa.

Abstract

ABSTRACT

Many medical schools worldwide have sought to redirect professional education with the purpose to cause an impact on the correction of some of the problems in the current technological medicine. These institutions have been encouraged to change towards teaching procedures that will value care provision quality and the humanization of practices. In Brazil, after the creation of the Unified Public Health System (SUS), medical schools have been provoked to adapt to the needs of the system. Curricular guidelines and the inductive role played by the Ministries of Health and Education, in face of different programs for support to the restructuration of professional education in health care, were some of the elements of support to such processes of change. Among the strategies proposed and adopted is the earlier exposure of medical students to patients, patients' relatives and communities. In this perspective, in 2002, the Botucatu School of Medicine created the University, Services and Community Interaction Program (IUSC), which is managed by students attending the three first years of the Undergraduate Medical Program, in teaching-learning scenarios in the community. The field of this study was the IUSC III course taught to third-year students in the medical program. The main activity in this course is the performance of supervised medical consultation which is guided by the conceptualizations of humanization and integrality. One of the evaluation strategies in the course is the recording of the activities performed, including its difficult and easy aspects, as well as of reflections, on a field diary produced by students. By basing on such diary as a documental source, this investigation sought to understand students' experiences and perceptions of the course, to identify, describe and analyze the main topics addressed and, finally, to analyze the diary as a potential instrument to evaluate students' education. It is a qualitative and documental study in which a thematic analysis of the content in the records produced by students who attended the course in 2009 and 2010 is performed. Sixty-five diaries were selected, and the inclusion criterion was that the selected instruments should be those with the greatest density of information in the records. Hence, the diaries that were partly completed or contained little information density were excluded. By convenience sampling and saturation, of the 65 selected diaries, 27 were effectively analyzed. In the analysis of the narratives, three thematic axes were identified: experiences and perceptions of the health care unit and its team; perceptions of learning and clinical experience and of the student-patient relationship. The study enabled us to acknowledge the students' field diary as a powerful instrument for the teaching-learning process given its richness of content in the affective, pedagogical, cognitive and communicational realms; to follow students' learning in the IUSC III course mainly as regards their apprehension of the aspects that underlie the Expanded Clinical Practice and clinical consultation based on integrality and humanization of care provision; to show the great potential of the IUSC III course and of its pedagogical strategies; to acknowledge the students' diaries as rich instruments for educational evaluation and an important resource for the course to work on the process of education of teachers and the development and improvement of pedagogical strategies.

Key words: Higher Education/Medical Education; Primary Health Care; Education/Methods Evaluation; Qualitative Research.

Listas de Tabelas e Figura

LISTAS TABELAS E FIGURA

Tabela 1 – Distribuição dos alunos do 3º ano médico que cursaram a disciplina IUSC III e dos cadernos do aluno disponíveis e utilizados, segundo sexo, 2009 – 2010.	41
Tabela 2 – Cadernos do aluno disponíveis (C1) e utilizados (C2), segundo a densidade dos registros (DR), IUSC III, 2009 e 2010.	45
Figura 1 – Material do estudo – o caderno do aluno	43

Lísta de Abreviaturas

LISTAS ABREVIATURAS

IUSC	Programa de Interação Universidade, Serviços e Comunidade
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
SUS	Sistema Único de Saúde
Promed	Projeto de Incentivo a Mudanças Curriculares para o Curso de Medicina
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
Pet-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho – Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
AP	Atenção Primária
PSF	Programa de Saúde da Família
IES	Instituições de Ensino Superior
ABP	Aprendizagem Baseada em Problemas
AIS	Ações Integradas de Saúde
FMB	Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp
FCMBB	Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
CSE	Centro de Saúde Escola
VD	Visita Domiciliar

Sumário

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
CAPÍTULO 1. REFORMA NA EDUCAÇÃO MÉDICA E O ENSINO NA COMUNIDADE.....	19
1.1. Os movimentos de reforma na educação médica	19
1.2. O ensino na comunidade hoje	21
CAPÍTULO 2. O ENSINO NA COMUNIDADE NA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU.	25
2.1. A disciplina IUSC	26
2.2. A Clínica Ampliada enquanto estratégia de cuidado.....	28
CAPÍTULO 3. A AVALIAÇÃO NA EDUCAÇÃO MÉDICA	30
3.1. A avaliação Somativa e Formativa no Ensino Superior	30
3.2. A avaliação do estudante de medicina	31
3.3. O caderno de campo enquanto instrumento de avaliação formativa.	32
4. OBJETIVOS.....	35
4.1. Objetivo Geral	35
4.2. Objetivos Específicos.....	35
5. METODOLOGIA	37
5.1. O IUSC III: campo da pesquisa	37
5.2. Caracterização dos alunos do IUSC III, 2009 e 2010	40
5.3. O caderno do aluno	41
5.3.1. <i>Um olhar quantitativo do caderno</i>	41
5.3.2. <i>Um olhar qualitativo do caderno</i>	45
5.4. Análise dos dados	46
5.5. Aspectos Éticos	47

6. RESULTADOS.....	50
6.1. Vivências e Percepções da Unidade de Saúde e sua Equipe	50
6.2. Percepções sobre a Aprendizagem	62
6.3. A vivência clínica e a relação aluno-paciente	79
 7. DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
 REFERÊNCIAS.....	114
 ANEXOS	120
Anexo I – Roteiros de entrevista e consulta médica	121
Anexo II – Avaliação Evolutiva do Aluno.....	131
Anexo III – Termo de Consentimento Livre e esclarecido.....	133

Introdução

INTRODUÇÃO

CAPÍTULO 1. REFORMA NA EDUCAÇÃO MÉDICA E O ENSINO NA COMUNIDADE

1.1. Os movimentos de reforma na educação médica

No século XX, a Medicina Moderna sofreu importantes transformações que ampliaram significativamente sua capacidade de intervenção sobre a saúde de indivíduos, o que marca a passagem da Medicina Artesanal em Medicina Tecnológica. Neste processo, novos desafios se apresentaram para a Medicina e para a formação de seus profissionais: o alto custo da assistência médica, a desumanização da prática, a fragmentação do ato médico individual e a iniquidade de acesso à tecnologia médica e aos serviços de saúde (SCHRAIBER, 1993). Esta Medicina Tecnológica conforma-se também como uma Biomedicina em função da sua centralidade na doença, na redução do humano ao corpo biológico e na ênfase que dá aos recursos tecnológicos em detrimento da subjetividade das relações (RIOS, 2010).

Tais desafios têm produzido, desde o final da segunda guerra mundial, inúmeros projetos de reforma médica que têm, dentre outros resultados, influenciado propostas de reestruturação na educação médica. No Brasil e na América Latina tais influências são reconhecidas desde o final dos anos 1950, com os movimentos da Medicina Integral e Medicina Preventiva, e já no final da década de 1960 e início de 1970, com a Medicina Comunitária (CYRINO, 1993).

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

No Brasil, a influência destes movimentos resultou num conjunto de experiências desenvolvidas, especialmente a partir do final dos anos 1960, que buscaram aproximar-se da comunidade, como possibilidade de reorientar o ensino

centrado no hospital. Dentre estas experiências, aqui no Estado de São Paulo, destacaram-se os Centros de Saúde Escola, criados mediante parceria entre algumas faculdades de medicina e a Secretaria de Estado da Saúde para aprofundarem a “Reforma Leser”, mas que também se constituíram num novo cenário de ensino na graduação médica mais junto à comunidade (CYRINO, 2002).

Já na década de 1970, houve uma ampliação destas experiências de ensino por meio dos projetos de integração docente-assistencial, dentre os quais destacou-se, à época, o internato rural da UFMG (ALVES, 1996).

Uma nova conjuntura de reforma mais relevante da educação médica terá lugar, a partir do final da década de 1990¹, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a necessidade de uma maior articulação com as instituições formadoras, em função da nova responsabilidade formal do Ministério da Saúde, estabelecida pela Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080), que lhe dá o papel de regulador da formação dos profissionais da saúde. Papel este que será exercido mediante ações indutoras para a reformulação do ensino médico, destacadamente, por meio de diferentes programas: Projeto de Incentivo a Mudanças Curriculares para o Curso de Medicina (Promed), Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e, mais recentemente, o Programa de Educação pelo Trabalho – Saúde (Pet-Saúde). Um dos objetivos propostos nestes programas é a exposição mais precoce de estudantes de medicina a cenários de prática no qual possa ter contato com o paciente, a família e a comunidade (BRASIL, 2012).

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

O Promed, lançado em 2002, pelos ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC), selecionou 20 escolas médicas dispostas a “adequar a formação dos médicos à realidade do [...] sistema de saúde brasileiro”, posto “que o currículo das escolas de Medicina praticamente não sofreu alterações nos últimos 30 anos”

¹ Na década de 1990 algumas propostas e programas podem ser destacados em função da influência que tiveram no debate sobre a educação médica e de outras profissões da saúde, como a Cinaem e o Programa Uni (FEUERWERKER, 2002).

(BRASIL, 2002, p.1), o que foi sintetizado na ideia de “uma nova escola médica para um novo sistema de saúde” (OIVEIRA et al., 2008, p. 336).

O Pró-Saúde, lançado em 2005 pelo MS e MEC, se diferenciava do Promed apenas pela inclusão de outras profissões da saúde no seu edital, como enfermagem e odontologia. (BRASIL, 2002; BRASIL, 2005). Já em 2008, o PET-Saúde foi proposto para fortalecer a APS, destacadamente a Estratégia de Saúde da Família (ESF); a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos em atividades de supervisão de alunos de graduação das diferentes profissões de saúde; e, o processo de mudança na formação destes profissionais (BRASIL, 2008).

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

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

1.2. O ensino na comunidade hoje

A inserção precoce dos graduandos em cenários de prática, na comunidade ou na Atenção Primária à Saúde, é uma das estratégias que vem sendo, internacionalmente, adotada em processos de mudança na formação médica². Tal estratégia busca desenvolver processos de ensino-aprendizagem dinâmicos e interativos, nos quais se valoriza não só o domínio cognitivo, mas também o afetivo, as relações interpessoais e a aproximação com a realidade de vida da comunidade (FERREIRA et al., 2007; SILVEIRA et al., 2006).

O ensino médico inserido no espaço da Atenção Primária (AP) pode resultar na produção de conhecimentos para o aprimoramento do sistema local de saúde, com intervenção na realidade e formação de um profissional habilitado e

² A criação da *Network of Community-oriented Educational Institutions for Health Sciences* em 1979 (hoje, *The Network: Towards Unity for Health*) é expressão de um movimento internacional para o processo de ensino na comunidade (ALMEIDA, 2011).

comprometido com a comunidade (ANJOS et al., 2010).

Neste contexto a AP não deve ser considerada simplesmente como um espaço de prática, mas como um campo de conhecimentos integrador de abordagens disciplinares e pedagógicas potencialmente novas. O ensino na AP é justificado pelo fato da mesma se constituir como principal porta de entrada da grande maioria dos problemas de saúde, mediante práticas de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, além de ser considerada como reorganizadora das práticas individuais e coletivas e reorientadora do SUS (CAMPOS, 2007; CAMPOS e FORSTER, 2008; TRAJMAN, 2009).

Com relação a tais novos cenários de aprendizagem a recomendação é de que os mesmos não devem ficar restritos a meros espaços físicos de práticas profissionais, mas devem representar ao estudante um local de relações de trabalho e envolvendo-os como parte do processo de produção de cuidado (FERREIRA et al., 2007).

O PSF (Programa de Saúde da Família) que se constitui como uma estratégia de mudança no modelo de atenção à saúde no SUS é um dos principais locais utilizados pelas instituições de ensino superior na diversificação de cenários de prática, embora não seja a única possibilidade de ensino na APS, havendo um conjunto de equipamentos e instituições para tanto: unidades de saúde, domicílios, organizações não governamentais, escolas, creches, associações de moradores, asilos, ambientes de trabalho, locais de lazer comunitários etc. (ALBUQUERQUE, 2007).

Até a década de 1990, a experiência de atividades extramuros se dava por meio de projetos de extensão universitária, no momento atual as IES (Instituições de Ensino Superior) inserem seus alunos na comunidade não só por meio destes projetos, mas também por meio de disciplinas com práticas na realidade do SUS. As atividades geralmente se constituem de práticas programadas tendo como destaque a consulta médica individual, o acompanhamento de famílias, visitas domiciliares, atividades de grupo de promoção e prevenção e discussão de casos individuais e de famílias, além de atividades educativas na equipe e na comunidade. Deste modo, o aluno pode “estar frente a frente com situações cotidianas dos serviços e de vida da população assistida, rompendo com o paradoxo de uma prática não reflexiva e uma teoria não contextualizada” (ALBUQUERQUE, 2007).

A essência da mudança não está simplesmente na adoção de novos

cenários, considerando que não é suficiente levar o aluno à comunidade para ter contato com uma realidade social de risco e vulnerabilidade. A mudança deve ir além, pois o que está em pauta é a mudança de perfil do graduando que deve contemplar um caráter humanístico e socialmente responsável (FEUEWERKER, 2000; VIEIRA et al., 2007). Para tanto, a mudança do processo de formação deve incluir a dimensão relacional entre os vários atores envolvidos (aluno, paciente, docentes, trabalhadores dos serviços), além daquelas metodológicas e pedagógicas.

As escolas médicas com experiências de ensino na comunidade têm empregado metodologias ativas de ensino-aprendizagem, como a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e a Problemática (CYRINO et al., 2004).

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

Além destas dificuldades outras barreiras são identificadas quando nos referimos ao trinômio ensino-serviço-comunidade: a universidade propõe como principal eixo de mudança a conformação de um modelo de atenção à saúde centrado no usuário, porém os alunos, na maioria das vezes, são inseridos em cenários onde a atenção à saúde ainda se dá sob a influência de um modelo tecnoassistencial hegemônico centrado no procedimento (CABRAL et al., 2008; ALBUQUERQUER, 2007).

Há certa confluência entre diferentes autores (ALBUQUERQUER, 2007; BLANK, 2006; FERREIRA et al., 2007; MARIN, 2007; MASSOTE et al., 2011) quanto a recomendações para a prática de ensino na comunidade, quais sejam: desenvolver-se desde o primeiro ano de graduação em pequenos grupos de alunos com a supervisão de um tutor; estender-se ao longo de todo o período de graduação, porém com níveis de complexidade diferentes (inicialmente, a ação do

grupo deve estar voltada para o compromisso com uma microárea se estendendo mais tarde para uma abrangência maior na comunidade); envolver várias disciplinas da grade curricular e de maneira integrada, dando ênfase à formação generalista; permitir ao aluno vivenciar diferentes atividades de atenção - consultas agendadas e até em ações de pronto-atendimento – e atividades de oferta organizada ou ações programáticas, tendo a prática como elemento motivador do aprendizado; ampliar a habilidade profissional para incluir uma comunicação adequada entre os sujeitos, com respeito à autonomia destes; desenvolver ações de saúde na ABS em conformidade com os problemas em tempo real; evidenciar o papel social do aluno nestas relações e, sobretudo desenvolver, no aluno, um novo olhar para o SUS.

O ensino na comunidade, mais recentemente, vem também sendo valorizado para o ensino clínico, reconhecendo-se que: estimula o protagonismo do estudante, aperfeiçoa sua capacidade de comunicar e interagir com as pessoas, além de levar a aquisição de conhecimentos e habilidades vinculados aos problemas de saúde, propondo uma formação mais prática e menos conceitual. Outras vantagens apontadas referem-se à oportunidade do aluno de conhecer as manifestações mais iniciais das doenças e vivenciar a repercussão dos problemas de saúde na vida pessoal e profissional da pessoa acometida, bem como em sua família e meio social em que vive (TROCON, 1999).

Reconhecendo as vantagens de um ensino médico mais próximo da realidade de vida das populações, as instituições formadoras têm proposto reformas curriculares e a construção de novos modelos pedagógicos acumulando experiências de sucesso que buscam equilíbrio entre excelência técnica e relevância social. Como é o caso da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp, campo deste trabalho, que ao longo de sua trajetória sempre privilegiou o ensino na comunidade.

CAPÍTULO 2. O ENSINO NA COMUNIDADE NA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU.

A prática de ensino médico na comunidade na FMB teve início em 1969 com a instalação da Unidade Sanitária do Lageado, inaugurando o primeiro de quatro períodos de história de ensino na Atenção Primária à Saúde. A este primeiro momento - dos “serviços experimentais e do internato rural” – seguiram-se o da “integração docente-assistencial”, o do Projeto Uni e o dos programas de incentivo Promed, Pró-Saúde e PET Saúde.

Neste primeiro período, foi expressiva a influência dos movimentos da Medicina Integral e Medicina Preventiva, na concepção da Unidade Sanitária do Lageado³ e de seu papel quase exclusivamente centrado no ensino. Entre 1970 e 1985, o Depto de Medicina em Saúde Pública desenvolveu internato rural em Saúde Pública, em pequenos municípios da região de Botucatu oportunizando aos alunos a vivência de uma prática médica integrada, num cenário extra-hospitalar (MAGALDI et al., 2002, p150).

Em 1972, já sob influência do movimento da Medicina Comunitária, a então Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu (FCMBB) deu início aos trabalhos no Centro de Saúde Escola, o qual passou a ser campo de estágio extra-hospitalar aos alunos de graduação de Medicina e residência médica da instituição (CYRINO E MAGALDI, 2002).

No segundo período, da “integração docente-assistencial”, com início em 1984, as experiências de ensino na comunidade passaram, também, a ocorrer nas unidades básicas de saúde instaladas em Botucatu, período este que compreende o intervalo que vai das Ações Integradas de Saúde (AIS) à promulgação da Constituição Federal de 1988.

No terceiro período (década de 1990), a FMB desenvolve o Projeto UNI, iniciativa da Fundação Kellog, cujo objetivo era o desenvolvimento de mudanças na universidade sincrônicas com os serviços locais de saúde e a comunidade, tendo havido na época expressiva ampliação dos cenários de prática em diferentes espaços da rede local.

³ Esta unidade, situada na zona rural de Botucatu, atendia uma comunidade de 600 habitantes e tinha como objetivo principal oferecer aos alunos do 6º ano médico e residentes uma experiência de ensino e prática de medicina integral em nível comunitário (CYRINO, 2002, P.27).

O quarto período (2000-2012), por sua vez, é marcado no cenário nacional pela definição das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de medicina, enfermagem e nutrição e pelos programas de incentivo às mudanças curriculares (Promed, Pró-Saúde e PET Saúde).

Em 2003, a FMB implanta o Programa de Interação Universidade, Serviços de Saúde e Comunidade (IUSC), campo de estudo deste trabalho, como parte relevante de seu projeto para o Promed. O IUSC foi estruturado buscando “problematizar contradições entre a prática de atenção à saúde centrada no modelo tradicional de assistência, com foco nas doenças, e o processo de trabalho comprometido com uma abordagem integral do processo saúde – doença – cuidado e orientado para o aprimoramento da qualidade de vida da população” (CYRINO, 2006, p.72).

2.1. A disciplina IUSC

O IUSC envolve estudantes de medicina e enfermagem, respectivamente nos três e dois primeiros anos de graduação, num contato regular e permanente com a comunidade por meio de espaços curriculares de prática (em bairros, domicílios, escolas e unidades básicas de saúde da rede municipal e unidades de saúde da família), discussão, capacitação e intervenção, orientado pelos princípios da integralidade e humanização e por inovações pedagógicas. São objetivos do 1º e 2º ano da disciplina: o reconhecimento das condições da população e o conhecimento de dados demográficos e epidemiológicos da área de atuação do grupo; e o desenvolvimento de habilidades voltadas ao planejamento, execução e avaliação de atividades de educação em saúde, em uma tentativa de promover saúde de acordo com as demandas da comunidade, respectivamente (CYRINO et al., 2005).

O IUSC III, campo deste estudo, implantado em 2005, inicialmente como disciplina optativa, tem os mesmos objetivos gerais do 1º e 2º anos da disciplina, tendo como atividade principal a consulta médica supervisionada de usuários adultos de UBS/USF do município de Botucatu. A vivência proporcionada aos alunos pelo IUSC III permite a prática da consulta médica orientada para além do diagnóstico e conduta, ou seja, busca sensibilizar o aluno para “cuidar do sujeito doente e não somente da doença do sujeito” (FMB UNESP, 2010), tendo o ensino

da “clínica ampliada” como proposta pedagógica da disciplina.

São objetivos específicos da disciplina IUSC III: a formação médica orientada para uma prática clínica que respeite as especificidades e necessidades de cada usuário; a ampliação da prática de registros em prontuários, tornando-o mais completo, com informações que contemplem a história psicossocial dos usuários; integração dos conhecimentos de semiologia e raciocínio clínico por meio do atendimento e acompanhamento de usuários adultos que frequentam a UBS/USF (UNESP, 2012).

A disciplina IUSC III definiu algumas estratégias pedagógicas para melhor alcançar os seus objetivos, quais sejam: o agendamento de **retornos mais frequentes** dos pacientes, para o mesmo aluno; o **uso de roteiro de “anamnese ampliada”**; **discussões de casos** com diferentes profissionais da UBS/USF; a supervisão por psicólogos, mediante integração com a disciplina IUSC III e o uso do **diário de campo** – “caderno do aluno” como instrumento de avaliação pedagógica.

A avaliação do desempenho dos alunos na disciplina IUSC III é formativa, portanto processual e diversificada em vários instrumentos. Um deles é a utilização do diário de campo para o registro das vivências diárias do aluno. Este diário, objeto deste estudo, tem se mostrado um rico instrumento de avaliação formativa e autoavaliação do aluno, que é incentivado a responder as seguintes questões norteadoras: o que aprendeu na consulta médica (ou na atividade) de hoje, quais as dificuldades que encontrou nesta prática e o que achou motivador nas atividades desenvolvidas hoje. O aluno pode inserir outras temáticas reflexivas de acordo com a motivação de cada um.

O “caderno do aluno” utilizado no IUSC III é um dentre os diversos instrumentos de avaliação formativa que podem ser utilizados. Neste diário reflexivo, como também pode ser chamado, os alunos relatam suas experiências diárias vivenciadas na atenção à saúde prestada na UBS/USF. Como tal, “permite acompanhar as atividades do aluno e a atuação didática dos professores, fornecer subsídios para a avaliação do desempenho dos estudantes, apoiar processos de reformulação da prática pedagógica a partir do *feedback* dos discentes e funciona para o aluno como um importante instrumento de autoavaliação” (ARAÚJO et al., 2003).

Diante deste contexto, o presente estudo se propõe a analisar o “caderno do aluno”, o que se justifica dado o caráter inovador com que se estruturou a

disciplina IUSC III e em especial sua utilização como instrumento de avaliação formativa.

2.2. A Clínica Ampliada enquanto estratégia de cuidado

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

A Clínica Ampliada enquanto tecnologia de atenção à saúde se fundamenta com: a singularização do atendimento clínico, o seguimento longitudinal dos casos, a ampliação do grau de autonomia do sujeito, a construção de vínculo entre os sujeitos da clínica (profissional-paciente), a valorização da escuta e a superação da fragmentação do cuidado (CAMPOS, 2007; CUNHA, 2005). “Em outras palavras, na Clínica Ampliada o compromisso é com o sujeito e a sua capacidade de produção de sua própria vida, abrindo-se para perceber e ajudar o sujeito doente a construir sua percepção sobre a vida e o adoecimento” (CUNHA, 2004, p.73).

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

A proposta da clínica ampliada aponta caminhos para a superação da clínica tradicional e o direcionamento para a clínica ampliada mediante o estabelecimento do diagnóstico considerando elementos da história de vida do sujeito, identificando fatores de risco e proteção e a valorização do papel terapêutico da escuta e da palavra, da educação em saúde e do apoio psicossocial, além dos

fármacos e cirurgia (CAMPOS, et al., 2007). Como tal, a Clínica Ampliada pode ser considerada uma proposta de orientação para o trabalho e ensino na APS.

CAPÍTULO 3. A AVALIAÇÃO NA EDUCAÇÃO MÉDICA

3.1. A avaliação Somativa e Formativa no Ensino Superior

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), de 1996, definiu que a avaliação educacional no país seja: contínua e cumulativa, que os aspectos qualitativos da avaliação se sobreponham aos quantitativos, destacando a importância que deve ser dada ao desempenho do aluno ao longo do ano e não apenas em uma prova ao final do curso ou da disciplina. Este modelo de avaliação é conhecido por avaliação formativa. Espera-se que o mesmo desestime a avaliação tradicional (somativa ou classificatória) no meio educacional.

A despeito disto, a avaliação somativa é a mais tradicional e empregada no ensino superior e se caracteriza por: ser centrada no professor e na verificação do desempenho dos alunos - por meio de provas e contabilização de resultados - de acordo com os objetivos de ensino estabelecidos (ROMANOWSKI, 2006); priorizar os acertos obtidos e desvalorizar os erros (enquanto indicativos das dificuldades a serem superadas); limitar-se, a verificar os resultados obtidos pelos alunos, o que estimula o aluno a estudar apenas para tirar nota e não para aprender (MENDES, 2005).

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

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

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

Em síntese, a principal diferença entre a avaliação somativa e a formativa

é a intencionalidade. A primeira verifica a aprendizagem e a segunda busca os seus limites e identifica os problemas para corrigi-los (MOURÃO, 2009).

3.2. A avaliação do estudante de medicina

Falar em mudanças no ensino médico implica não só reconhecer a necessidade de adotar novas estratégias de ensino-aprendizagem, como também assegurar a coerência dos projetos de reforma aos pressupostos éticos-políticos e técnicos da Saúde no país. Não é mais possível promover a formação do médico fora do contexto do SUS, utilizando estruturas tradicionais de ensino, de currículos fragmentados, com disciplinas não integradas e sem considerar as experiências do aluno como parte integrante do eixo da aprendizagem (GOMES et al., 2010).

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

A avaliação do estudante de medicina cumpre um papel fundamental na sua formação, embora os métodos usualmente utilizados, quase sempre somativos, de caráter punitivo ou de premiação, têm causado uma imagem negativa das práticas de avaliação e provocado distorções no processo ensino-aprendizagem. Isto porque, o processo de avaliação deve abranger não só o conhecimento adquirido, como também as habilidades específicas, elementos de ordem afetiva, como atitudes frente aos inúmeros aspectos da prática profissional (TROCON, 1996).

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

Gomes et al (2010) ao discutir as necessidades de mudanças no ensino médico destaca o papel da avaliação como elemento de ação transformadora e como grande colaboradora para o sucesso no uso de metodologias ativas, dentre as quais se destacam na área da saúde – a Problemática e a Aprendizagem Baseada em Problemas. O que se pretende neste contexto é que a avaliação deixe de ser um mero espaço para o exercício de poder, passando a ser utilizada como

um espaço dialógico entre o avaliador e o avaliado, que considere as particularidades dos sujeitos envolvidos e desta forma ocupe um lugar como método promotor da aprendizagem.

Autores propõem para a avaliação do estudante de medicina o uso do método formativo e aponta como uma de suas características fundamentais o retorno imediato que deve ser fornecido ao estudante, considerado como um aspecto fundamental da aprendizagem e que no contexto da clínica ao se referir ao desempenho dos alunos em determinadas situações ou atividades contribui para uma auto-percepção do aluno, bem como a possibilidade de se autoavaliar (TROCON, 1996; ZEFERINO, 2007).

Para Dolores Araújo (2006), um dos caminhos para se promover mudanças na educação médica é investir em transformações no campo da avaliação, a qual representa um elemento de fundamental importância para o aprimoramento do processo de ensino-aprendizagem.

3.3. O caderno de campo enquanto instrumento de avaliação formativa.

Quando se fala de instrumentos de avaliação formativa, recomendam-se aqueles que a torne um processo contínuo, dialógico, diagnóstico e participativo, contribuindo para a responsabilização do estudante com a sua educação e permitindo às instituições ter melhor acompanhamento dos mesmos (SILVA, 2006).

Com relação aos instrumentos mais indicados para um processo de avaliação nos moldes formativos, há um consenso entre os pesquisadores sobre o assunto de que não há um método perfeito e nenhum deles deve ser usado isoladamente (MOURA, 2007; DOMINGUES et al., 2010).

Com relação aos instrumentos utilizados para prática de avaliação formativa, falaremos do diário de campo do aluno, instrumento de estudo da presente pesquisa.

O “caderno do aluno” foi inspirado no diário de campo da pesquisa etnográfica. Como tal, é um valioso instrumento de coleta na pesquisa qualitativa, dada a possibilidade de registro de impressões e opiniões no cotidiano de uma determinada vivência podendo potencializar o exercício da escrita e da reflexão e se constituindo numa fonte infinita de produção de sentidos (PINHO e MOLON, 2011). Pode também ser utilizado, como nesta pesquisa, para o “registro das observações,

comentários e pensamentos reflexivos, podendo ser usado de maneira individual pelo profissional, pesquisador e aluno” (FALKEMBACH apud PINHO, 2011, p.2).

É considerado um instrumento muito apropriado quando participante de um processo técnico e pedagógico, que leva a reflexão e análise da realidade vivenciada no cotidiano profissional (LIMA et al., 2007).

O seu uso na área de ensino-aprendizagem no processo de formação de profissionais da saúde o configura como um instrumento muito valioso, não só pelo seu papel como instrumento avaliativo do referido processo, mas pelo seu comprometimento com a aprendizagem reflexiva e no desenvolvimento da competência narrativa do aluno (ARAÚJO et al., 2006; FREITAS et al., 2006).

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

Objetivos

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo Geral

Reconhecer as percepções e vivências de alunos, com relação ao aprendizado da Clínica Ampliada na Atenção Primária à Saúde, que cursaram a disciplina IUSC III por meio do estudo do diário de campo.

4.2. Objetivos Específicos

Analisar o diário de campo como potencial instrumento de avaliação formativa do aluno;

Identificar, descrever e analisar os principais temas tratados pelos alunos no diário de campo.

Metodología

5. METODOLOGIA

Trata-se de uma investigação de natureza qualitativa e documental que teve como campo a disciplina IUSC III, ministrada aos alunos do 3º ano de graduação médica da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, nos anos de 2009 e 2010. O estudo buscou identificar as percepções e vivências dos alunos neste espaço de ensino-aprendizagem e, portanto, a opção pela abordagem qualitativa mostrou-se mais adequada ao se ocupar com aquela parte da realidade que não pode ser quantificada: valores, percepções e atitudes dos sujeitos (MINAYO, 2000). Esta autora considera a análise qualitativa “uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados” (MINAYO, 2000, p 23). O que se pretende é compreender o significado que os alunos dão às suas diferentes vivências durante a disciplina IUSC III.

Os dados foram colhidos do “caderno do aluno”, diário de campo utilizado pelo estudante ao longo da disciplina para o registro de suas vivências e como instrumento de avaliação formativa, o que caracteriza esta investigação como uma pesquisa documental por utilizar-se de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise do caderno do aluno, como se detalha à frente (SÁ SILVA, 2009). Os cadernos em seu conjunto foram estudados por meio de análise temática de conteúdo (BARDIN, 1977).

5.1. O IUSC III: campo da pesquisa

A pesquisa tem como campo a disciplina Interação Universidade Serviço e Comunidade (IUSC III), dirigida ao 3º ano de graduação médica, da Faculdade de Medicina de Botucatu, que integra um conjunto de disciplinas, ministradas aos três primeiros anos desta graduação, orientadas pela concepção da integralidade e humanização do cuidado, tendo como o objetivo geral propiciar aos alunos a construção de estratégias que possibilitem o desenvolvimento de ações para o cuidado e promoção da saúde junto à comunidade, em parceria com a rede municipal de atenção básica de Botucatu (Unesp, 2006).

O IUSC III teve início em 2005 como uma disciplina optativa e passa a ser obrigatória em 2007. Possui um caráter iminentemente prático, pois exceto a

abertura da disciplina, todas as atividades realizam-se junto às unidades de saúde, tendo como núcleo a consulta médica supervisionada de pacientes adultos.

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

A “anamnese ampliada” foi elaborada pelo corpo docente da disciplina, ao longo dos primeiros anos de atividade, com o objetivo de assegurar um instrumento para o uso do aluno junto com os pacientes, que não se reduzisse a anamnese clínica tradicional⁴. Deste modo, incorporou-se à anamnese um conjunto de dimensões que buscou de um lado aproximar-se de uma entrevista, ampliando a escuta, e de outro abordando questões que pudessem explorar os “sentimentos relacionados aos problemas de saúde” e de “avaliação da qualidade de vida do indivíduo”⁴. Incluiu-se, ainda, ao final da “anamnese ampliada” o diagnóstico e definição dos problemas médicos, sociais e psicológicos e o plano terapêutico⁵ (CYRINO e HOKAMA, 2009).

Introduziram-se no Guia para orientação na atenção primária à saúde (CYRINO e HOKAMA, 2009) roteiros para o uso do aluno para o atendimento de pacientes com retorno agendado e para reavaliação. O retorno frequente do paciente para o mesmo aluno ao longo de um determinado período é um evento pedagógico pouco frequente ou até mesmo ausente da vida curricular formal do aluno. Deste modo, destacou-se esta estratégia dos retornos frequentes como um recurso de ensino-aprendizagem potente para a percepção do tempo como tecnologia da clínica, e ao mesmo tempo fortalecimento do vínculo e da responsabilização do aluno pelo paciente.

A visita e cuidado domiciliar supervisionados pela equipe da unidade de saúde é mais uma estratégia pedagógica da disciplina visando à diversificação de cenários, e que no IUSC III está dirigida ao atendimento e prestação de cuidados a pacientes selecionados pela equipe.

A discussão de caso clínico com a equipe da unidade é realizada

⁴ A “anamnese ampliada” está disponível no anexo 1.

⁵ As informações a respeito da anamnese ampliada foram obtidas em depoimento de coordenador da disciplina.

buscando desenvolver uma abordagem integral dos problemas e valorizando o conhecimento de cada categoria profissional, por sua relevância para um bom cuidado, a supervisão de docentes da psicologia médica, que aconteceu até o ano de 2009, como estratégia pedagógica visava o desenvolvimento de habilidades, subsidiando os alunos com referências sobre comunicação interpessoal e ética médica.

A disciplina ainda propicia ao aluno um maior conhecimento sobre o modo de organização do trabalho desenvolvido pela equipe da UBS/USF, pois no primeiro mês de atividade o aluno observa diferentes atividades realizadas pela equipe da unidade, o que muitas vezes inclui acompanhar reuniões do Conselho de Unidade de Saúde – CONUS⁶ ou conversar com representantes da comunidade.

O caderno do aluno é um instrumento de avaliação formativa instituído desde o início da disciplina. Utilizado pelo aluno, com a finalidade de registro das atividades desenvolvidas no dia, possibilita ao tutor uma visão ampla destas experiências.

Na avaliação do processo ensino-aprendizagem, além do uso do diário de campo, o tutor se utiliza de um instrumento específico, desenvolvido pela equipe de coordenação⁷, com base nos objetivos da disciplina.

Este instrumento (anexo2) busca sistematizar a observação diária do desempenho do aluno quanto a assiduidade, pontualidade, atitudes e valores⁸ e o conteúdo do trabalho realizado pelo aluno na atenção ao paciente. Neste último quesito busca-se reconhecer a capacidade desenvolvida na abordagem do paciente nas seguintes dimensões: “história de vida e doença”, definição dos problemas do paciente, iniciativa em resolver os problemas do paciente, apresentação pessoal, trabalho em equipe, atitudes e valores, registro do atendimento no prontuário (registra uma boa síntese finalizando com hipótese diagnóstica e plano terapêutico), interesse em conhecer o funcionamento da unidade de saúde, e a maneira como se dá o preenchimento do diário. Em cada uma delas há uma escala com três diferentes níveis de prática e atitude (anexo 2). Assim, por exemplo, na “definição dos problemas dos pacientes” constam: não define; define apenas os patológicos e

⁶ O CONUS: Conselho da Unidade de Saúde: composto por funcionários da unidade e representantes da comunidade (usuários do serviço).

⁷ A equipe de coordenação do IUSC III contou com apoio de assessoria externa da área de pedagogia.

⁸ Responsabilidade, respeito, apresentação pessoal e trabalho em equipe.

alguns não orgânicos e define os principais problemas (orgânicos e não orgânicos), o que atribui ao aluno os conceitos: Insuficiente, Suficiente e Plenamente Satisfatório, respectivamente.

As duas primeiras dimensões: “história de vida e doenças” e “definição dos problemas” - buscam acompanhar o desenvolvimento do aluno quanto à abordagem do paciente, tendo como referência uma prática compreensiva ou ampliada da atenção.

A carga horária anual do IUSC III é de 80 horas, distribuídas em 20 períodos de atividades desenvolvidas em maio e de agosto a novembro. Os alunos são divididos em grupos de cinco alunos⁹ e distribuídos em onze unidades, dentre unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família e o Centro de Saúde Escola. Cada grupo é supervisionado por um tutor médico que, nesta atividade, atua como generalista. Estes profissionais têm um perfil bastante variado quanto à área de especialização - psiquiatria, geriatria, nefrologia, oncologia, saúde pública, patologia clínica e medicina de família – e são formados por médicos da rede municipal de saúde de Botucatu, do Hospital das Clínicas e do Centro de Saúde Escola, ambos vinculados à FMB.

A vivência proporcionada pelo IUSC III aos alunos permite que os mesmos apliquem os seus conhecimentos recém-adquiridos na disciplina Semiologia, mas focalizando a atuação médica para além do diagnóstico/condução. O fato dos alunos realizarem o IUSC III preferencialmente na mesma unidade onde estiveram no IUSC I e II consolida um caminho percorrido por eles nestes dois primeiros anos da disciplina, que agora com uma visão ampliada dos problemas de saúde desta população, compreendem as suas condições de vida e saúde permitindo uma assistência mais efetiva sobre o processo saúde-doença desta população que será assistida pelos mesmos.

5.2. Caracterização dos alunos do IUSC III, 2009 e 2010

Os alunos que cursaram a disciplina IUSC III nos anos de 2009 e 2010 foram aqueles cujos cadernos foram objeto deste estudo. Anualmente cursam a disciplina IUSC III, em média, 90 alunos do curso de medicina. Em 2009

⁹ Em função do espaço limitado de algumas unidades básicas de saúde um grupo foi estruturado com três e dois outros com quatro alunos.

participaram 83 alunos e, em 2010, 96 alunos. Estavam arquivados no Núcleo de Apoio Pedagógico (NAP) 42 cadernos de 2009 e 72 cadernos de 2010, tendo sido utilizados no estudo 12 cadernos de 2009 e 15 cadernos de 2010, conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos alunos do 3º ano médico que cursaram a disciplina IUSC III e dos cadernos do aluno disponíveis e utilizados, segundo sexo, 2009 – 2010.

	2009			2010			Total
	masc	fem	sub-total	masc	fem	sub-total	
alunos	31	52	83	37	59	96	179
Cad. disponíveis	20	22	42	31	41	72	114
Cad. utilizados	3	9	12	6	9	15	27

5.3. O caderno do aluno

5.3.1. Um olhar quantitativo do caderno

O caderno do aluno é um instrumento de registro das vivências e percepções dos alunos ao longo da disciplina IUSC III (FMB, 2012). Sua aplicação busca uma escrita reflexiva a respeito da própria prática cotidiana do aluno.

Os alunos são orientados a registrar no diário, ao final de cada período de atividade, sua vivência considerando três perguntas norteadoras: 1. O que aprendi na consulta médica ou na atividade de hoje? 2. Quais as dificuldades que encontrei na consulta médica ou na atividade de hoje? 3. O que mais gostou ou achou motivador no dia de hoje?

O caderno do aluno deve ser utilizado, obrigatoriamente, desde o primeiro dia de atividades nas unidades de saúde. Os diários utilizados durante a disciplina ficam de posse do aluno ou do tutor do grupo e ao final da disciplina são encaminhados para arquivamento junto ao NAP.

Estavam arquivados no NAP 114 cadernos dos alunos que foram

disponibilizados para este estudo. Destes, 42 são de 2009 e 72 de 2010, respectivamente 50,6% do total de alunos de 2009 e 75% de 2010 (ver tabela 1).

Inicialmente os cadernos foram trabalhados mediante leitura, classificação e seleção pelo pesquisador. A leitura realizada teve como objetivo obter uma visão mais geral de seu conteúdo, o que permitiu estabelecer uma classificação considerando a qualidade dos registros, quanto à densidade de expressão das vivências do cotidiano das atividades da disciplina relativas ao próprio aluno, ao paciente e ao tutor. Assim, dividiram-se os cadernos em três grupos, nos quais o grupo 1 contém aqueles mais densos e o 3 os de menor expressão das vivências. Decidiu-se excluir os cadernos do grupo 3 e outros quatro cadernos que não foi possível fazer a identificação do aluno.

Para a utilização dos cadernos do grupo 1 e 2, buscou-se a autorização dos alunos. Priorizaram-se na coleta das autorizações os cadernos considerados mais adequados aos objetivos do estudo, como se detalhou há pouco. Por fim, foram obtidas 78 autorizações assim distribuídas: 31 referentes a 2009 e 47 a 2010.

Ao alcançar tal número de cadernos considerou-se provisoriamente satisfatório tendo em vista as dificuldades para completar seu universo.

Como critério de inclusão levou-se em consideração a qualidade dos registros, utilizando os diários que apresentavam uma maior densidade de expressão das vivências do cotidiano das atividades da disciplina relativas ao próprio aluno, ao paciente e ao tutor. Foram excluídos aqueles diários mal preenchidos, ou preenchidos de maneira inadequada, muito mecânica, como se fosse uma transcrição do prontuário no caderno, sem anotações das suas percepções referentes àquela atividade. Também foram excluídos 36 cadernos dos quais não foi possível obter o termo de consentimento.

Desta forma foram incluídos no estudo 24 cadernos do ano de 2009 e 41 cadernos do ano de 2010.

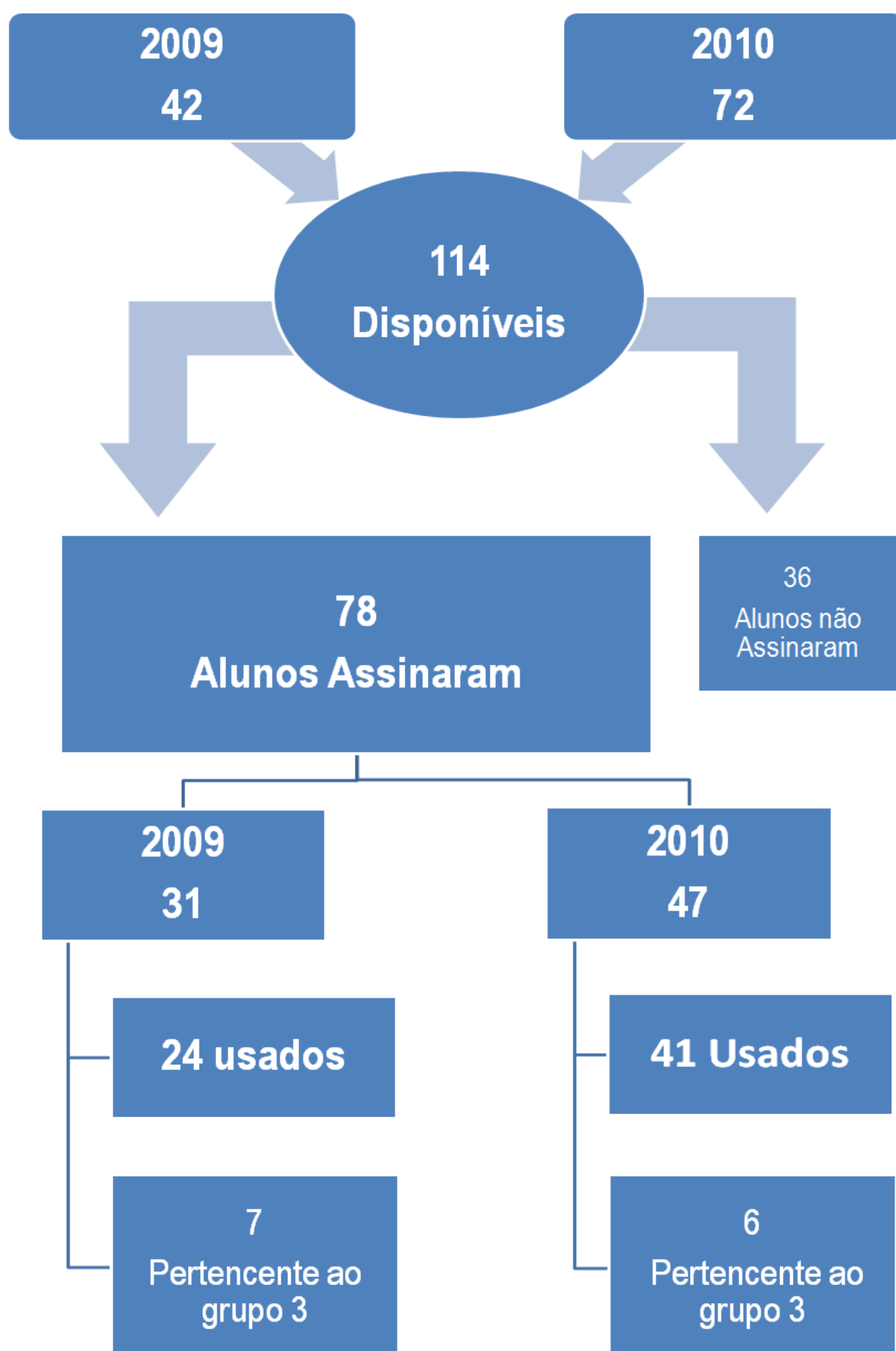


Figura 1 – Material do estudo – o caderno do aluno

Foram lidos todos os 78 diários, os quais tinham o termo de consentimento assinado pelos alunos. Numa pré-análise foram excluídos 13 cadernos por não apresentarem uma narrativa em torno das questões propostas no caderno, mas apenas pequenos registros dos dados clínicos de pacientes atendidos ou de impressões muito genéricas sobre os atendimentos. Os 65 cadernos restantes foram lidos duas vezes e em outras leituras a pesquisadora passou a destacar os trechos considerados relevantes, utilizando-se um código¹⁰ para facilitar a identificação posterior dos núcleos temáticos.

Os cadernos foram também agrupados em três grupos distintos segundo a densidade do conteúdo registrado quanto às percepções e vivências e à variedade de temas presentes. No grupo 1 consta aqueles de maior densidade de conteúdo e riqueza dos temas e no grupo 3 os de menor densidade e riqueza (ver tabela 2).

Num segundo momento, construiu-se uma tabela com os temas destacados realizando em cada caderno um levantamento temático, um levantamento das principais emoções e percepções expressas pelos alunos ao relatar a atividade do dia e também foram demarcados os trechos dos cadernos que davam um indicativo do seu uso como um instrumento avaliativo.

Trabalhou-se com amostra de conveniência composta pelos cadernos dos grupos 1 e 2, alcançando-se a saturação com 27 diários (tabela 2).

Os cadernos foram ainda divididos segundo a unidade de saúde¹¹ na qual o aluno desenvolveu suas atividades, o que permitiu que se garantisse certa representação do conjunto destas unidades. Como já expostos, os alunos foram distribuídos em 11 unidades de saúde, sendo 3 UBS e 9 USF, sendo que dos 27 alunos participantes da pesquisa, 8 desenvolveram a disciplina em UBS e 19 em USF. Estes diários pertenciam a 12 alunos de 2009 e 15 de 2010. Sendo 18 alunos do sexo feminino e 9 do sexo masculino, conforme distribuídos na tabela 1.

¹⁰ Utilizou-se a seguinte codificação: A: avaliação; T: tema, E: percepção e vivências.

¹¹ Os alunos desenvolveram atividades em onze unidades: três em UBS e oito unidades de USF.

Tabela 2 – Cadernos do aluno disponíveis (C1) e utilizados (C2), segundo a densidade dos registros (DR), IUSC III, 2009 e 2010.

DR	2009				2010			
	1	2	3	Total	1	2	3	Total
C1	18	14	10	42	15	33	24	72
C2	8	4	0	12	6	9	0	15

5.3.2. Um olhar qualitativo do caderno

Numa apreensão mais qualitativa do conjunto dos documentos estudados – o caderno do aluno – foi possível verificar que, de um modo geral, estes têm cerca de 30 páginas de registros¹².

Os cadernos dos alunos mostram registro das percepções dos alunos relativas às atividades vivenciadas, o envolvimento do tutor e algumas vezes comentários quanto a seu desempenho. As perguntas norteadoras, já citadas, são de fato geralmente contempladas nas narrativas dos alunos.

As narrativas iniciais são geralmente mais curtas, tornando-se mais detalhadas, longas e mais ricas em impressões, percepções e sentimentos a partir do início das consultas médicas supervisionadas.

São relativamente homogêneos quanto à cronologia de seu conteúdo, coerente com o cronograma de atividades da disciplina, qual seja: reconhecimento da unidade de saúde, sua equipe e território da área de abrangência, acompanhar consulta clínica realizada pelo tutor, realizar consulta clínica com os colegas e posteriormente sozinhos, participar de visitas e atendimentos domiciliares juntamente com a equipe da unidade, participar de atividades de discussão de caso.

A disciplina, de maneira geral, está dividida em dois momentos: o de observação da unidade de saúde (4 a 5 períodos iniciais) e o de consulta médica supervisionada (16 a 18 períodos). As narrativas num primeiro momento descrevem as características estruturais e de organização das unidades e de área de abrangência, a observação e acompanhamento da consulta médica e visita

¹² Os cadernos excluídos do estudo apresentam um volume expressivamente menor de registros, variando de 3 a 8 páginas de anotações.

domiciliar com o tutor e outros membros da equipe.

O segundo momento da disciplina é caracterizado por uma participação mais ativa do aluno como sujeito das consultas médicas supervisionadas, e nas narrativas predominam descrições sobre os pacientes atendidos e as percepções e vivências a respeito. Há descrições de outras atividades acompanhadas além da consulta médica, como por exemplo, as discussões de caso com o tutor.

As narrativas referentes à consulta médica descrevem esta vivência na companhia dos colegas e depois sozinhos, percebendo as facilidades e dificuldades em cada uma destas situações. Além da relação com os colegas, o caderno neste momento traz narrativas com relação à relação aluno-tutor e aluno-paciente.

Outro aspecto importante das narrativas no caderno do aluno são as descrições sobre as habilidades adquiridas, as facilidades e dificuldades nas atividades propostas. Muitos cadernos, num primeiro momento, trazem as expectativas do aluno com relação à disciplina, assim como num último registro apresentam uma avaliação da disciplina, os quais não serão aqui tratados.

5.4. Análise dos dados

O material colhido dos cadernos foi estudado mediante análise temática de conteúdo (BARDIN, 1977) utilizando-se o critério de saturação para a definição do tamanho da amostra.

Para Laurence Bardin, a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção destas mensagens. “A amostragem por saturação é definida como uma ferramenta conceitual empregada nos relatórios de investigação qualitativa, usada para estabelecer ou fechar o tamanho final da amostra em estudo” (FONTANELLA, 2008).

O material foi trabalhado de modo a estabelecer núcleos e eixos temáticos, usando os critérios principais de categorização: repetição (reincidência das manifestações) e relevância (possibilidade de confirmação de hipóteses iniciais de investigação).

O material colhido foi transcrito e organizado segundo **tema, subtema, trecho do diário, observações e discussão**. O trecho transcrito do diário foi

identificado com o respectivo código do aluno.

A etapa final da pesquisa envolveu a interpretação do sistema de núcleos temáticos e sua articulação com o referencial teórico.

A definição dos núcleos temáticos aconteceu com o desmembramento do texto em unidades temáticas através de elementos comuns que aparecem nos textos e que permitiram o seu agrupamento.

Considerando-se os objetivos da pesquisa foram identificados na análise dos cadernos do aluno os seguintes eixos temáticos: Vivências e percepções da unidade de saúde e sua equipe; Percepções sobre a aprendizagem; A vivência da clínica e a relação aluno-paciente.

5.5. Aspectos Éticos

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FMB na data de 04 de julho de 2011, protocolo 3921-2011, tendo contado com a autorização do Conselho de Curso de Medicina da FMB.

A utilização dos cadernos foi autorizada pelos alunos para a análise dos mesmos, por meio da assinatura do termo de consentimento e livre esclarecimento (anexo 3).

Os alunos, antes da assinatura do termo, foram consultados e claramente esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e o caráter não obrigatório de sua participação nesta investigação.

O contato com os alunos, para obter a autorização para seu uso, foi realizado em diferentes ambientes de ensino: salas de aula, ambulatórios e enfermarias. Por estarem cursando o internato em pequenos grupos, tal tarefa demandou um tempo considerável da pesquisadora. Na coleta das autorizações não houve nenhuma manifestação de recusa dos alunos.

Foram tomadas algumas medidas para garantir o anonimato dos participantes da pesquisa, autores dos diários, respeitando a resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a qual instituiu diretriz e normas que regulamentam a ética nas pesquisas envolvendo seres humanos. A identidade dos alunos participantes da pesquisa foi preservada, sendo os mesmos identificados por números que permitem reconhecer o ano de participação na disciplina IUSC III, nove para os alunos do ano de 2009 e dez para os alunos do ano de 2010. Os alunos de

2009 foram identificados com os números de 1 a 83, e os alunos de 2010 com os números de 1 a 96. Foram utilizadas as letras M e F para a identificação dos sexos masculino e feminino respectivamente. Assim a identificação ocorre da seguinte forma no trabalho: 56M10 (aluno 56, do sexo masculino, participante do IUSC III no ano de 2010). A numeração foi dada de maneira aleatória, utilizando a listagem dos participantes da disciplina oferecida pelo NAP.

Resultados

6. RESULTADOS

Com base nos objetivos da pesquisa empreendeu-se a análise temática do conteúdo das narrativas do “caderno do aluno” com o que caracterizaram-se as vivências e percepções do aluno que cursou a disciplina IUSC III desenvolvendo atividades na atenção primária à saúde. O conjunto do material produzido foi agregado em três grandes eixos temáticos: 1. vivências e percepções da unidade de saúde e sua equipe; 2. percepção sobre a aprendizagem e 3. a vivência clínica e a relação aluno-paciente.

6.1. Vivências e Percepções da Unidade de Saúde e sua Equipe

Hoje conheci os serviços oferecidos [pela UBS], como a farmácia, saúde do adulto, saúde da mulher, pós-consulta, saúde mental. Além disso, tive contato com os documentos utilizados para a solicitação de exames, encaminhamento, receituário. [...] Gostei do fato de ter conhecido mais de perto a unidade, preparando minha atuação nas aulas seguintes. (45F09)

O primeiro eixo temático - Vivências e percepções da unidade de saúde e sua equipe – refere-se a um conjunto de núcleos temáticos que tratam da percepção e vivência do aluno, por meio de suas narrativas, a respeito da unidade, sua estrutura e organização, o trabalho da equipe e as relações interprofissionais, a comunidade de sua área e do sistema local de saúde.

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

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

Da unidade de saúde ou da surpresa ao desencanto

Embora, na disciplina IUSC III, o aluno desenvolva suas atividades na unidade de saúde durante todo o tempo, as mesmas são objeto das narrativas dos alunos destacadamente no primeiro período da disciplina, quando as atividades estão mais centradas na observação da própria unidade e de sua equipe. Em suas narrativas comentam sobre diferentes aspectos da estrutura física e do seu funcionamento da unidade de saúde:

Nesse dia vi a USF, **conheci as salas, basicamente a estrutura física. Não tive grandes dificuldades e foi muito motivador ver que a unidade é maior do que a que eu conhecia**, parece ser mais movimentada, além de ter a experiência com outro tipo de paciente. (71M10)

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

Hoje **conhecemos o sistema de saúde oferecido pelo CSE, com todos os seus programas de atendimento e a demanda enorme**, além de acompanhar uma consulta de enfermagem. Conheci pessoas muito motivadas e determinadas, o que foi muito bom. (06F09)

Em algumas delas expressam surpresa com a dinâmica de atendimentos, a estrutura física ou com a diversidade de serviços oferecidos nas unidades. Tal surpresa talvez expresse bem o contraste entre o observado e o “senso comum” com que percebiam as unidades básicas de saúde e o SUS.

O objetivo do encontro de hoje foi conhecer a estrutura e funcionamento da USF. Fomos até a recepção, acolhimento [...] Passamos pela farmácia e **ficamos surpresos com o grande número de medicamentos retirados pelos pacientes**. Achei muito interessante a organização da farmácia. Na sala de vacina acompanhamos alguns procedimentos. Na sala de curativos e medicações tivemos a chance de aplicar injeções em alguns pacientes. [...] (11F10)

Massote et al. (2011) ao escrever sobre a atenção primária como cenário de prática, reconhece a importância da inserção dos estudantes de medicina já no início do curso. O estudo traz em seus resultados também a surpresa dos estudantes com a realidade encontrada.

Ao falar da organização da unidade e fazer uma avaliação positiva, encontramos considerações semelhantes por Trocon (1999). O destaque como cenário de prática está vinculado à capacidade física da rede, que deve ser ampla, organizada e eficiente. Campos (2007) ao discutir sobre o ensino na atenção básica faz referência à necessidade de espaço físico adequado para tal função.

Uma dificuldade enfrentada por alunos, em processo de aprendizagem em APS, frequentemente relatada na literatura (MASSOTE et al., 2011; TRAJMAN, 2009) é a da inadequação do espaço físico, problema que não apareceu em nossos cadernos. Muito provavelmente, isso se deva à estruturação da disciplina, que toma o cuidado de em unidades menores, colocar um número menor de alunos.

Em diversas narrativas os alunos relatam a maneira como se dão os atendimentos, as relações de vínculo na equipe, a percepção do acolhimento e da organização na unidade básica de saúde ou de uma unidade de saúde da família. Há um conteúdo de positividade (contentamento, motivação, etc.) com o que vai sendo encontrado pelo aluno em sua observação do trabalho realizado na unidade.

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

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

Hoje, os alunos foram divididos em grupos e **orientados a conhecer as diversas áreas da unidade**, para nos integrarmos melhor e conhecer o funcionamento da mesma. Iniciamos pela sala de vacina [...]. Em seguida fomos conhecer a farmácia para aprender sobre o funcionamento da mesma. [...] conversamos com a recepcionista que nos contou sobre o funcionamento do processo de pegar o prontuário e encaminhá-lo ao acolhimento. [...] assistimos um atendimento de acolhimento. **Achei a atividade muito interessante, positiva a**

oportunidade de conhecer o funcionamento dos diversos setores. (32F10)

As narrativas apresentadas até aqui representavam o período inicial de reconhecimento da unidade e cronologicamente presentes nas primeiras páginas do caderno do aluno. No decorrer de sua vivência na unidade, já atendendo pacientes, as narrativas passam a expor a percepção dos problemas vividos ou observados no cotidiano da unidade de saúde, especialmente ligados à assistência de seus pacientes. Expressões, anteriormente ausentes passam, então, a fazer parte das narrativas com manifestações de negatividade expressas por: desmotivação com a “burocracia”, incômodo, irritação e frustração com as diferentes dificuldades enfrentadas na atenção ao paciente.

Ocorreu que **novamente tivemos problemas com o cadastro da paciente**, estando o prontuário e os resultados do exame em outra unidade de saúde. **Fiquei incomodado, irritado com o fato, visto que já faz quase dois meses que comecei atendê-la e solicito o prontuário, e até agora não houve resposta.** Tenho aprendido que o sistema não é tão colorido na prática como apresenta na teoria, mas é importante saber lidar com essas e outras adversidades. (41M10)

Atendi hoje um retorno, no qual pretendia observar os resultados de seus exames laboratoriais e radiográficos, bem como acompanhar a sua evolução [...], porém **meus planos foram frustrados graças a problemas no sistema de agendamento de exames**, [...] e seu prontuário não estar disponível por enquanto. (41M10)

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

O aluno em suas narrativas trata do sistema local de saúde e da organização da atenção primária à saúde. Do primeiro, são objetos aspectos do sistema de referência e contra-referência, do fluxo dos exames laboratoriais realizados e outras dimensões do sistema local de saúde. Estes são percebidos a partir da vivência prática da atenção aos pacientes e dos problemas aí enfrentados, que operam como potenciais elementos de “problematização”.

Outro aspecto importante do aprendizado deste ano foi a compreensão de como é organizado o atendimento de saúde do município de Botucatu. Agora tenho uma visão de **onde são realizados os exames, para onde vão os encaminhamentos e**

qual é a retaguarda que a atenção básica pode contar. Também aprendi um pouco sobre muitas coisas que ainda não tivemos no currículo da faculdade. (68M10)

Hoje foi possível **acompanhar uma consulta médica.** Com essa oportunidade eu **pude perceber alguns problemas do sistema de saúde.** (80F10)

Os alunos, ao tratarem da organização da APS em seus cadernos, destacam sua capacidade resolutiva, a acessibilidade, a integralidade e a longitudinalidade do cuidado prestado:

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

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

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

Destaque-se que estes temas são um dos objetivos específicos da disciplina IUSC III: “aprofundar o conhecimento sobre a realidade dos atendimentos em UBS/USF, bem como o funcionamento destas dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).” (Unesp, FMB, 2012, p.3).

Em seu trabalho Campos e Forster (2008) fala da importância do estágio em APS, que na visão do aluno possibilitou a vivência dos princípios essenciais na atenção básica. Massote et al. (2011), em seu estudo descreve a percepção do aluno sobre a sua inserção na APS, que a considerou válida para obter uma visão da organização do trabalho no SUS.

Das novas práticas de atenção à saúde

Os alunos descrevem em suas narrativas a atividade de grupo com os pacientes, reconhecendo e valorizando esta outra maneira de se fazer a atenção à saúde dos usuários, seja pela racionalização da atenção à demanda ou por

resultados não alcançáveis numa consulta médica. Alguns alunos reconhecem esta atividade como um importante espaço de comunicação, por dar ao paciente a oportunidade de falar, ser ouvido e partilhar experiências com outros participantes; e, ainda, pelo caráter mais integral de cuidado aí oferecido.

Acompanhamos o grupo [...] que funciona como uma triagem ampliada (grupo de recepção) [...] achei o grupo interessante e importante já que **os pacientes se sentem ouvidos como um todo e não apenas aquela enfermidade da qual se queixam.** (56M10)

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

Hoje **acompanhei o grupo de extras com a médica e a auxiliar de enfermagem.** [...] No início não me simpatizei com a atividade, mas depois que compreendi os motivos e objetivos, achei superimportantes. Consegui perceber que os grupos de extras são muito úteis para tentar aliviar o pronto atendimento da UBS. Além disso, **entendi que muitos pacientes têm necessidade de ser escutado, o que na maioria das vezes não acontece nas consultas normais.** (45F09)

Em algumas narrativas os alunos abordam atividades ou procedimentos com os quais não haviam tido contato prévio e reconhecem sua importância na atenção à saúde dos pacientes:

Hoje acompanhei as atividades de pré e pós-consulta, detectando como esses dois procedimentos auxiliam na consulta médica; seja antes, através da medida de peso, orientação do prontuário, seja depois, no reforço de como usar o medicamento e de como proceder em determinadas doenças. (55M10)

Achei a aula muito proveitosa, pois acompanhamos a paciente em todos os seus aspectos. **Nunca tinha acompanhado um exame de papanicolau, achei muito interessante e achei muito importante a consulta após o exame para terminarmos de acalmá-la,** pois em um primeiro momento ela se mostrou bastante nervosa. (92F10)

É curioso que ao tratar da pré e pós-consulta o aluno não faça referência aos profissionais – técnicos de enfermagem – que atuam na realização deste

trabalho e na composição deste no conjunto dos trabalhos de atenção ao paciente.

A percepção da consulta médica no domicílio, acompanhando o tutor, mostra diferentes apreensões a respeito nas narrativas estudadas: numa a consulta médica é percebida como uma outra modalidade de “consulta médica”, distinta daquela do consultório, enquanto outro aluno a vê como muito limitante dado os obstáculos enfrentados no domicílio e com determinados estratos sociais para uma “consulta padrão”:

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

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

É importante observar que nas narrativas, os alunos contrastam a consulta médica domiciliar daquela realizada no hospital, embora sob diferente perspectiva, fica nas entrelinhas a diferença entre o ambiente asséptico, protegido e com cenários bem previsíveis do hospital, daquele do domicílio, no qual o profissional vivencia situações pouco previsíveis num ambiente desprotegido.

Ao tratar da visita domiciliar (VD), os alunos a destacam por fortalecer o vínculo do paciente com a equipe e o médico. Nas narrativas a VD é valorizada por permitir ao médico melhor conhecer a realidade de vida da população atendida, o seguimento longitudinal e a construção de uma relação de confiança com o paciente, na expectativa de uma maior “adesão ao tratamento”:

Pudemos perceber a importância do vínculo do paciente com a equipe e **a importância de estratégias como a visita domiciliar para se tentar aumentar a adesão ao tratamento**. (56M10)

Mais uma vez, ao acompanhar visitas domiciliares, eu vejo como extremamente motivador, principalmente **dois aspectos da visita: o**

laço que se cria com o paciente ao ir visitá-lo em casa e a consequente confiança que eles depositam no médico. (65M09)

Outro aspecto importante da visita são as minúcias que se tem acesso tendo um contato mais próximo com o paciente, com **a sua vida, a sua rotina, que conferem ao médico uma gama maior de informações relevantes sobre o seu paciente**, possibilitando conhecer melhor os problemas do paciente, como eles o afetam, que aspectos de sua vida, e que condutas devem dar mais certo com determinado paciente. (65M09)

A visita domiciliar enquanto estratégia pedagógica da disciplina é narrada sempre de uma maneira muito significativa e positiva. O aluno expõe no caderno as potencialidades desta atividade, que geralmente são muito ricas pela vivência e aprendizado oferecidos. Para alguns deles, como já vimos anteriormente em outras narrativas, faculta-lhes uma experiência afetiva forte com seus pacientes, ao conhecerem a realidade do domicílio, com grande empatia, enquanto marcada identificação com o Outro e o colocar-se no lugar deste.

Neste dia **fomos fazer uma VD** [visita domiciliar...] a dona Maria, de 96 anos, que tem artrose grave nos dois joelhos, que a impede de levantar da cama [...] **Apesar de todos esses problemas, dona Maria me pareceu uma pessoa muito alegre, hospitaleira, e apesar de tudo, muito positiva. Em certo momento da visita, quando o colega perguntou para ela o que mais a incomodava da doença, ela chorou** ao dizer que era muito triste ter que ficar dependendo das pessoas para fazer quase tudo. [...] **Nesse momento, imaginei-me em seu lugar, impossibilitada de fazer coisas com autonomia.** [...] Eu acho que não só os alunos, mas a maioria dos profissionais de saúde, que não tem contato com a saúde da família, fica algumas vezes chocado ao fazer uma visita desse tipo. Isso porque estamos acostumados a lidar com o paciente do outro lado da mesa ou então numa cama de enfermaria. Temos nesses locais a sensação de que as condições de doente daquele paciente são passageiras. Mas quando observamos esse paciente dentro de sua casa, e observamos o quanto essa doença alterou a sua vida, **tenho uma sensação mista de tristeza pela sua situação com um sentimento de culpa** por ter uma boa saúde, de poder fazer coisas simples das quais ela não pode mais fazer, e muitas vezes reclamo da vida que tenho. (09F09)

Do Trabalho da equipe ou da centralidade do médico na equipe

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

médico¹³.

Nas narrativas de alunos que desenvolveram a disciplina em unidades de saúde da família a figura do agente comunitário de saúde é realçada, valorizada e reconhecida por seu papel na atenção prestada à comunidade e mesmo no apoio à atividade do aluno:

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

[...] visitamos a casa da paciente que havíamos atendido duas semanas atrás. Encontramos a [...] paciente] bem desanimada, na cama e um pouco mais emagrecida. A agente de saúde [...] está indo todos os dias a casa da [...] paciente] para auxiliá-la com os medicamentos. **Achei muito bonita a relação da agente de saúde com a [...] paciente], um vínculo foi criado entre elas.** (92F10)

Hoje acompanhamos uma visita domiciliar com os agentes de saúde [...]. A princípio me senti um pouco acanhado e sem saber o que fazer na visita, mas aos poucos, **com a ajuda dos agentes e de uma das pacientes que visitamos**, fui me sentindo mais a vontade. **Eu gostei muito do papel dos agentes comunitários e achei muito importante.** (65M09)

A enfermeira, assim como os outros membros da equipe de enfermagem, é também objeto de diferentes narrativas e estes trabalhos são percebidos, por alguns alunos, como relevante na equipe e, por outros, como importante na racionalização e apoio ao trabalho médico, na orientação dos pacientes, além do papel de gerenciamento da equipe de enfermagem.

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

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

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

¹³ Como vimos na metodologia, apenas parte dos tutores médicos são do quadro permanente da unidade de saúde, parte são docentes ou médicos do hospital universitário.

pacientes. (64F09)

Acompanhei o acolhimento e as condutas-padrão que o profissional toma ao fazê-lo: mensurar peso, pressão arterial, anotar a queixa do atendimento eventual no prontuário e passar o caso para o médico responsável. (10F09)

A inter-relação entre os diferentes trabalhos da equipe é pouco observada nos cadernos e de modo indireto, como no exemplo que segue:

Hoje fizemos a análise dos prontuários dos pacientes que serão atendidos em nossas primeiras consultas. Apreendi como se deve preencher o prontuário e **a importância de anotar os dados dos pacientes de maneira adequada, tornando possível que outro profissional possa entender os dados e melhor conhecer o paciente.** (16M10)

O trabalho multiprofissional é pouco abordado nos cadernos, havendo raras menções de práticas conjuntas dentro da equipe:

Fizemos uma visita domiciliar com a médica da unidade, a enfermeira-chefe e a psicóloga. Visitamos uma paciente para avisar que ela precisa comparecer à unidade para que seus filhos fossem acompanhados. (10F09)

O trabalho médico na atenção primária, em suas singularidades, é objeto de muitas narrativas que abordam as visitas e consultas domiciliares, os atendimentos de rotina e eventuais, a continuidade do cuidado ao paciente e o desafio da demanda de pacientes.

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

Acompanhamos o tutor no **atendimento de pacientes eventuais**, e assim aprendemos melhor sobre a rotina do médico em uma unidade de saúde da família e sobre **como fazer para dar conta de atender e auxiliar boa parte da demanda de pacientes sem contar com a infraestrutura adequada.** (65M09)

Hoje assistimos uma consulta agendada, feita pelo médico da unidade. [...] a atividade foi importante, uma vez que permitiu que tivéssemos um primeiro contato com o tipo de consulta que é realizada na UBS. (32F10)

Cabe apontar que a percepção do aluno, expressa nas narrativas, está mais orientada para o trabalho da equipe, ou seja, de cada profissional isoladamente, com raras referências ao trabalho em equipe ou de suas inter-relações; e, quando o faz, o trabalho de outros profissionais, especialmente da enfermagem, geralmente aparece como “auxiliares” do médico.

Da relação equipe-aluno.

Nos cadernos do aluno, as referências quanto à relação equipe-aluno são positivas e apontam uma boa acolhida destes pela equipe da unidade de saúde. Cabe aqui destacar, todavia, não haver registros nos cadernos de possível inter-relação do aluno com a equipe em atividades desenvolvidas.

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

Hoje conhecemos o posto de saúde e tomamos conhecimento do que vamos aprender e fazer. **Fomos muito bem recebidos por todos os funcionários o que fez eu me sentir mais a vontade.** (65M09)

O vínculo equipe-paciente.

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

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

Pudemos perceber a importância do vínculo do paciente com a equipe e a importância de estratégias como a visita domiciliar para se tentar **aumentar a adesão ao tratamento.** (56M10)

Hoje eu e minha colega visitamos a casa da paciente que havíamos atendido duas semanas atrás. Encontramos a dona Izabel bem desanimada, na cama e um pouco mais emagrecida [...]. Infelizmente

a ideia das etiquetas nas medicações não havia dado certo. A agente de saúde do posto responsável pela região está indo todos os dias à casa da dona Izabel para auxiliá-la com os medicamentos. **Achei muito bonita a relação da agente de saúde com a dona Izabel, um vínculo foi criado entre elas.** (92F10)

A comunidade

Em diferentes narrativas os alunos expressam suas percepções das condições de vida de comunidades assistidas pelas unidades. Muitos destes registros são marcados pela surpresa com a situação encontrada, com percepções polarizadas a respeito, seja pelo valor intrínseco facultado por este encontro para o seu futuro profissional ou pela irrelevância para seu aprendizado.

Na aula de hoje visitamos a zona rural de Rubião Júnior [...] juntamente com dois agentes comunitários e o nosso tutor. Foi um longo caminho até chegarmos às casas das pessoas que frequentam o posto. [...] **A partir deste passeio pudemos ter um contato maior com a realidade da população local. A visita de hoje foi muito importante para conhecermos melhor a população com a qual lidaremos.** (92F10)

Hoje a atividade foi um tanto inusitada, saindo dos padrões de visita [dos...] anos anteriores do IUSC, fomos à zona rural de Rubião Júnior. Como não tinha presenciado tamanha mudança, inicialmente **me senti deslocado (para não dizer perdido) quanto à realidade enfrentada por tais moradores:** distância exagerada do PSF, dificultando o atendimento da médica, como quase que impossibilidade de atendimentos emergenciais - falta de saneamento básico e moradia um tanto fora dos padrões (**achei que já havia visto quase de tudo um pouco no IUSC, mas a família que mora em uma estação de trem abandonada, confesso que foi além da minha imaginação**). Aprendi a não subestimar as possibilidades de surpresa e diferenças na prática médica. **Certamente esse dia foi um divisor de águas em minha formação não só acadêmica quanto de vida.** (17M09)

Enquanto alguns alunos valorizam a visita como uma oportunidade para melhor conhecer as condições de vida dos pacientes, para outros é difícil lidar com tais situações, que lhes parece por fim improdutiva e desmotivadora, por referência a uma consulta médica realizada na unidade. Cabe aqui, no entanto, reconhecer que não basta proporcionar o encontro do aluno com dada realidade social, se a mesma não é problematizada.

Não realizamos consulta. Fomos fazer uma visita à casa de duas

pacientes acompanhadas pelas enfermeiras. **A casa que mais me impressionou** foi de uma senhora que tinha colesterol alto, hipertensão, era fumante e tinha problemas psíquicos. Sua casa **era extremamente desorganizada e suja. Não foi um dia produtivo, nem motivador, acho que teria sido mais bem aproveitado se tivesse ocorrido uma consulta.** (87F10)

6.2. Percepções sobre a Aprendizagem

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

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

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

1. Da “Clínica Ampliada”;
2. Do aprendizado clínico;
3. Da relação médico (aluno) - paciente;
4. Da autonomia do paciente;
5. Da relação professor-aluno;
6. Do caderno como instrumento de avaliação formativa.

Da “Clínica Ampliada”

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

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

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

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

Hoje [...] atendemos a mãe do paciente esquizofrênico que visitamos algumas semanas atrás. Na consulta de hoje eu **aprendi a importância de inquirir sobre aspectos psicossociais relacionados aos problemas de saúde do paciente**. (65M09)

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

O reconhecimento dos determinantes sociais do adoecimento, expõem, por outro lado, o desafio que é para o aluno lidar com os sentimentos despertados por sua limitada capacidade de intervenção nesta esfera de problemas:

Hoje fomos fazer uma VD na casa da [paciente]. **Ver de perto sua moradia e condições em que vive foi entristecedor [...]** Pude observar que a problemática que envolve essa senhora é bem complexa e que temos que ter cautela para manter o bem estar dela. [...] Por fim tinham crianças no ambiente, que visivelmente não estavam sendo cuidadas pela senhora e também não conseguiriam cuidar da avó. **Isso é bastante angustiante, visto a pouca governabilidade que temos sobre isso**. (14F10)

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

A única coisa que não pude ajudar muito é que ela precisava parar de trabalhar para melhorar o problema, mas não conseguia licença; o

que **é um pouco frustrante, pois não tenho como melhorar** [sua condição]. (26F09)

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

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

O caso foi muito interessante e engrandecedor, pois evidenciou o fato de que o estado emocional/psicológico influencia bastante nas condições de vida e saúde do indivíduo. Além disso, demonstra **a importância da anamnese ampliada para a correta identificação do problema e, portanto auxílio na acurácia diagnóstica**. (41M10)

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

A integração do IUSC III com a disciplina de Psicologia Médica, enquanto estratégia pedagógica do IUSC III¹⁴, é destacada por diferentes alunos em suas narrativas, ao reconhecerem o aprendizado alcançado: na determinação psicossocial do adoecimento, nas dificuldades enfrentadas pelo paciente em seu tratamento e no desenvolvimento de habilidades clínicas para lidar com pacientes difíceis.

Hoje houve a **discussão de psicologia** [que tratou de...] alguns aspectos das consultas: **as razões [da] não adesão ao tratamento** e [a] **importância da relação entre trabalho e adoecimento**. (24F09)

[... A] **discussão** de alguns de nossos pacientes com a [professora de Psicologia...] **foi essencial para abrir minha mente e melhorar minhas ideias sobre pacientes problemáticos**. (51F09)

Nesse dia foi marcado um **encontro com a professora da disciplina de psicologia**. Ela foi conversar com a gente com o objetivo de fazer **com que lidemos melhor com as dificuldades**

¹⁴ Tal parceria estendeu-se até 2009, quando foi interrompida por dificuldades do corpo docente da disciplina de Psicologia Médica estar presente em encontros com cerca de 20 grupos de alunos e respectivos tutores.

impostas pelo paciente, fazendo com que prestemos mais atenção as suas queixas e a relacionarmos muitas vezes com o seu estado emocional no momento. (09F09)

Esta vivência dos alunos de supervisão com docentes da Psicologia contempla uma experiência de trabalho multiprofissional que apoia a apropriação de instrumentos para uma abordagem mais integral do paciente e a compreender os sentimentos despertados nesta prática de atenção ao paciente.

Do Aprendizado clínico.

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

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

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

Aprendi como é importante **fazer as orientações corretas para o paciente. (56M10)**

O conteúdo desta vivência clínica se diferencia daquele que usualmente o aluno experimenta em seu curso de Semiologia, como na narrativa que segue, ao tratar da abordagem de pacientes difíceis:

Pudemos **aprender um pouco sobre como agir e direcionar a anamnese em casos de pacientes poliqueixosos e prolixos. (24F09)**

Incentivados a registrar sua vivência cotidiana no IUSC III, o aprendizado na disciplina é frequentemente objeto das narrativas no caderno, dada as questões propostas e inscritas no diário de campo: O que aprendi na consulta médica ou na

atividade de hoje?

Aprendi a diferenciar causas pulmonares e cardíacas de dispneia (ou pensar sobre as diferenças entre tais causas). Aprendi **a fazer uma anamnese com queixas psiquiátricas**. **A direcionar o exame físico especificamente para a queixa de uma consulta extra; a investigar uma massa abdominal e sua relação com Ca de colón; a remover um cisto e a operar uma unha encravada; a colher papanicolau; a fazer uma consulta de puericultura; a elaborar uma hipótese diagnóstica e a antecipar achados do exame físico.** p 1-11 (57F10)

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

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

Outras habilidades desenvolvidas são mencionadas pelos alunos em suas narrativas como: aquelas comunicacionais, de relação médico-paciente, de raciocínio clínico, para o preenchimento do prontuário, para a realização de visitas domiciliares, fazer uma receita, uma carta de encaminhamento etc.

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

Aprendi como se deve **preencher o prontuário** e a importância de anotar os dados dos pacientes de maneira adequada. (92F10)

Aprendi a realizar uma **visita domiciliar** (como proceder com o paciente). (06F09)

Aprendemos a preencher a carta de encaminhamento, a receita médica e os pedidos de exames. (24F09)

Embora a disciplina tenha definido a atenção ao adulto como campo de ensino, especialmente nas USF, os alunos atendem eventualmente outros grupos etários e subprogramas, como o de controle de pré-natal. Ao mesmo, a disciplina

experimentou atividades de acompanhamento do pré-natal, dada a presença de tutor-docente obstetra.

Na atividade de hoje, acompanhamos a primeira consulta de um bebê e um mês e cinco dias. **Aprendi como se faz o acompanhamento do desenvolvimento do bebê**, e como fazer a abordagem e a orientação de assuntos relacionados aos cuidados com o bebê em casa. (77F10)

Aprendi a fazer uma **consulta de pré-natal**, uma atividade com a qual eu tinha tido pouco contato. (68M10)

A menção à realização da anamnese e do exame físico são temas muito presentes nos cadernos. As narrativas, geralmente, tratam das dificuldades percebidas na anamnese e no exame físico, estimuladas pela questão proposta e inscrita no caderno: Quais as dificuldades que encontrei na consulta médica ou na atividade de hoje?

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

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

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

Numa análise cronológica dos cadernos verificou-se que inúmeros relatos, que expressam uma insegurança na realização das primeiras consultas, como vimos acima, ao longo do tempo são substituídas por manifestações de segurança e satisfação com as consultas realizadas.

Sinto que estamos ganhando confiança no exame e ficando mais soltos sem ficar preso ao roteiro. **Sinto que estamos mais confortáveis com a anamnese e o exame físico**, além de nos entendermos melhor, facilitando as coisas. (26F09)

A anamnese e o exame físico são bastante valorizados pelos alunos como um aprendizado novo na disciplina, que se constituem como um espaço também de desenvolvimento de habilidades clínicas apreendidas na Semiologia.

Hoje aprendi mais sobre o raciocínio necessário para levantar hipóteses diagnósticas a partir da anamnese e do exame físico. Também começamos a aprender a montar um plano terapêutico. (68M10)

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

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

Pode-se reconhecer nas narrativas que o aluno tem uma percepção diferenciada de cada uma destas modalidades de consulta, algumas vezes contrastando com a vivência no hospital.

A consulta de caso novo é um evento valorizado pelo aluno. Em algumas narrativas há um contraste desta vivência com o contato com o paciente no leito durante a semiologia, no qual sente-se pouco útil em seu papel:

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

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

A consulta eventual, como recurso de organização da atenção às diferentes necessidades dos usuários, é percebida inicialmente pelo aluno por suas referências ao que foi apreendido na Semiologia, que ainda está cursando. Ao mesmo tempo, sua escrita reflexiva expressa bem o contato com novas questões suscitadas pela observação do atendimento de casos eventuais (ou não agendados) que ocorrem à unidade: se a consulta não é “a mais perfeita” por um lado, por outro como atender a enorme demanda que ocorre à unidade e oferecer alívio ao sofrimento destes pacientes?

Como os atendimentos a pacientes eventuais são mais rápidos e conduzidos pelo professor, tive alguma dificuldade para

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

A consulta foi rápida, direcionada, foi uma **consulta extra**, o que nos ensinou a direcionar a consulta baseando-se principalmente na queixa principal. (32F10)

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

A Clínica que se esgota na Semiologia, embora essencial, é insuficiente para o profissional lidar com o seu cotidiano futuro e responder a questões que irá enfrentar, como a que se coloca com a consulta eventual ou consulta extra.

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

O que achei mais interessante hoje foi **acompanhar um paciente pela terceira vez**. Pude **ver as mudanças com relação aos seus hábitos alimentares e atividade física**. Enfim mudança de estilo de vida. (55M10)

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

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

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

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

O prontuário médico é tema de narrativas nas quais o aluno expõe suas dúvidas quanto ao correto preenchimento deste documento e, também, reflete sobre o desenvolvimento de habilidades de registro no prontuário.

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

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

A discussão de casos é uma atividade percebida pelo aluno por seu potencial produtor de aprendizado significativo e de articulação entre teoria e prática quanto à formulação de hipóteses, à correlação clínico-diagnóstica e elaboração de um projeto terapêutico:

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

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

O caderno de campo é também espaço para o registro das dificuldades experimentadas nesta atividade quanto ao tempo demandado para a supervisão do tutor e à demanda de pacientes:

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

As **dificuldades** encontradas na atividade de hoje se referem à **pouca disponibilidade do tutor em nos assessorar, pois a demanda estava alta.** (20F10)

Referências à discussão de caso é constante em parte expressiva dos cadernos estudados, nos quais reconhecem a positividade desta atividade para o desenvolvimento de competências e habilidades clínicas.

Minha **maior dificuldade foi examiná-lo nesta parte locomotora, visto que ainda não passamos na semiologia nesta área.** No entanto, meu parceiro de atendimento, por conhecer mais sobre este assunto, soube conduzir esta parte do exame. (24F09)

A relação teoria-prática, como vimos há pouco, é abordada em muitas narrativas, com destaque à integração entre diferentes disciplinas ou conteúdos que integram o currículo, concomitantemente ou previamente ao IUSC III, como a Fisiopatologia Clínica, a Semiologia Clínica, a Farmacologia etc.:

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

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

Nas narrativas o aluno expõe a sua percepção do valor da Clínica na atenção ao paciente, quanto ao significado e à importância do desenvolvimento do raciocínio clínico para a boa condução da consulta médica. Elenca a comunicação como uma estratégia para colher uma boa história clínica e desenvolver o raciocínio clínico. Reconhece ainda a relevância da história clínica como subsídio para o diagnóstico e diminuição do uso indiscriminado de exames clínicos subsidiários.

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

[Na consulta de hoje...] a paciente era uma senhora que trabalhava como faxineira e estava muito estressada. Sentia muitas dores no corpo. [...] **Conseguimos estabelecer boa comunicação com a**

paciente. Fiquei feliz e satisfeito, pois conversamos com a professora e **desenvolvemos um raciocínio clínico.** No fim aplicamos a conduta para resolver os problemas [...]. (80F10)

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

Da relação médico (aluno) - paciente como campo de aprendizado

Nas narrativas o aluno reconhece a importância da comunicação durante a consulta clínica e atribui, em diversas situações, ao paciente o insucesso no estabelecimento da mesma.

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

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

Algumas vezes as narrativas trazem como dificuldade a linguagem usada no meio acadêmico e aquela que é indicada para falar com o paciente a fim de que haja entendimento por parte do paciente com relação à conduta e orientações.

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

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

Ao tratar do tema comunicação, nas narrativas, o aluno o faz sob diversos ângulos, relatando as facilidades e dificuldades no estabelecimento da comunicação e as potencialidades desta ferramenta na prática clínica.

As narrativas trazem relatos sobre a escuta ao paciente. O ouvir com

atenção o paciente e o valor da sua expressão na construção do vínculo aluno-paciente.

Hoje aprimorei minhas habilidades de comunicação com o paciente para melhor colher informações e fazer orientações. (68M10)

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

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

Nas narrativas o aluno reconhece a importância de ouvir o paciente e traz um comentário, no qual é possível identificar a valorização dada, também, pelo paciente a este espaço.

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

A comunicação novamente aparece nas narrativas, agora sob o enfoque da sua potencialidade de permitir ao paciente o desabafo, orientar o aluno na escuta e estabelecer vínculo entre os sujeitos na consulta médica.

A relação médico-paciente é bastante explorada pelos alunos no caderno. Dentro deste contexto os alunos escrevem sobre os diferentes perfis dos pacientes e seu comportamento durante a consulta bem como a percepção do seu aprendizado na abordagem de pacientes difíceis.

Hoje atendi [...] uma **paciente diabética, que parecia ter um pequeno déficit cognitivo e isso me deixou um pouco estranho,** para falar a verdade não gostei muito não, ela repetia tudo o que a gente falava [...]. (71M10)

Ao tratar deste tema, diversidade dos perfis dos pacientes, nas narrativas, o aluno descreve sobre o seu aprendizado e enfrentamento de pacientes difíceis, definindo-os como aqueles com um comportamento que dificulta a boa prática da consulta, como os prolixos, poliqueixosos, analfabetos e também os que não estabelecem um bom relacionamento com o aluno.

A paciente era meio hostil. Tinha o histórico do PSF de ter realizado várias consultas e não ter comparecido a vários retornos. Chegou ao consultório querendo que a médica assinasse vários papéis necessários para que ela pegasse remédio para o reinício do tratamento. **Após uma boa condução da consulta, na qual a paciente recebeu total atenção e cuidado, esta se tornou mais solícita e, pelo que notei mais satisfeita.** (09F09)

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

[... A] **discussão [... sobre] nossos pacientes com a [professora de Psicologia...] foi essencial para abrir minha mente e melhorar minhas ideias sobre pacientes problemáticos.** (51F09)

Atender pacientes “difíceis”, como alguns são nomeados pelos alunos, é um desafio, principalmente no início da graduação. Nas narrativas o aluno expõe estratégias de aprendizado por ele utilizadas para enfrentar tal situação.

O paciente como sujeito da consulta.

Com relação à temática: tempo da consulta, o aluno descreve a sua insegurança em saber qual seria o tempo ideal da mesma, ele reconhece a importância de uma investigação ampla e de uma maior atenção ao paciente, mas preocupa-se com o tempo que isto demandaria, podendo causar insatisfação no paciente.

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

Tenho percebido algo interessante. Ultimamente, no meu contato com os pacientes: **quando a consulta é rápida, há reclamação de desatenção, descuido, descaso; mas se é longa, reclamam de enrolação, demora na consulta, perguntas demais.** Fico na dúvida, então, qual seria o tempo ótimo de atendimento, e de como prover uma consulta completa, cuidadosa, justa e ao mesmo tempo rápida. Talvez com o tempo eu aprenda estas habilidades, mas desde já procurarei atentar para isso. (41M10)

Os próprios pacientes acostumados com as consultas rápidas, médico centradas e com enfoque só na doença, incoerentemente reclamam de uma consulta humanizada, que busca a integralidade do cuidado e, portanto, demanda um tempo maior.

As narrativas mostram a valorização do bem estar do paciente, pelo aluno, que não o enxerga somente como um objeto de aprendizado, mas o descobre como sujeito da consulta. O que de certa forma pode ser avaliado positivamente no que se refere à preocupação do aluno com a pessoa que ele está atendendo, não a enxergando simplesmente como um objeto de estudo.

Hafner (2010) sugere o investimento na educação em saúde dos usuários também como forma de possibilitar a prática da Clínica Ampliada, pois os mesmos, em conformidade com a realidade atual da prática médica, centrada em procedimentos, esperam por médicos que os atendam rapidamente, peçam exames e os mediquem.

Da relação professor-aluno.

O apoio dado pelo tutor e o seu papel no aprendizado do aluno é narrado nos cadernos evidenciando a figura importante deste profissional no processo de ensino-aprendizagem dentro da rede de APS.

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

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

(32F10)

O aluno também reconhece a contribuição do tutor para o desenvolvimento da sua segurança e autonomia.

O professor também nos deu muita liberdade e autonomia no momento das consultas, o que enriqueceu ainda mais o nosso aprendizado. Hoje posso dizer que me sinto muito mais segura para atender pacientes e lidar com eventuais dificuldades que podem aparecer durante a consulta. (35F09)

O que podemos observar é que a proximidade do tutor com o grupo, uma recomendação do programa da disciplina IUSC III, resulta em um bom relacionamento entre o mesmo e os alunos, fazendo com que as declarações nas narrativas sejam sempre muito positivas quando relacionadas à figura do tutor. Em nenhum dos cadernos avaliados foram identificadas críticas ao tutor.

Do caderno como instrumento de avaliação formativa: autoavaliação do aluno.

No conjunto do que foi exposto até aqui, o leitor deve já ter percebido o quanto o aluno trata de seu aprendizado, direta ou indiretamente, em suas narrativas. Como vimos anteriormente, uma das perguntas disparadoras propostas para o aluno é: O que aprendi hoje? Ao responder tal questão o aluno é estimulado a refletir sobre o seu aprendizado, suas dificuldades e facilidades, enfim fazer uma autoavaliação.

Nas narrativas é explícito o sentimento de insegurança presente nas primeiras consultas, que progressivamente vão se transformando em declarações mais seguras.

Hoje, supervisionados pelo professor, **fizemos a anamnese e o exame físico completo. Relembrar todos os detalhes da anamnese e do exame físico**, mesmo com a ajuda do guia que nos foi fornecido **ainda é uma tarefa relativamente difícil**. (65M09)
12/05

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

Como dificuldade de hoje, eu cito apenas lembrar todos os passos da anamnese e do exame físico (ainda usei bastante o

guia), pois a insegurança de não ter o professor do lado esta sendo substituída por uma sensação de estar mais à vontade, mais acostumado, quando fazendo uma consulta. (65M09)

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

Embora durante todo o caderno, o aluno fale das habilidades adquiridas, suas facilidades e dificuldades nas atividades propostas, o que se configura como a realização de uma autoavaliação continuamente, é no final dos cadernos que os alunos dão ênfase às narrativas que se referem ao seu desempenho durante a disciplina. O uso do diário pelos alunos permite uma visão ampla acerca de suas experiências neste espaço de ensino-aprendizagem, configurando-o como um rico instrumento de avaliação formativa. Ao narrar as suas experiências diárias o aluno o faz de forma bastante reflexiva e crítica, descrevendo detalhes das suas vivências, inseguranças, facilidades e dificuldades, potencialidades e limitações.

O caderno como instrumento de avaliação formativa: avaliação da disciplina pelo aluno.

Nas narrativas, o aluno também faz comentários sobre a disciplina, suas contribuições para o seu crescimento profissional. A proximidade com a rotina de atendimentos na UBS é comentada de maneira muito positiva nos cadernos.

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

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

O IUSC foi de grande utilidade para o meu aprendizado acadêmico e pessoal. No início foi um tanto difícil para conseguir avaliar a história/anamnese com o exame físico a ser realizado. Foi de grande valia as histórias de vida de cada paciente, permitindo

conhecer outras perspectivas de vida dos pacientes, bem como entender o paciente como um todo, aprender a tratá-lo como um organismo e não como um órgão doente. **Acredito que o IUSC me forneceu grandes conhecimentos que poderão ser utilizados ao longo de toda a vida profissional.** (16M10)

Achei que o ano de IUSC foi bastante proveitoso. Pela primeira vez foi possível manter uma rotina de atendimentos, o que nos permitiu sentir pela primeira vez o que é o exercício habitual da medicina. (68M10)

Embora menos frequente, o aluno também traz algumas críticas e sugestões à disciplina, em suas narrativas, que podem ser interpretadas de maneira positiva e contribuir para o desenvolvimento da mesma.

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

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

Acredito que um ponto que poderia ser melhorado é na regularidade dos atendimentos. Em muitas semanas acabei não atendendo pacientes, seja porque não havia nenhum marcado, ou seja, porque o paciente faltou. Acredito que poderíamos ter atendido mais vezes eventuais (sei que os eventuais são atendidos durante a manhã), mas atendi um eventual e foi bem interessante lidar com uma queixa mais aguda. (68M10)

Também acho que seria importante criar um esquema para a checagem dos casos [...]. Geralmente ficávamos muito tempo esperando para checar os casos e os pacientes se queixavam do tempo [grande de espera...]. Talvez fosse possível pensar em uma maneira de agendar os atendimentos de cada aluno e organizar a sequência de checagem. (68M10)

A análise deste eixo temático contribui, de maneira geral, para o desenvolvimento da disciplina, sendo possível reconhecer os pontos fortes e os limitantes neste processo ensino-aprendizagem. As narrativas também nos dão uma visão de como a disciplina acontece em cada uma das unidades. É possível detectar os espaços e os momentos de maior ou menor convergência com as propostas e estratégias da disciplina.

6.3. A vivência clínica e a relação aluno-paciente

A aula de hoje foi um marco em minha vida, pois foi a primeira vez que atendi um paciente sozinho. [...]. Dificuldades houveram, mas a consulta de hoje foi o que de melhor eu já vivi em meu período de graduação. (65M09)

O terceiro eixo temático – A vivência clínica e a relação aluno-paciente - reuni um conjunto de núcleos temáticos relacionados às percepções dos alunos quanto às suas vivências na prática da consulta médica e da relação médico-paciente.

Nas primeiras vivências de consulta, inicialmente acompanhados de outros colegas e a seguir sozinhos, verifica-se nitidamente que as narrativas ganham vida com a expressão do que lhes motiva, dos sentimentos experienciados neste momento tão esperado no curso médico: o contato com o paciente.

Na análise das narrativas dentro deste eixo construíram-se quatro núcleos temáticos agrupados a seguir em percepções:

1. De si;
2. Do paciente e seu acompanhante;
3. Do encontro;
4. Do colega e equipe.

De si.

Este núcleo temático agrupa narrativas, cujo conteúdo diz respeito a uma diversidade de sentimentos do aluno e das situações em que estes aparecem. Neste núcleo o aluno se expressa como sujeito da situação.

As narrativas do caderno são repletas de expressões de sentimentos. Em muitas delas fica claro o envolvimento emocional e afetivo do aluno com o paciente. O aluno descreve sua preocupação com o quadro clínico do paciente e ao descrever sobre a evolução do quadro com melhora do paciente expressa sua alegria.

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

caminho. (41M10)

Atendemos uma paciente que está na sua 3ª gravidez [...] a suspeita de um óbito fetal nos deixou muito **preocupados**. Também gostei de ter sabido sobre a paciente da semana [passada] e ficar **tranquilo** [sabendo] que o bebê está vivo e [...] bem. (56M10)

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

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

A angústia e o sentimento de impotência são referidos quando o aluno relata a sua pouca governabilidade sobre o caso. O sentimento de tristeza volta a aparecer nos relatos do último encontro com o paciente, o que sugere a intensidade do relacionamento e vínculo estabelecidos entre o binômio aluno-paciente.

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

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

Em outros momentos, ao descrever a situação de um paciente com uma dependência física, o aluno fala do sentimento de medo, colocando-se na realidade de vida do paciente.

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

A expressão de sentimentos ruins também aparece, embora bem menos expressivos, em algumas narrativas o aluno descreve a falta de paciência e a revolta em determinadas situações e até um sentimento estranho não identificado.

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

A atividade de hoje me deixou um pouco **revoltada**, porque mostra que, apesar de nós médicos lutarmos para o paciente vencer as patologias e levar uma vida mais tranquila e saudável, ele continua querendo ter aquela doença por comodismo de viver à custa do governo. (51F10)

De alguma maneira **não me senti muito bem** no atendimento dessa paciente, **um sentimento estranho** que não sei precisar ao certo. (71M10)

As narrativas revelam ao leitor o envolvimento do aluno com os pacientes e sua história de vida. Os encontros entre alunos e pacientes são carregados de muitos sentimentos.

Podemos considerar as passagens, como as citadas acima, um dos momentos mais ricos da leitura. Creio que o caderno oferece ao aluno a oportunidade de escrever livremente sobre estes sentimentos despertados nestes encontros, o que talvez ele não o fizesse com o tutor ou com os colegas.

As narrativas revelam a construção mútua de empatia, preocupação do aluno com o outro, o colocar-se no lugar do outro e a incorporação dos princípios de uma clínica ampliada. Os sentimentos vão da alegria à tristeza, satisfação e insatisfação, compaixão, comoção, angústia e revolta, além de muitos outros.

O aluno também expressa a sua percepção quanto ao sentimento da responsabilidade profissional, mais comum nas primeiras consultas, os sentimentos relacionados a este encontro são da responsabilidade despertada neste momento com o paciente e com a profissão.

Senti que nessa anamnese **a responsabilidade era maior** do que as que havia feito no [... HC], pois [...] era só para treinar e no [...] na unidade] é o que vai entrar no prontuário do paciente. (26F09)

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

Ainda sinto dificuldades para organizar o exame em minha cabeça [...] Morro de **medo** de fazer algo errado ou ofender o paciente com condutas grosseiras e incorretas. (20F10)

O aluno vai ao longo do ano sentindo-se mais responsável pelo atendimento, pelo paciente. Ele compara com o atendimento ou vivência na graduação, dentro do hospital, que ele vê como um treinamento para o aprendizado, aqui ele se coloca como protagonista. Talvez, possamos afirmar que as consultas de retorno, ou seja, o acompanhamento longitudinal dos casos, a liberdade e ao mesmo tempo a responsabilidade transferida ao aluno pelo tutor da disciplina despertam este sentimento de posse e responsabilidade pelo caso.

Com relação à vivência da primeira consulta, o aluno expõe nas narrativas os seus sentimentos de insegurança presentes neste momento. Ao narrar sobre a primeira consulta, ele fala da primeira vez que atende um paciente na companhia dos colegas e em seguida sozinho. São descrições ricas em sentimentos e expectativas emergentes deste primeiro encontro.

Nas primeiras consultas me sentia bastante insegura, apesar de sempre ter atendido os pacientes na companhia de uma amiga do meu grupo. Não sabíamos como o paciente reagiria quando o paciente percebesse que seria atendida por duas alunas e não por um médico. (35F09)

Atendi pela primeira vez e foi muito interessante. Pude exercitar todos os conhecimentos adquiridos até aqui, e a dificuldade que encontrei foi na própria anamnese, pois os dados foram passados de maneira muito superficial e muitas vezes conflitante. **Adorei atender e foi muito motivador**, já que foi possível a utilização e aplicação dos conhecimentos adquiridos até aqui. (55M10)

A professora nos dirigiu a sala ao lado e disse que poderíamos ficar à vontade, que qualquer coisa ela estaria na sala ao lado. Logo pensei como na sala ao lado? **Faremos o atendimento sozinho? Isso inicialmente me deixou pressionado**, mas logo pensei que seria um bom desafio de aprendizagem. Inicialmente estudamos o prontuário. Logo mandamos o paciente entrar na sala e iniciamos a anamnese. Apesar dos nuances ocorridos, achei tudo muito produtivo e extremamente didático. (17M09)

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

médicos. (71M10)

A aula de hoje foi um marco em minha vida, pois foi a primeira vez que atendi um paciente sozinho. [...] Durante a consulta de hoje, voltei a sentir certa **insegurança**, talvez maior até do que a inicial, por estar num atendimento que dependia apenas de mim e de meu paciente. Não foi uma insegurança que me atrapalhou, mas apenas um sentimento que me gerou certa **preocupação**, mas que foi sendo atenuado. Encontrei também certa dificuldade em conduzir a consulta sozinho sem o auxílio dos meus colegas. Dificuldades houveram, mas **a consulta de hoje foi o que de melhor eu já vivi em meu período de graduação.** (65M09)

É muito grande a expectativa pelo primeiro atendimento seja sozinho, seja com os colegas. O aluno deixa muito claro, nas narrativas, este sentimento de ansiedade, insegurança e o desejo de realizar o primeiro atendimento. Em algumas narrativas, a ansiedade refere-se a questões mais técnicas, ele demonstra a sua preocupação em dar conta da clínica enquanto anamnese, exame físico e conduta, em outras o aluno descreve a sua ansiedade relacionada aos aspectos relacionais da consulta, o enfoque é maior no estabelecimento da relação médico-paciente.

Determinadas situações trazem ao aluno a sensação de frustração e impotência. Neste momento o aluno percebe algumas das dificuldades em lidar com o paciente e suas demandas.

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

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

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

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

O que mais me chamou a atenção nessa consulta foi a história de vida da paciente e o modo como a vida dela é conduzida atualmente,

uma senhora no estado em que ela está não tem condições de cuidar da casa e muito menos das crianças. O fato dela não ser cuidada leva ao fato de ela não tomar todos os remédios prescritos e isso leva a recidivas e retornos com as mesmas queixas e sem resolução do problema. Tudo isso me fez sentir **impotente e angustiada**. (14F10)

Hoje atendemos um senhor com dor no ombro e tal dor é recorrente, já que está presente em sua vida há muito tempo. O próprio paciente relacionou a dor com os trabalhos manuais, como construção civil e lida com animais do campo. Porém, ele não demonstrou que vai interromper ao menos um pouco suas atividades e, portanto, é previsível que não irá melhorar mesmo com os remédios. Isso me deixa **impotente** já que pouco posso fazer para aliviar a situação dele. (14F10)

O relato de situações difíceis é muito presente nas narrativas, algumas vezes o aluno apenas descreve a situação, de uma forma bem pontual, já em outras narrativas ele relata todo o sentimento resultante desta dificuldade, o que dá ao tutor e à disciplina um parâmetro para entender o que é mais difícil para o aluno neste momento, quais as estratégias utilizadas por ele ao enfrentar tais situações e principalmente qual o apoio que pode ser dado neste momento.

A percepção da diversidade do universo do outro leva, num primeiro momento, o aluno a fazer um julgamento moral com base nos seus valores. Ao descrever determinadas situações vivenciadas nas consultas como atender uma adolescente grávida, ouvir sobre a vida sexual de uma senhora, o aluno relata o seu aprendizado em lidar com o universo do outro sem julgá-lo.

Hoje passamos por uma consulta de GO e foi uma das manhãs mais interessantes. Atendemos uma paciente de 16 anos que descobriu estar grávida. [...] **O que achei bastante curioso no caso foi o fato de, nem a garota nem a família, terem pensado numa interrupção da gravidez**. E, também achei bastante interessante a paciente ter apoio dos colegas do colégio e professores. Gostei muito do dia e espero poder passar no retorno com a paciente. **Aprendi que, ao contrário do que muitas pessoas pensam, uma gravidez na adolescência não é o fim da vida e a vida pode seguir do mesmo jeito o que mudou inclusive o meu pensamento**. (56M10)

Nossa paciente de hoje tinha retocele, queixava-se de bexiga caída, entre outros problemas. Quando pesquisamos a fundo descobrimos que aquela senhora de 57 anos praticava sexo anal com o seu marido há 34 anos. **Foi um choque esta primeira consulta, aprendi a escutar sem preconceitos a história da paciente e respeitá-la por mais que discorde de várias atitudes** tanto do paciente quanto das pessoas que o rodeiam. (87F10)

A vivência de determinadas situações desperta no aluno sentimentos e

emoções que o levam a julgar e refletir a respeito da vivência e do seu comportamento diante da mesma. O que é possível perceber é uma aproximação com a realidade do outro, por exemplo, no caso da gravidez na adolescência, com uma idade próxima a sua. Na segunda narrativa o aluno descreve a situação e o impacto que é para ele ouvir tal declaração, mas imediatamente relata o aprendizado: ouvir sem preconceitos.

A percepção dos problemas sociais, durante a consulta médica, leva o aluno a relatar a sua visão a respeito da influência dos problemas sociais no biológico do paciente e em algumas destas situações o seu sentimento de angústia pela falta de recursos para resolver muitos deles.

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

Hoje fomos fazer uma VD na casa da dona Isabel. Ver de perto sua moradia e condições em que vive foi entristecedor [...] Pude observar que a problemática que envolve essa senhora é bem complexa e que temos que ter cautela para manter o bem estar dela. [...] Por fim tinha crianças no ambiente, que visivelmente não estavam sendo cuidadas pela senhora e também não conseguiriam cuidar da avó. **Isso é bastante angustiante, visto a pouca governabilidade que temos sobre isso.** (14F10)

A percepção, pelo aluno, de outros determinantes no processo saúde-doença é bastante presente nas narrativas, contemplando o enfoque e objetivos da disciplina. As questões sociais são muito citadas, e o aluno descreve a sua impotência diante deste contexto, o que talvez falte, que temos percebido durante a leitura e análise do “caderno do aluno”, é o trabalho em equipe com a unidade, é o multi e interprofissional, através da discussão com outros profissionais que pudessem contemplar problemas que envolvam outros determinantes, que não só o biológico.

O aluno tem a visão ampliada, ele consegue perceber que há outras questões, que não só orgânicas, mas com relação à solução ele ainda não superou a visão medicamentosa. O que sai da sua capacidade de intervenção enquanto profissional médico, ainda não tem solução.

Ao vivenciar a clínica o aluno relata as dificuldades enfrentadas sob

diversos aspectos, sendo uma delas pela sua falta de habilidade para lidar com os diferentes perfis dos pacientes. As narrativas trazem relatos da dificuldade para lidar com pacientes esclarecidos, que exige um comportamento diferente do aluno para corresponder às expectativas deste paciente e também das limitações para atender pacientes prolixos, poliqueixos e de postura reservada.

Foi um atendimento um pouco diferente dos demais, pois o paciente é bastante esclarecido, um pouco discrepante da realidade do nosso bairro. É favorável pela riqueza das informações coletadas e pelo feedback bastante positivo que ele nos ofereceu, mas **também exige que nos preparemos com mais cuidado para lidar e informar tão completamente quanto ele nos permite fazer**. (41M10)

A maior dificuldade foi o embate cultural, tendo a paciente referido várias vezes sua crença em superstição. Isto não é fácil para mim. (62M09)

Atendi [... uma paciente]. Seus atendimentos foram sempre um tanto quanto atribulados, pois **além de poliqueixosa, a paciente é impaciente durante a consulta**. Fico um pouco em dúvida sobre o que realmente fazer para melhorar sua condição de saúde. (24F09)

Achei **a paciente de hoje com uma postura bem reservada. Não permitiu que a examinássemos direito** (sem a blusa). Foi a primeira vez que consultei uma pessoa que não contribuiu muito para o atendimento. (80F10)

As duas pacientes de hoje não forneciam muitas informações. **Uma não se comunicava bem e a outra era um pouco tímida**. A cada dia estou aprendendo mais, vendo casos e pacientes diferentes. (80F10)

Na disciplina o aluno tem a oportunidade de vivenciar este universo tão diversificado dentro da unidade de saúde, rompendo um pouco com uma visão inicial de que em unidade básica só se atende a população teoricamente menos esclarecida e carente, o que se tem é o conceito de uma clientela estereotipada. Nas narrativas o aluno escreve sobre o paciente com um baixo nível cultural, supersticioso, mas também daquele bem informado, esclarecido, traz relatos do paciente prolixo, poliqueixoso e daquele mais calado, com uma postura mais reservada. Este território com tantas diversidades se constitui como um espaço muito rico para o aprendizado técnico e também de relações

O aluno tem a oportunidade de conviver e se relacionar com perfis muito distintos, trazendo um crescimento pessoal e profissional muito grande, o que em muitas narrativas é bastante valorizado.

Em muitos momentos, o aluno também descreve, nas narrativas, a percepção da dificuldade em lidar com adolescentes.

O aluno fala da dificuldade de atender pacientes jovens com idade próxima a sua.

A idade do paciente, **um adolescente, foi inicialmente uma dificuldade**, porque ele era pouco contactuante a principio, mas aos poucos foi ficando mais desinibido e forneceu as informações que queríamos. (60M10)

Hoje **a maior dificuldade foi o paciente ter uma idade próxima da nossa [alunos]** e percebemos que ele ficou constrangido para nos contar algumas coisas. (26F09)

Além de escrever sobre os fatores que facilitam a relação médico-paciente, o aluno também fala de alguns pontos que dificultam esta relação. É comum ver a idade como uma dificuldade para o estabelecimento de vínculo. Em muitos cadernos aparece como fator limitante a idade próxima a deles (alunos), jovem ou adulto jovem.

Do paciente e seu acompanhante.

O conjunto de narrativas deste núcleo temático traz anotações das vivências dos alunos e sua percepção do paciente e do seu acompanhante como sujeitos da clínica.

Uma das situações narradas pelo aluno, em que ele percebe o paciente como sujeito da consulta é quando, o mesmo, se depara com a situação de o paciente não querer ser atendido por alunos. Os alunos trazem um sentimento de frustração, que nas narrativas vem do fato de os mesmos se dedicarem para este momento e serem recebidos com uma recusa, embora pareça algo rotineiro. Em algumas narrativas, o aluno descreve a resistência inicial do paciente ao atendimento e depois a evolução da consulta com a conquista da confiança dos mesmos.

Outra paciente com depressão **não permitiu que nós três acompanhássemos a consulta**. Pessoalmente eu gostaria de ter acompanhado as duas consultas. (30M09)

Na minha primeira consulta me deparei com uma paciente que chegou perguntando onde estava o [... médico da unidade] (meu

tutor), pois ela estava ali apenas para que ele visse os seus exames. **Foi difícil conseguir convencê-la a conversar um pouco conosco** e também ser examinada. Ainda que ela tenha gostado do nosso exame físico, ela disse que se sentiu uma cobaia. Foi difícil ouvir isso, particularmente porque nós fomos muito atenciosos com ela, mas infelizmente muitos pacientes não gostam de saber que estão sendo atendidos por alunos. (35F09)

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

Senti como dificuldade o fato de que ele parecia um pouco cansado da consulta, impaciente, mesmo não havendo demora da mesma. Atribui a isso alguns comentários que ouvi da sala de espera, **em que questionavam o atendimento feito por alunos**. Ouvi isso me deixou **um pouco triste** [...] me reanimam para seguir atencioso e preocupado com a qualidade de atendimento. (41M10)

Encontrei dificuldades em começar a conversa com a paciente, **já que ela queria somente conversar com o professor** responsável. Por já ter trabalhado em um hospital escola, como enfermeira, falava que não queria ser feita de cobaia e que as consultas demoram muito. (68M09)

A recusa do paciente em ser atendido pelo aluno é mais uma situação de enfrentamento para o aluno na disciplina. No IUSC, o que observamos é que o aluno se recusa, porém desenvolve alguns mecanismos, busca alguns caminhos para conquistar a confiança do paciente, com ou sem sucesso, enfim enfrenta mais uma situação difícil neste espaço de ensino-aprendizagem.

As narrativas dentro deste núcleo tratam ainda da vivência e a abordagem de situações difíceis. Ao narrar algumas dificuldades enfrentadas durante a consulta, como o atendimento de pacientes analfabetos, a resistência do paciente a determinados procedimentos, como realizar o exame de papanicolau, a não adesão do paciente ao tratamento proposto e a dificuldade de comunicação e interação com o paciente, o aluno descreve o enfrentamento das situações relatadas e as soluções propostas. Descreve também o êxito com algumas condutas tomadas, e em outros momentos descreve a frustração por não resolver o problema presente.

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

certo. (14F10)

Não tivemos muita dificuldade durante a consulta, porém o que mais me preocupou foi no momento de explicar para ele conduta/receita médica. **Ele mostrou bastante dificuldade em entender como deveria tomar os remédios**, não conseguia ler muito bem. Então, até que ele entendesse adequadamente, fizemos anotações e desenhos, pedindo que ele repetisse para observarmos se ele de fato havia compreendido. (14F10)

A minha dificuldade foi que a paciente não queria realizar o papanicolau e tivemos que tentar convencê-la a realizá-lo, o que não sei se conseguimos. (26F09)

Hoje atendemos uma senhora, que apesar de diabética, havia tomado xarope de mel para a tosse. Durante a consulta **pudemos perceber que a senhora não acreditava muito na medicina tradicional** e não seguia corretamente as orientações médicas. Isso configura uma dificuldade, uma vez que a paciente não segue adequadamente o que é proposto e acaba não tendo êxito no tratamento. (32F10)

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

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

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

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

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

O questionamento ao aluno sobre as suas dificuldades na atividade do dia, como uma das perguntas direcionadoras do caderno resulta em uma

diversidade de temas nas narrativas referentes aos enfrentamentos deste aluno na disciplina. Alguns mais pontuais e corriqueiros, como quando ele fala da falta de higiene do paciente, e em outros momentos o enfrentamento de situações mais elaboradas e que exigem do aluno uma solução ou estratégia imediatista. Sendo que muitas das dificuldades relatadas referem-se a não aceitação pelo aluno do paciente como sujeito da consulta, há resistência do aluno para aceitar e reconhecer a autonomia do paciente.

A presença do acompanhante está contemplada nas narrativas. O aluno reconhece o acompanhante como sujeito e descreve a sua presença com os seus prós: contribuir com as informações necessárias durante a anamnese e os seus contras: interferir durante a consulta e causar inibição no paciente, que não fica totalmente à vontade na presença do acompanhante. Quando o acompanhante é criança, o aluno também descreve a sua presença como sendo uma dificuldade durante a consulta.

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

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

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

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

A presença do acompanhante em uma consulta médica é uma temática muito pouco discutida na literatura, e a disciplina IUSC III não faz nenhuma referência à maneira como o aluno deve lidar com o acompanhante. O aluno em suas narrativas descreve o acompanhante como sujeito da consulta também.

Do encontro aluno-paciente

As narrativas que compõem este núcleo trazem as percepções e sentimentos dos alunos do encontro com o paciente.

As narrativas trazem declarações dos alunos sobre a importância da construção de uma relação de confiança e vínculo na relação aluno-paciente. De maneira geral, podemos acompanhar a construção de bons vínculos e o reconhecimento do aluno quanto a sua importância para o acompanhamento do paciente, seu tratamento. Nas narrativas o aluno relata a importância de conquistar a confiança do paciente que passa a acreditar na sua conduta, consegue se abrir, desabafar e adere ao tratamento.

A consulta fluiu muito bem, **o paciente está seguindo as recomendações** [...] o que nos deixa bastante empolgados, por ver que **o paciente acredita que sabemos o que estamos fazendo e nos dar credibilidade**. (56M10)

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

Conversando com a paciente, a médica conseguiu tirar muitas informações, que para nós ela havia omitido. **Percebemos nesse momento a importância do vínculo, uma relação de confiança com o paciente** para melhor entendermos a sua doença. (09F09)

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

Durante a consulta a maior dificuldade foi lidar com o choro da paciente. No entanto, acredito que soubemos conduzir a situação e deixamos a paciente à vontade para contar seus problemas. Ela referiu ter confiança em nós porque somos médicos e porque nós perguntamos. Foi muito gratificante perceber essa confiança e o vínculo que conseguimos estabelecer. (60M10)

A relação aluno-paciente vai sendo construída ao longo do diário. O aluno traz anotações muito ricas sobre este vínculo estabelecido ou não e as emoções despertadas nestes encontros.

A percepção do sucesso terapêutico aparece nas narrativas como parte

deste encontro aluno-paciente. O aluno julga-se feliz em acertar a conduta indicada ao paciente e observar a melhora do quadro. Os elogios dispensados ao aluno no atendimento também estão presentes nas narrativas e leva o mesmo a avaliar positivamente a atividade do dia.

Fiquei muito feliz em ver que a conduta indicada à paciente deu certo e houve melhora do quadro, além disso fiquei feliz de sermos elogiados por acertar a conduta. (56M10)

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

Foi um dos momentos mais úteis que passei na faculdade. **Ajudar dessa forma uma pessoa que precisa, é algo que já faz compensar ser médico**. Foi um dos dias mais motivadores que já passei. (65M09)

Hoje o dia foi bem interessante, pois no atendimento da dona Tereza, foi possível ver a evolução da sua saúde, na medida em que conseguimos o controle da sua DM através da aplicação de insulina, além de conseguir controle da sua pressão arterial. As recomendações médicas estão sendo seguidas, de modo que na sua evolução, há adesão ao tratamento e mudanças nos hábitos de vida responsáveis pela sua melhora. **Enfim, estou contente em ter conseguido influenciar positivamente nos hábitos de vida da paciente**. (55M10)

Podemos observar ao longo dos cadernos que os elogios têm um impacto maior na avaliação da atividade do dia, quando comparados ao bom desempenho na consulta ou ao sucesso na terapêutica.

A percepção do aluno a respeito de como os pacientes compreendem seus problemas de saúde é uma dificuldade para ele durante o seu encontro com o paciente. Nas narrativas o aluno refere-se à falta de visão do paciente com relação a sua condição de saúde e os determinantes do seu processo saúde-doença. A linguagem utilizada pelo paciente com relação à queixa também está relatada nas narrativas, assim como a sua dificuldade para descrever a história evolutiva.

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

Uma dificuldade que encontramos foi retomar as informações que a paciente havia me dado nos anos anteriores sobre seu filho mais velho, que é acompanhado na neuro da UNESP. **Pude perceber que realmente os pacientes não sabem acompanhar a história**

evolutiva de seus problemas e tratamento. (77F10)

O aluno descreve a sua percepção sobre o assunto e sobre o investimento para investigar sobre os sintomas, assim como as estratégias utilizadas ao orientar o paciente para ajudá-lo a perceber aspectos de sua saúde quando ele não tem clareza da real situação.

Ao relatar as suas vivências durante a consulta clínica, o aluno expressa o seu julgamento com relação a determinadas atitudes dos pacientes, ele relata a expressão de um julgamento moral sobre o paciente, quando os mesmos procuram a consulta com outros interesses: a busca pelo atestado médico e a intenção do paciente de se manter afastado do trabalho. Ao narrar a situação e fazer o seu julgamento, o aluno também expressa os seus sentimentos emergentes da situação.

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

Hoje atendemos um adolescente que se queixava de dor abdominal e vômito. No entanto apresentava um bom estado geral. A Dra. Ana [tutora] desconfiou que ele tivesse na unidade para conseguir atestado. **Esse atendimento nos ensinou que devemos estar atentos para as reais motivações do paciente em procurar um serviço de saúde.** (32F10)

No caderno o aluno toma a liberdade de através das narrativas expor os seus sentimentos com relação aos pacientes e as situações vivenciadas. Descobrir outros interesses do paciente ao procurar a consulta médica, leva o aluno a julgar o paciente e desperta sentimentos ruins com relação ao mesmo. E diferente de outros momentos que o aluno faz um julgamento moral e reflete sobre isso, aqui o aluno não volta atrás no seu julgamento, mas admite o seu aprendizado com a referida situação.

Ao descrever sobre a relação aluno-paciente e o estabelecimento do vínculo nos cadernos, o aluno reconhece a importância do vínculo para conquistar a confiança do paciente, e assim obter um melhor sucesso no tratamento proposto. O

aluno descreve a consulta sozinho, e não com os colegas, como potencializadora na formação do vínculo.

Conversando com a paciente, a médica conseguiu tirar muitas informações, que para nós ela havia omitido. **Percebemos nesse momento a importância do vínculo, uma relação de confiança com o paciente** para melhor entendermos a sua doença. (09F09)

Durante a consulta a maior dificuldade foi lidar com o choro da paciente. No entanto, acredito que soubemos conduzir a situação e deixamos a paciente a vontade para contar seus problemas. **Ela referiu ter confiança em nós porque somos médicos e porque nós perguntamos. Foi muito gratificante perceber essa confiança e o vínculo que conseguimos estabelecer.** (60M10)

[...] **o vínculo criado com o paciente em uma consulta feita por mim sozinho é inacreditável**, é muito maior do que o criado nas consultas em grupo. Eu via o paciente querendo me contar coisas, fazendo confidências a mim, com vergonha de admitir outras, e grata com a preocupação que eu demonstrava com ela. Isso foi gratificante e recompensador demais. (65M09)

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

A relação aluno-paciente e a construção do vínculo estão muito presentes nas narrativas em diversos momentos, aqui o aluno faz a relação entre a consulta de retorno e o seu papel de potencializar esta construção.

A percepção da construção da empatia aluno-paciente traz ao aluno boas perspectivas na consulta clínica. Nas narrativas o aluno refere boas vivências quando há a identificação entre os dois sujeitos.

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

O fato de ser costureira de profissão e de devoção **aproximou minha realidade pessoal com a Sra. Isaura**, na medida em que minha mãe compartilha da mesma profissão. **Isso certamente facilitou a identificação entre mim e a paciente**, criando um canal permissivo para a realização de uma boa consulta, como assim ocorreu. Fato que ilustra essa identificação foi exemplificado com a

naturalidade com que perguntei sobre sua vida sexual. A resposta da dona Isaura foi igualmente natural. Foi neste momento que percebi que a identificação foi mutua e não unilateral. **Foi a primeira experiência concreta da criação de laços na relação médico-paciente.** (17M09)

A relação médico-paciente é um ponto que deve ser intensamente trabalhado, pois serve de apoio para o comprometimento do paciente com o tratamento e com a sua própria saúde e o seu bem estar. (35F09)

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

A identificação com o paciente e o estabelecimento de uma boa relação com o mesmo, é um aspecto muito valorizado e que toma uma grande dimensão para o aluno no momento da consulta, destacado nas narrativas.

A demonstração de satisfação pelo paciente durante a consulta tranquiliza o aluno e o estimula, fazendo-o sempre julgar a atividade positivamente. O bom relacionamento com o paciente é um dos critérios para o aluno avaliar a atividade do dia como sendo boa.

As narrativas tratam do valor da escuta na clínica. Reconhecem a necessidade dos pacientes de serem ouvidos e da ampliação da anamnese como um meio de estimular o paciente de trazer a este momento diversos aspectos da sua vida. O aluno narra o reconhecimento da escuta como parte do atendimento e ou tratamento proposto.

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

E o que o paciente desejava era apenas conversar e desabafar com pessoas que valorizassem e atentassem as suas queixas. Por isso optamos pela continuação dos retornos com o IUSC, possibilitando a ele esta oportunidade de falar e a nós o privilégio da observação constante. (41M10)

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

Atendemos uma senhora com um quadro claro de depressão. Acredito que para ela, **conversar e desabafar foi o mais importante da consulta.** (64F09)

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

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

O aluno reconhece o valor da escuta como uma ferramenta da clínica e descreve a importância de ouvir o paciente, dando a ele a oportunidade de desabafar. Os alunos dão a oportunidade ao paciente de falar, exercitando, assim, a prática do ouvir.

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

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

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

Quando, apesar de todas as ferramentas utilizadas pelo aluno para o estabelecimento de um bom vínculo, os pacientes resistem, alguns alunos sentem-se desanimados e frustrados e outros tentam lidar com isto de uma maneira menos frustrante.

A resistência do paciente ao estabelecimento de um bom vínculo, algumas vezes está relacionada ao fato de serem alunos, ao tempo demandado na consulta, pelo seu caráter de ensino.

Do colega e equipe

A percepção do trabalho em equipe refere-se nas narrativas da consulta realizada com os colegas, permitindo-nos, durante a leitura do caderno, acompanhar as facilidades e dificuldades nesta situação. A consulta com os colegas é a primeira

percepção do aluno do trabalho em equipe.

As dificuldades da consulta com os colegas narrada nos cadernos dizem respeito a colher a história em mais de uma pessoa, a expansividade de alguns, inibindo a iniciativa do outro.

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

Tive muita dificuldade para trabalhar em dupla, já fiz dois atendimentos em dupla, talvez seja melhor fazer o próximo sozinha, para ver como me saio. (45F09)

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

Quando o aluno escreve sobre as facilidades da consulta com os colegas ele cita a interação de ideias, a segurança que o grupo traz e a iniciativa de alguns colegas em determinadas situações, por exemplo, em um exame de órgãos genitais, suprimindo a falta de iniciativa de outros, o bom entrosamento entre o grupo também é avaliado positivamente nas narrativas.

Creio que a consulta em trio foi muito importante, pois complementávamos as ideias e abordagens umas das outras durante toda a consulta. (77F10)

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

Passei por algumas dificuldades neste semestre, como por exemplo, quando atendemos um paciente que tinha uma queixa na genitália. **Como eu sempre atendo com o [... colega], ele pediu para**

examinar e eu fiquei observando. Se eu estivesse sozinha acredito que não examinaria. (02F09)

O que ajudou também foi o fato do meu grupo ter um bom entrosamento, não só entre si, mas também com o tutor. De maneira geral gostei bastante desta experiência. (35F09)

Na consulta com o grupo de colegas, você usa bastante o tempo em que um colega está fazendo uma pergunta para pensar sua próxima, além deles ajudarem bastante na interação com o paciente. (65M09)

A relação com os colegas é outro momento muito rico das narrativas. Muitos reconhecem como sendo bom desenvolver a consulta com os colegas, contar com o apoio dos mesmos. Outros, durante todo o tempo, descrevem o desejo de desenvolver a consulta sozinhos como forma de obter melhor aprendizado, e mesmo para aqueles que valorizam a atividade em grupo, em um determinado ponto do caderno citam o desejo de realizar a consulta sozinhos, neste momento há o reconhecimento de que agora estão prontos para desempenhar tal atividade, ou se não verbalizam este desejo, no momento que realizam a consulta sozinhos valorizam muito a experiência.

Discussão e Considerações Finais

7. DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O IUSC III e a Clínica Ampliada

“A disciplina IUSC nasceu do reconhecimento da necessidade de vivência de alunos e professores em práticas voltadas à integralidade das ações em saúde, tendo como um de seus objetivos propiciar condições para o desenvolvimento de uma prática clínica ampliada e adequada aos cuidados primários em saúde” (CYRINO et al., 2006).

Ao analisarmos as narrativas dos alunos com a lente da clínica ampliada, foi possível a identificação da apreensão pelos alunos de alguns dos princípios deste modo de atenção, bem como do reconhecimento das características da APS e seu processo de trabalho.

As narrativas possibilitaram o reconhecimento de um progresso do aluno em alguns dos aspectos que fundamenta a Clínica Ampliada ou a Clínica do Sujeito como a formação do vínculo terapêutico e vínculo afetivo entre a equipe e o paciente e o profissional - paciente; o segmento longitudinal dos casos; a valorização da escuta e do diálogo entre os sujeitos da clínica, a articulação entre as dimensões biológica, psicológica e social na prática clínica e a superação da fragmentação do cuidado, bem como a percepção do quanto há de dificuldade na aplicação de outros destes aspectos: a singularização do atendimento clínico e a ampliação do grau de autonomia do sujeito (CAMPOS, 2007; CUNHA, 2005).

Reconheceu-se que o aluno ao tratar do acolhimento e do vínculo o faz para três diferentes tipos de encontro que vivência como observador ou sujeito: equipe-paciente, médico-paciente e aluno-paciente. No primeiro, equipe-paciente, o aluno em sua escrita reflexiva percebe que o acolhimento e o vínculo são potencializados por práticas de cuidado - a visita domiciliar e as atividades de grupo - novas para eles.

Segundo Merhy, 2002 as ações envolvidas no processo de trabalho na APS envolvem uma escuta qualificada, a criação de espaço de acolhimento e o estabelecimento de vínculo.

A visita domiciliar é destacada pelos alunos dado seu potencial de construção e fortalecimento do vínculo entre os sujeitos da clínica e também pela oportunidade que a mesma oferece de conhecer a realidade de vida da população assistida.

Muitos autores descrevem a importância da visita domiciliar como cenário de prática e trazem a percepção do aluno sobre a atividade. Há, também, nestes estudos, como no nosso, uma avaliação positiva dos estudantes com relação à visita domiciliar no contexto do PSF e no seu processo de ensino-aprendizagem e, ainda, o reconhecimento da mesma como proporcionadora de uma visão ampliada do processo saúde-doença aos estudantes (MARIN et al., 2008; MASSOTE, 2011).

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

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

Na relação experimentada com os pacientes por meio das consultas clínicas, o aluno valoriza a formação de uma relação de confiança e o estabelecimento de vínculo com o paciente. No decorrer da disciplina o aluno aponta nas narrativas as facilidades e dificuldades para o estabelecimento de vínculo, sempre apontando os fatores positivos de uma relação de vínculo e afeto entre os sujeitos da clínica.

Nesta dimensão o aluno faz referência à consulta de retorno e o seguimento longitudinal do paciente, estratégias pedagógicas da disciplina, que aparecem para o aluno neste momento como um evento novo e contribuintes na formação do vínculo.

Dentro desta temática do vínculo e segmento longitudinal, também observamos o reconhecimento pelo aluno da longitudinalidade como uma característica da APS (STARFIELD, 2002), que até então era desconhecida pelo aluno, considerando-se a sua experiência de atendimento no hospital: *“O que mais achei interessante hoje foi acompanhar este paciente pela terceira vez”*.

Campos, 2007 traz a construção de vínculo entre profissional e usuário como ponto estratégico para a realização de uma clínica ampliada e condicionante para a melhora da eficácia nas intervenções clínicas.

Com relação à valorização da escuta e do diálogo pelo aluno na prática clínica e na relação médico-paciente, encontramos nos cadernos narrativas muito ricas a este respeito. Em muitos momentos do caderno, o aluno narra o diálogo que é estabelecido entre ele e o paciente, valorizando a escuta e o ato de dar voz ao

paciente. Dentro desta temática as narrativas abordam o tema comunicação sob diferentes aspectos.

A valorização da história de vida do paciente, o ouvir o paciente, são recomendações de uma clínica ampliada (CAMPOS, 2007) objeto de ensino na disciplina. Para tal a disciplina propõe o roteiro da anamnese ampliada como estratégia pedagógica e um meio facilitador para a ampliação da escuta.

Nas narrativas o aluno valoriza o uso do roteiro da anamnese ampliada, descrevendo a realização de uma entrevista mais aberta com a valorização de outros aspectos de vida do paciente, e não só o biológico. O aluno julga importante conhecer a história de vida do paciente de uma maneira mais abrangente, fazendo relação do seu estado de saúde com o seu emocional. Reconhece o valor da anamnese ampliada para auxiliar na identificação dos problemas do paciente, que muitas vezes não seriam expostos em uma anamnese tradicional.

Campos (2007) recomenda para o estabelecimento de um diagnóstico, dentro da prática da clínica ampliada, agregar elementos da história de vida de cada pessoa identificando fatores de risco e proteção, ou seja, ir além da investigação proposta pela semiologia tradicional.

Ferrari (1996) ao escrever sobre a entrevista médica destaca a possibilidade, que a mesma oferece, de captar o que se passa emocionalmente com o paciente, além de propiciar a criação de vínculo através do diálogo médico-paciente. Beneficiando o primeiro que encontra melhores condições para a atuação clínica, quando neste diálogo o paciente se abre e fornece melhores informações sobre as suas condições de vida e saúde, e o segundo que ao sentir-se acolhido devido ao potencial terapêutico da entrevista torna-se agente do seu tratamento, considerando as recomendações médicas com melhor adesão ao tratamento.

Hafner et al., 2010 ao tratar em seu estudo da formação médica e a clínica ampliada, com o objetivo de analisar resultados relacionados ao conceito da clínica ampliada evidenciado por alunos egressos de um curso de medicina, conclui que a ampliação da clínica significa centrar a clínica em um atendimento integral, com vínculo afetivo, estabelecendo um diálogo amplo, que não só centrado na doença.

Outro aspecto sob o qual a comunicação está contemplada nas narrativas diz respeito à percepção do aluno com relação aos desafios da comunicação na relação médico-paciente e a percepção do aprimoramento da escuta. Como desafios

o aluno aponta situações em que o paciente resiste ao diálogo e outras em que linguagem é um meio dificultador do diálogo: a linguagem e termos usados pelo paciente para descrever o seu quadro e sintomas não são entendidos pelo aluno e o aluno apresenta dificuldade para comunicar-se com o paciente em uma linguagem mais popular e menos técnica ou científica.

A comunicação é defendida por alguns autores (FORNAZIERO et al., 2011) como um subsídio importante para o estabelecimento de diagnóstico. Para a autora cerca de 80% das informações úteis ao raciocínio clínico são provenientes do diálogo com o paciente.

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

Com relação à ampliação da visão do aluno sobre outros determinantes do processo saúde doença, que não só os aspectos biológicos, fica evidente nas narrativas, no “caderno do aluno”, a contribuição da disciplina para tal.

Em muitos momentos podemos evidenciar a busca pelo aluno na superação da fragmentação do cuidado.

O reconhecimento da área da abrangência da unidade de saúde e da realidade de vida da população é uma atividade valorizada pelo aluno nas narrativas, pois o mesmo valoriza a ampliação do olhar sobre a comunidade assistida pela unidade de saúde.

Estudos desenvolvidos por Massote, 2011; Ferreira, 2007; Vieira, 2007 também trazem evidências da contribuição do ensino em APS para a ampliação do olhar do aluno e valorização dos aspectos sociais do adoecimento. A experiência do ensino em APS propicia aos estudantes uma nova percepção do processo saúde-doença, permeado por questões sociais e econômicas. Este reconhecimento possibilita ao aluno o atendimento integral, que pode ser evidenciado, nas narrativas, no momento da consulta clínica, principal atividade da disciplina IUSC III. O reconhecimento da realidade de vida da população a ser atendida nas unidades de saúde traz uma aprendizagem significativa, apontada pelos próprios estudantes (MARIN, 2007) que relatam a ampliação do olhar em atendimentos posteriores ao conhecimento da comunidade.

A discussão de caso e a supervisão da psicologia são ferramentas pedagógicas da disciplina muito bem aceitas pelos alunos, que expressam através

das narrativas as contribuições dos instrumentos citados para o seu crescimento profissional, no que se refere ao melhor desempenho na prática clínica e também como meios articuladores para as propostas da clínica ampliada. Através da discussão de caso o aluno amplia o seu olhar para o processo saúde-doença, descobrindo outros determinantes envolvidos neste processo, desenvolve uma linha de raciocínio. Com a supervisão da psicologia ele passa a valorizar, ainda mais, os aspectos psíquicos e emocionais do paciente no momento da anamnese, da clínica. Crescimentos e ganhos que são narrados pelos alunos nos cadernos.

A discussão de caso clínico proporciona uma assistência individualizada ao paciente, que é visto na sua globalidade, não levando em consideração unicamente os sinais e sintomas relacionados às queixas (GALDEANO et al., 2003).

Cunha, 2005 faz algumas recomendações para a transformação da clínica e dentre os recursos elencados está o Projeto Terapêutico Singular (PTS) que é definido como uma variação da discussão de caso clínico, que reúne toda a equipe, valorizando as diferentes opiniões, proporcionando uma atenção mais integral ao sujeito doente, definindo propostas e ações.

No programa da disciplina IUSC III, a proposta da discussão de caso clínico é do mesmo acontecer de uma maneira mais ampliada, envolvendo outros membros da equipe, no entanto as ações em equipe não aparecem nas narrativas.

Quando as narrativas tratam da equipe de funcionários, as mesmas apontam para a percepção do aluno sobre o trabalho da equipe, as funções das diferentes categorias, o acolhimento que recebem da equipe e a relação da equipe com os pacientes, mas não são relatados aspectos significativos do trabalho em equipe.

E o aluno ao descrever sobre a discussão de caso clínico relata aquilo que acontece com o tutor e grupo de alunos. Já a supervisão da psicologia, que aparece pontualmente nos cadernos de 2009, através das narrativas nos parece uma discussão mais ampliada, com a contribuição de outro profissional que não o médico que ajuda o aluno a entender o processo saúde-doença e o comportamento do paciente através de outro ângulo, ou seja, de uma forma mais abrangente, e não centralizada no biológico.

Como podemos evidenciar a disciplina IUSC III traz muitos ganhos ao aluno na da prática clínica e proporciona ao mesmo vivenciá-la sob vários aspectos da clínica ampliada, que em muitos momentos se dá através do emprego das

estratégias pedagógicas da disciplina.

Porém ainda há muito a ser superado, como citamos no começo da discussão a singularização dos atendimentos e o protagonismo dos pacientes enquanto sujeitos da clínica são aspectos que ainda são difíceis para o aluno, de acordo com a análise das narrativas, e aparecem como dificuldades enfrentadas na disciplina.

A expectativa do aluno é de ter como paciente um doente bonzinho, obediente, educado e que segue todas as orientações passadas. Assim, com pacientes que fogem da norma médica, com comportamento “não adequado”, reconhecer a sua autonomia é um desafio para o aluno, que muitas vezes os percebe como pacientes difíceis.

Ao considerarmos as relações de poder no hospital, onde não há uma horizontalidade na relação médico-paciente, mas sim uma relação hierárquica: o médico manda e o paciente obedece (CUNHA, 2005) podemos aplicá-las ao que acompanhamos em nossas narrativas, quando o aluno descreve a sua dificuldade para lidar com a não adesão ao tratamento, por exemplo, o paciente mal humorado, com pressa para ir embora. Se considerarmos a presença hegemônica do ambiente hospitalar no processo de formação médica, entendemos a dificuldade do aluno de aceitar a paciente como sujeito da clínica na Atenção Básica. “Na Atenção Básica o poder do médico e de outros profissionais é muito menor em relação aos usuários [...] sendo impossível uma intervenção efetiva, sem conquistar a participação e a compreensão das pessoas” (CUNHA, 2005, p. 26).

É possível observar em nossas narrativas um movimento semelhante a este, ainda que de maneira muito incipiente, pelos alunos quando os mesmos reconhecem a importância da conquista da confiança do paciente e o estabelecimento de vínculo com o mesmo para a adesão e sucesso no tratamento proposto. E reconhecem, como já citado, o emprego de algumas estratégias para tal como a visita domiciliar, o seguimento longitudinal e o diálogo.

Um ponto importante a ser destacado em nossa discussão com relação ao perfil do paciente e a visão do aluno, é a avaliação que aluno faz da atividade do dia, onde o mesmo, na maioria das vezes, não leva em consideração o seu desempenho, o sucesso terapêutico, mas para ele um dia produtivo é aquele no qual ele se relacionou com um paciente bonzinho, que lhe fez elogios, que seguiu as suas orientações, respondeu a todas as suas perguntas e não teve pressa de ir

embora. Em uma das narrativas o aluno escreve: *“Estou com sorte no IUSC até agora, por só ter atendido pacientes legais”*.

As narrativas também trazem aspectos do papel do tutor neste processo de ensino-aprendizagem da prática clínica. A figura do tutor aparece nas narrativas como um apoiador do trabalho do aluno neste momento. As descrições são sempre muito positivas, o aluno valoriza a atenção dispensada pelo tutor e a autonomia que o mesmo lhe oferece no momento da consulta clínica. Aspectos da relação médico-paciente também são relatos nos cadernos, os alunos observam a maneira como se dá esta relação envolvendo o seu tutor e os pacientes em atendimento na unidade. Cerqueira e Lima, 2002 discutem a importância das escolas médicas investirem no modelo de relação professor-aluno, considerando o papel fundamental que este tem na formação da identidade médica.

Como citado nos resultados não se evidenciam críticas ou apontamentos negativos referentes à figura do tutor na disciplina IUSC III, relações de superioridade ou autoritarismo não estão presentes, como citados em outros trabalhos (NETO et al., 2006; ARAÚJO e PEIXINHO, 2006).

A vivência da clínica pelo aluno no IUSC III, nos moldes de uma Clínica Ampliada, está representada nas narrativas sob o aspecto da relação aluno-paciente. A relação aluno-paciente se constitui no núcleo central do terceiro eixo temático identificado no caderno e numa temática muito debatida na produção científica quando o assunto é a formação na prática clínica (CAPRARA e RODRIGUES, 2004).

Através das narrativas podemos acompanhar os sentimentos do aluno nos primeiros contatos com os pacientes e o despertar da responsabilidade com o outro. As relações, muito exploradas dentro deste núcleo, trazem uma riqueza de conteúdo. As facilidades e dificuldades nas relações são temas debatidos nas narrativas, há uma contextualização dos acontecimentos que facilitam e dificultam as relações.

Os sentimentos que estão presentes nas narrativas são bastante diversificados, e por vezes contrastantes e podemos defini-los como expressão do envolvimento emocional e afetivo do aluno com o paciente. Os sentimentos vão da alegria à tristeza, da satisfação à insatisfação, compaixão e comoção.

O sentimento de alegria e felicidade está relacionado à evolução positiva do quadro clínico, ao sucesso terapêutico e empatia na relação médico-paciente. A

tristeza e comoção aparecem no relato do último encontro e na percepção dos problemas sociais do paciente.

A preocupação com o quadro clínico se transforma em tranquilidade com o sucesso da terapêutica indicada.

O medo aparece em situações de identificação do aluno colocando-se no lugar do paciente, ou encontrando no quadro, do mesmo, semelhanças com a sua vida pessoal. A narrativa também cita o medo do aluno em fazer algo errado no atendimento.

Sentimentos como pena, angústia e sensação de impotência estão muito ligados à percepção dos problemas sociais e sua relação com a doença apresentada pelo paciente. Geralmente são casos que o aluno julga ter pouca governabilidade. Por vezes também identificamos estes sentimentos quando o aluno não consegue passar confiança ao paciente ou quando não resolve o seu problema, quando não alcança a cura. Ao identificarmos este termo nas narrativas – a cura –, novamente é possível a comparação com a perspectiva da clínica na atenção hospitalar, hegemônica na formação do aluno. Enquanto na Atenção Básica o compromisso é com a melhora da qualidade de vida do paciente, e o resultado esperado com a terapêutica é a médio e longo prazo, na atenção hospitalar o critério de eficácia é a alta hospitalar, a resolução do problema pelo qual o paciente está sendo acompanhado, sendo que o resultado esperado é imediato (CUNHA, 2005).

A insegurança e a ansiedade estão muito relacionadas à vivência das primeiras consultas, primeiros contatos com os pacientes, que com o decorrer da disciplina são substituídos pelo sentimento de segurança. A insegurança está relacionada à técnica, às questões cognitivas e psicomotoras e as questões relacionais.

Ferrari (1996) escreve sobre a insegurança do médico e do paciente neste encontro. O paciente tem as expectativas relacionadas a este encontro: ser querido, aceito, não sentir-se rejeitado e para o médico as expectativas e os temores relacionam-se ao desafio no cumprimento do seu papel profissional.

O aluno descreve o sentimento de pena em situações de dependência física do paciente. E neste momento observamos a identificação do aluno com o paciente enxergando-se no seu lugar. Este é um sentimento comum e possível numa relação mais dialógica entre o médico e o paciente, mas que a recomendação é que a prática deve possibilitar ao médico reconhecer estes sentimentos mantendo

os limites e distâncias necessários e não se confundir com o paciente (FERRARI, 1996).

A impaciência e a revolta foram citadas mediante situações em que o paciente omite fatos ou não conta a verdade e quando o mesmo busca a consulta médica com outros interesses, que não terapêuticos.

Por fim podemos concluir que o aluno ao descrever os encontros e expressar todos estes sentimentos deixa claro nas narrativas a sua busca pela formação de vínculo com o paciente assistido. O aluno valoriza ferramentas como o diálogo e a escuta. E ao longo do caderno faz associações entre o estabelecimento de vínculo e a adesão ao proposto na consulta, e consequentemente o sucesso terapêutico.

A sensação que temos após a leitura exaustiva dos cadernos é de uma atividade viva, intensa, num ambiente real, ou seja, com encontros e desencontros. Numa relação menos desigual da que estamos acostumados a presenciar na prática clínica entre os diferentes profissionais de saúde e usuários.

A disciplina IUSC III e o caderno do aluno como instrumento de avaliação formativa

Outra temática muito presente nas narrativas diz respeito ao aprendizado do aluno relacionado ao seu progresso na disciplina. No caderno o aluno descreve o seu aprendizado técnico (procedimento e conduta), o aprendizado de diferentes tipos de abordagens e de comportamento e relacional (relação médico – paciente). Outro aspecto importante do processo ensino-aprendizagem são as reflexões que o aluno faz da teoria, trazida do interior da universidade para a prática na comunidade, na APS. Através das narrativas, o caderno do aluno permite acompanhar o desenvolvimento do aluno no cotidiano da clínica. Ao mesmo tempo que o aluno descreve o seu aprendizado e o seu crescimento, ele também traz reflexões sobre as suas dificuldades e enfrentamentos na disciplina.

O caderno como instrumento de avaliação formativa e a metodologia avaliativa da disciplina merecem destaque em nossa discussão, uma vez que temos como um dos objetivos do trabalho descrever o “caderno do aluno” como um potencial instrumento de avaliação formativa. O caderno do aluno usado diariamente na disciplina IUSC III dá ao aluno e ao tutor a oportunidade de acompanhar

continuamente o desempenho do primeiro nas atividades propostas da disciplina e também do segundo. “O diário de campo, utilizado como instrumento de avaliação formativa, permite acompanhar o desempenho do tutor em atividades práticas e didáticas na perspectiva do aluno” (ARAÚJO et al., 2006, p. 28)

Orientados a escrever a respeito do seu aprendizado diário, suas facilidades e dificuldades no caderno, o aluno através das narrativas nos mostra a maneira como se dá o seu processo de aprendizagem, além de colocá-lo como sujeito deste processo.

Ao se utilizar metodologias ativas de ensino-aprendizagem é indicado o uso de instrumentos de avaliação que a façam num modelo formativo, incluindo e valorizando o aluno como sujeito do seu processo de aprendizagem (GOMES et al., 2010; ARAÚJO e PEIXINHO, 2006; MOURÃO et al., 2009).

A avaliação formativa é definida como aquela realizada durante todo o processo de ensino-aprendizagem (MOURÃO et al., 2009); que permite o acompanhamento longitudinal e individual dos estudantes (GOMES et al., 2010); com o objetivo de aprimorar as aprendizagens almejadas através de um processo de regulação permanente, realizado por aquele que aprende (ROMANOWSKI et al., 2006, p126).

Sendo um dos fundamentos da prática da avaliação formativa considerar como parte do processo avaliativo a perspectiva daquele que aprende (MENDES et al., 2005), autores consideram fundamental a técnica de autoavaliação neste processo (DOMINGUES et al., 2007; De SORDI, 2000; MOURA, 2007).

“A autoavaliação de forma complementar, contribui para o processo de aprendizagem contínua, pois auxilia os alunos a identificarem seus pontos fortes e fracos, sendo o seu exercício uma valiosa intervenção para o desenvolvimento e habilitação profissional do médico” (DOMINGUES et al., 2007).

No caderno do aluno na disciplina IUSC é possível identificar um processo contínuo de autoavaliação, a todo o momento ao narrar sobre a atividade desenvolvida, o aluno descreve o seu desempenho, muitos identificam os seus erros e imediatamente propõem estratégias, como em alguns momentos que o aluno escreve: “*preciso estudar mais*”.

A autoavaliação permite ao aluno acompanhar de forma reflexiva o seu aprendizado, levantar as suas necessidades e pensar em estratégias para superar as dificuldades (DOMINGUES et al., 2008). O mesmo autor sugere que o momento

ideal para se implantar a autoavaliação no curso médico é o início de estágio clínico, quando o aluno ao cuidar do outro pode usar esta experiência como um guia de avaliação de seus próprios conhecimentos.

Também faz parte do processo de avaliação formativa um retorno aos alunos, o que autores chamam de feedback (ZEFERINO et al., 2007), para que os mesmos tenham direcionamento para corrigirem seus erros, reforçar comportamentos e refletir com o professor o seu desempenho na prática clínica.

O caderno não contém apenas descrições do desempenho do aluno, é rico em autoavaliação, mas também fornece informações avaliativas com relação à disciplina e algumas atividades, trazendo até mesmo, em alguns momentos sugestões e críticas, segundo percepções do aluno neste momento.

Com a presente pesquisa, podemos afirmar que o caderno do aluno possui um grande potencial enquanto instrumento de avaliação formativa, cumprindo com os critérios que levam à identificação deste como tal. O que não podemos afirmar, pois foge de nossos objetivos, é o quanto é ou não apropriado como um instrumento de avaliação formativa pelo corpo docente da disciplina. Não há relatos no caderno de mudanças de alguns e permanência de outros comportamentos, atitudes frente ao doente, a partir da reflexão conjunta com o tutor. Tal questionamento vem, também, principalmente do fato de um grande número de cadernos não terem sido localizados (49,4% do ano de 2009, praticamente metade do material; e 25% de 2010), o que nos leva à hipótese de que não foram preenchidos pelo aluno, não voltaram para o tutor ao final da disciplina. Outro fato que chama atenção são aqueles preenchidos de maneira inadequada, com registros de pouca densidade do começo ao fim, com anotações precárias, que não contemplam as perguntas orientadoras, sem nenhuma reflexão por parte do aluno e com poucas páginas preenchidas.

Considerações Finais

Esta investigação permitiu reconhecer o “caderno do aluno” como um potente instrumento para o processo ensino-aprendizagem na disciplina IUSC III, dada a riqueza de seu conteúdo nas esferas afetiva, pedagógica, cognitiva e comunicacional. Estas aqui separadas apenas didaticamente, pois estão sempre misturadas uma às outras.

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

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

A análise do caderno do aluno permitiu reconhecer o seu grande potencial como instrumento de avaliação formativa tanto para os alunos como para os professores-tutores e preceptores-tutores. Cabe, ainda, observar que os alunos tratam em suas narrativas de questões de caráter mais íntimo, expõem sentimentos, relatam dificuldades de relacionamento com o colega que talvez não expusessem numa discussão aberta.

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

É, também, expressiva as narrativas que indicam a apropriação pelo aluno de conceitos e práticas da Atenção Primária à Saúde e da Clínica Ampliada. Esta última reconhecida por manifestações de uma vivência bastante humanizada e pautada pela construção de vínculo e afeto.

Neste sentido, a disciplina pode contribuir para que o aluno apreenda a diferença de objeto e enfoque das práticas de atenção realizadas no hospital e na Atenção Primária à Saúde, aspecto no qual se recomenda um maior investimento da disciplina. Destaque-se, a respeito deste último, especialmente a valorização da autonomia dos pacientes e das diferenças das clínicas do hospital e das unidades básicas de saúde.

As narrativas são também ricas em relatos sobre a dimensão comunicacional, na qual há um grande destaque do encontro aluno-paciente: suas dificuldades de abordagem de pacientes “difíceis”, a adequação da linguagem, o potencial da escuta e do diálogo com o paciente.

Os registros nos cadernos nos sugerem que a integração do aluno com a

equipe da unidade é ainda pequena, aspecto importante para a prática de uma Clínica Ampliada, visto serem poucas as referências aos outros membros da equipe, com uma expressiva centralidade no papel do médico.

Considerando as frequentes expressões dos alunos em suas narrativas de ansiedade e impotência diante de situações de problemas dos pacientes com possíveis resultados de médio e longo prazo, característica inerente à atenção primária, cabe pensar um maior esforço da disciplina para que a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) esteja incorporado à prática dos tutores.

Pode se concluir, portanto, com o presente estudo que o diário de campo – “caderno do aluno”- na disciplina IUSC III tem um grande potencial neste cenário de ensino-aprendizagem para os diversos atores envolvidos: alunos, tutores e equipe de coordenação, representando para cada um destes um papel significativo e singular.

Referências

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, C. P. **Ensino e Aprendizagem em serviços de atenção básica do SUS: desafios da formação médica com a perspectiva da integralidade. "Narrativas e Tessituras"**. 2007. 303f. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
- ALMEIDA, M. J. **Educação médica e saúde: a mudança é possível**. 2. ed. Rio de Janeiro: ABEM, 2011.
- ALMEIDA, M. J.; GONZÁLES, A. D. Ativação de Mudança na formação superior em Saúde: dificuldades e estratégias. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n.2, p. 238-246, 2010.
- ALVES, A. L. **O Internato Rural na formação médica na UFMG: um estudo qualitativo**. 1996. 176f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.
- ANJOS, R. M. P. et al. "Vivendo o SUS": uma experiência prática no cenário da atenção básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.34, n.1, p 172-183, 2010.
- ARAÚJO, D. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, supl. 1, p. 20-31, 2007.
- ARAÚJO, D.; PEIXINHO, A. L. Avaliação qualitativa em medicina: experiência em propedêutica médica na UFB, 2003. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.30, n. 2, p. 20-30, 2006.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BLANK, D. A propósito de cenários e atores: de que peça estamos falando? Uma luz diferente sobre o cenário da prática dos médicos em formação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.30, n.1, p. 27-31, 2006.
- BRASIL. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. LDB Lei 9394/96. LDB Atualizada 2011 MEC – LDB atualizada e comentada. (2003)
- BRASIL. Presidência da República. Lei n. 9394, de 20 de dezembro de 1996. Estabeleceu as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: < [HTTP://www.planalto.gov.br/](http://www.planalto.gov.br/)>. Acesso em 30 de agosto de 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha Clínica Ampliada**. Secretaria-Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 59 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 8080**, de 19 de setembro de 1990
- BRASIL. Ministério da Educação. **Parecer CNE/CES n. 1133** de 07 de agosto de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. Brasília: Ministério da Educação, 2001.
-

BRASIL. Ministério da Educação. **PROMED – Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: < HTTP://www.saude.gov.br/sgtes>. Acesso em: 30 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PET-SAÚDE – Programa de Educação pelo Trabalho – Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <HTTP://www.saude.gov.br/sgtes>. Acesso em: 30 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PRÓ-SAÚDE – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Disponível em: <HTTP://www.saude.gov.br/sgtes>. Acesso em 30 ago. 2012.

CABRAL, P. E. et al. Serviço e comunidade, vetores para a formação em saúde: o curso de medicina da Uniderp. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.32, n.3, p.374-382, 2008.

CAMPOS, F. F. Caminhos para aproximar a Formação Profissional de Saúde das necessidades da Atenção Básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 2, p.53-59, 2001.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A Clínica Ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n.4, p.849–859, 2007.

CAMPOS, G. W. S. Papel da Rede de Atenção Básica em saúde na Formação Médica Diretrizes. **Cadernos da ABEM**, v. 3, p.1, 2007.

CAMPOS, M. A. F.; FORSTER, A. C. Percepção e avaliação dos alunos do curso de Medicina de uma escola médica pública sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 1, p. 83-89, 2008.

CAMPOS, G. W. S. **SAÚDE PAIDEIA**. São Paulo: HUCITEC, 2007b. p.186. 3ª ed.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p. 139-146, 2004.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 4, n. 15, p.679-684, 2006.

CUNHA, G. T. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. São Paulo: Hucitec, 2005. 212p.

CUNHA, G. T. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. 2004. 182f. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

CYRINO, A. P.; HOKAMA, P. O. M. **Guia para orientação na Atenção Primária à Saúde**. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, 2009.

CYRINO, A. P.; MAGALDI, C. **Saúde e Comunidade: 30 anos de experiência em extensão universitária em saúde coletiva**. Botucatu: Cultura Acadêmica /Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, 2002.

CYRINO, A. P. Primeiros passos: constituição do ensino extramuros na Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu. In: CYRINO, A. P.; MAGALDI, C. **Saúde e Comunidade: 30 anos de experiência em extensão universitária em saúde coletiva**. Botucatu: Cultura Acadêmica/ Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, 2002, p.20.

CYRINO, A. P. **Organização tecnológica do trabalho na reforma das práticas e dos serviços de saúde**: estudo de um serviço de atenção primária à saúde. 1993. Dissertação de Mestrado (Medicina Preventiva). Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

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.; CECIM, L. MATTOS, R. A. (Org.) **Ensino-Trabalho e Cidadania**: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABREASCO, 2006, p.71-84.

CYRINO, E. G.; RIZZATTO, A. B. P. Contribuição à mudança curricular na graduação da faculdade de medicina de Botucatu. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, v. 4, n. 1, p. 59-69, 2004.

CYRINO, E. G. et al. Org. **A Universidade na Comunidade**: educação médica em transformação. Botucatu: Eliana Goldfarb Cyrino, 2005, p.22-38.

DHEIM, G. **Pausa! Clínica. Clínica Política. Clínica Ampliada: A Produção do Sujeito Autônomo**. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica, Porto Alegre, 2010.

DOMINGUES, R. C. L.; AMARAL, E.; ZEFERINO, A. M. B. Auto-avaliação e Avaliação por Pares – Estratégias para o Desenvolvimento Profissional do Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n.2, p. 173-175, 2007.

FERRARI, H. A entrevista médica: considerações gerais. In: FERRARI, H. **Salude mental em medicina**. Buenos Aires: Lopez Editores, 1996.

FERREIRA, R. Formação médica: a aprendizagem na Atenção Básica em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n.1, p.52-59, 2007.

FEUWERKER, L. C. M. **Além do discurso de mudança na educação médica**: processos e resultados. Rio de Janeiro: Hucitec, 2002, 306p.

FEUWERKER, L. C. M.; SENA R. R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v. 6, n.10, p. 37-50, 2002.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por Saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.1, p.17-27, 2008.

FREITAS, M. E. A. SPAGNOL, C. A.; CAMARGOS, A. T. Observação e diário de campo: técnicas utilizadas no estágio da disciplina em enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 20, n. 1/2/3, p. 11-18, 2006.

- FORNAZIERO, C. C.; GORDAN, P. A.; GARANHANI, M. L. O Processo de Ensino Aprendizagem do Raciocínio Clínico pelos Estudantes de Medicina da Universidade Estadual de Londrina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 2, 246-253, 2011.
- GALDEANO, L. E. et al. Roteiro institucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. **Revista Latino de Enfermagem**, v.11, n.3, p.371-375, 2011.
- GIL, C. R. R. Interação ensino, serviço e comunidade: desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na Atenção Básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n.2, p.230-239, 2008.
- GOMES, A. P. et al. Avaliação no Ensino Médico: O Papel do Portifólio nos Currículos Baseados em Metodologias Ativas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n.3, p.390-396, 2010.
- HAFNER, M. L. M. B. et al. A Formação Médica e a Clínica Ampliada: Resultados de uma experiência Brasileira. **Ciências & Saúde Coletiva** v.15, Supl. 1, p. 1715-1724, 2010.
- ITIKAWA, F. A. Implantação de uma Nova Disciplina à luz das Diretrizes Curriculares no Curso de Graduação em Medicina da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.32, n.3, p. 324-332, 2008.
- LEITE, A. A. **O internato rural na formação médica na UFMG: um estudo qualitativo**. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.
- LIMA, E. P. Epidemiologia e Estatística: Integrando Ensino, Pesquisa, Serviço e Comunidade. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n.2, p.324-328; 2010.
- LIMA, T. C. S. et al. A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações acerca do diário de campo. **Revista Textos e Contextos**, v.36, n.1, p.93-104, 2007.
- MARIN, M. J. S. Aprendendo com a prática: experiência de estudantes da Famema. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.31, n.1, p.90-96, 2007.
- MASSOTE, A. W.; BELISÁRIO, S. A.; GONTIJO, E. D. Atenção Primária como Cenário de Prática na Percepção do Estudante de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 4, p.445-453; 2010.
- MENDES, O. M. Avaliação formativa no ensino superior: reflexões e alternativas possíveis. In: VEIGA, I. P. A. et al. **Currículo e avaliação na educação superior**. São Paulo: Junqueira e Marin, 2005. p.175-197.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7ª ed. São Paulo, Hucitec – Abrasco, 2000.
- MOURA, A. C. S. **Um estudo sobre avaliação da aprendizagem em cursos de graduação da Universidade Estadual de Londrina**. 2007. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica, Campinas, 2007.

MOURÃO, M. G. M. et al. A avaliação no contexto da formação médica Brasileira. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.33, n.3, p.1-20, 2009.

PERRENOUD, P. **Da Excelência à Regulação das Aprendizagens**: Entre duas Lógicas. Artmed, Porto Alegre – RS, 1999.

NOGUEIRA, M. I. As Mudanças na Educação Médica Brasileira em Perspectiva: Reflexões sobre a Emergência de um Novo Estilo de Pensamento. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n.2, p. 262-270, 2009.

OLIVEIRA, N. A. et al. Mudanças Curriculares no Ensino Médico Brasileiro: Um Debate Crucial no Contexto do PROMED. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.32, n. 3, p.333-346, 2008.

PINHO, F. F.; MOLON, S. I. Os Bastidores do Diário de Campo: Um Instrumento de Pesquisa Qualitativa. Seminário de Pesquisa Qualitativa. FURG, 13 a 15 de julho, 2011.

RIOS, I. C. **Subjetividade contemporânea na Educação Médica**: a formação humanística em Medicina. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

ROMANOWSKI, J. P. et al. Avaliação formativa no ensino superior: que resistências manifestam os professores e os alunos? In: ANASTASIOU, L. G. C. et al. Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias trabalho em aula. 6. ed. Joinville: UNIVALE, p. 121-139, 2006.

SÁ SILVA, J. R. et al. Pesquisa Documental: Pistas teóricas e Metodológicas. **Revista Brasileira de Histórias & Ciências Sociais**, v.1, n.1, 2009.

SCHRAIBER, L. B. **Educação Médica e Capitalismo**: um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1989.

SCHRAIBER, L. B. **O médico e seu trabalho**: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993.

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

SILVA, K. B. **Avaliação formativa e reguladora na educação superior**. 2006. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2006.

SILVEIRA, R.; LEAL, O.; LOFEGO, J. Saúde da família no curso de medicina da Universidade Federal do Acre. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTO, R. A. **Ensino – Trabalho - Cidadania**: novas marcas ao Ensinar Integralidade no SUS. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ: CEPESQ: ABRASCO. p.15-32. 2006.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de Saúde, Serviço e Tecnologia. Brasília: UNESCO Ministério da Saúde, 2002. 76p.

TEIXEIRA, R. R. O desempenho de um serviço de Atenção Primária à Saúde na perspectiva da inteligência coletiva. **Interface, Comunicação e Educação**, v.9, n.17, p. 219-234, 2005.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

TRAJMAN, A. et al. A preceptoria na rede básica na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v.33, n.1, p 24-32, 2009.

TROCON, L. E. A. **AVLIAÇÃO DO ESTUDANTE DE MEDICINA**. Medicina (Ribeirão Preto), v.29, 429-439, 1996.

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

ULIANA, M. R. P. **O Ensino de Graduação Médica na Comunidade: vivências e percepções de alunos da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp**. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu-SP, 2010.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA. Faculdade de Medicina. **Programa da Disciplina IUSC 3º ano**. Botucatu, 2010.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - UNESP. Faculdade de Medicina de Botucatu. **Programa da Disciplina IUSC 3º ano**, 2012.

VIEIRA, J. E. et al. Instalação da Disciplina de Atenção Básica em Saúde na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2003-2006). **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.31, n.3, p236-244, 2007.

ZEFERINO, A. M. B. et al. Feedback como estratégia de aprendizado no ensino médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.31, n.2, p.176-179, 2007.

Anexos

ANEXOS

Anexo I – Roteiros de entrevista e consulta médica

ANEXO 1

ANEXO 1 - Roteiros de entrevista e consulta médica

CONSULTA: ROTEIRO DE ENTREVISTA - CASO NOVO

I - IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ DN: ____/____/____ Idade: _____

Sexo: ____ Naturalidade: _____ Procedência: _____ Est. Civil: _____

Nome da mãe: _____

Em que trabalha: _____ Religião: _____

Nº de moradores em casa: _____ Renda total: _____

II - INVESTIGAÇÃO DOS PROBLEMAS E SENTIMENTOS RELACIONADOS

A - SINTOMAS ATUAIS E EVOLUÇÃO DO(S) SEU(S) PROBLEMA(S) DE SAÚDE
Deixar o paciente falar, interromper para perguntas relativas à história ou para caracterizar algum diagnóstico específico.

B - SENTIMENTOS RELACIONADOS AOS PROBLEMAS DE SAÚDE (E/OU QUE O AFETA)

1 Por que você acha que passou a ter esse(s) problema(s) de saúde?

2 O que mudou na sua vida desde que começou a ter esses problemas?

3 Você se sente apoiado(a) e compreendido(a) quanto a seu sofrimento?

SIM: ____ Quem ou o que o(a) conforta?

NÃO: ____ Como você gostaria que fosse? _____
(Parentes/religião/colegas de trabalho/apoio financeiro...)

4 Avaliar sentimentos associados ao problema de saúde, tais como: temores em relação à morte ou incapacidade física, não aceitação da condição de doente...

5 Como você espera que eu lhe ajude?

ANEXO 1**III - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO INDIVÍDUO**

1 O que ou quem lhe ajuda a ter um dia mais agradável?

2 O que você faz para aliviar o cansaço ou estresse?

3 Qual seu maior sonho atualmente?

4 Gosta do seu trabalho? Por quê?

5 Você se preocupa com sua alimentação? Como?

6 Tem rede social?

SIM: ____ Com quem se relaciona? _____ (amigos, família...)

NÃO: ____ Por quê? _____

7 Participa de atividades comunitárias? Preocupa-se com os problemas da sua comunidade? Envolve-se na busca de soluções para os problemas coletivos?

IV - INVESTIGAÇÃO CLÍNICA COMPLEMENTAR**A. Medicamentos em uso**

Nome (genérico)	Dosagem	Períodos do dia e quantidade		
		Manhã	Tarde	Noite

ANEXO 1

B. ISDA**Sintomas gerais**

Febre (tipo, duração, intensidade, horário de aparecimento)

Emagrecimento (tempo e quantidade, recuperação)

Disposição e capacidade de trabalho, sono, preferência pelo frio ou calor)

Ritmo de crescimento

Pele, anexos e mucosa

Sintomas e alterações (temperatura, umidade, sensibilidade, elasticidade, fenômeno de Raynaud, fotosensibilidade, sudorese). Lesões de pele

Pêlos (queda de cabelos, mudança de cor)

Unhas (lesões)

Subcutâneo: edema (nício, localização, extensão, consistência e coloração, temperatura, sensibilidade, horário de aparecimento, evolução) - Enfisema, gânglios

Cabeça

Cefaléia (tipo, frequência, horário de aparecimento, evolução, localização e fenômenos acompanhantes)

Vertigens e tonturas, convulsões, desmaios

Olhos

Edema palpebral, acuidade visual, escotoma, fostenas, diplopias, conjuntivas, dor

Ouvido

Dor, corrimento, acuidade, zumbidos

Nariz

dor, corrimento, obstrução, epistaxe, olfação, cacosmia, espirro, respiração bucal

Boca

Sialorréia, sialosquese, halitose, lesões de lábios, língua e gengivas, alteração do gosto, dentes

Oro-faringe

Dor, rouquidão, afonia, amigdalites, engasgo, lesões de palato

Pescoço

Dor, tumorações (tempo de duração, crescimento, sinais inflamatórios)

ANEXO 1**Aparelho cardíaco-respiratório**

Dispnéia (início, intensidade, tipo, modo de aparecimento, duração, evolução, fatores de melhora e piora)

Dor torácica (início, sede, caráter, intensidade, irradiação, modo de aparecimento, fenômenos acompanhantes, duração, fatores de melhora e piora, evolução)

Palpitações (início, ritmicidade, condições que provocam, modo de aparecimento e término, fenômenos acompanhantes, evolução)

Tosse (início, caráter, intensidade, horário de aparecimento, hemoptise, chiadeira)

Espectoração (cor, quantidade, sangue, hemoptóica, vômica, febre)

Aparelho digestivo

Apetite, intolerância alimentar, polidipsia, polifagia, disfagia (tempo e duração, períodos sintomáticos e de acalmia, contínua, ritmo, localização, fatores modificadores, evolução)

Pirose (tempo e duração, períodos sintomáticos e de acalmia, contínua, ritmo, localização, fatores modificadores, evolução)

Regurgitação (tempo, horário, frequência, quantidade, aspecto)

Dor abdominal (tempo e duração, caráter, localização, irradiação, intensidade, períodos sintomáticos e de acalmia, contínua, ritmo, fatores modificadores, sintomas acompanhantes, evolução)

Vômitos (tempo e frequência, náuseas, vômito provocado, volume, horários, odor, bile, restos alimentares, fecalóide, estrias de sangue, evolução)

Plenitude epigástrica (tempo e duração, progressiva, intermitente, fatores acompanhantes)

Icterícia (tempo, início, súbito, instalação enta, intermitente, progressiva, persistente, sintomas acompanhantes, cor das fezes e urina, prurido, vômito, intolerância a gordurosos, febre)

Hematêmese, melena e enterorragia (nº de episódios, volume, duração, dor, desmaio, sudorese, febre, ictérica)

Diarréia e disenteria (tempo e duração, períodos sintomáticos e assintomáticos, contínua, nº de evacuações/dia, consistência das fezes, quantidade de cada deposição, cor, muco, pus, sangue, gordura, fatores constipação (tempo e duração, falsa diarréia, características das fezes, alternância, com hábito intestinal normal ou com diarréia, disquezia, uso de laxantes, lesões ano-retais, tipo de dietas)

Prurido anal, proctalgia, eliminação de vermes

Ascite (tempo, início lento ou súbito, dor, concomitância com outros edemas)

ANEXO 1**Aparelho gênito-urinário**

Dispareunia, libido, corrimento, prurido vulvar, incontinência urinária e fecal, dor pélvica, menarca, menopausa, alterações de menstruação (menorragia, metrorragia); lesões mamas (dor, tumor, secreções)

Testículos (localização, dor, alterações do tamanho, edema escrotal), disúria, poliúria, oligúria, hematúria, colúria, polaciúria, nictúria, urina espumosa, cólicas reno-uretais, retenção e incontinência, alterações do jato urinário, gotejamento terminal, secreções

Aparelho locomotor

Dor articular (tempo e duração, intensidades, sinais inflamatórios, simetria, articulação acometida, deformidade, limitação funcional e rigidez matinal, fatores acompanhantes, evolução). Espasmos musculares, atrofias, claudicações, deformações ósseas, fraturas freqüentes)

Sistema neuro-psíquico

Nervosismo, insônia, emotividade, humor, convulsões, desmaios, parestesia, dores, paralisias, fraqueza muscular, atrofias, tremores, incordenação, movimentos involuntários, alterações da marcha, alterações da fala e da escrita, alterações esfinterianas e da libido

C - ANTECEDENTES PESSOAIS

Condições de nascimento e de desenvolvimento

Condições de moradia (locais e tempo)

Alimentação (quantidade, precária, regular, boa). Alimentos contaminados (leite, verduras, carnes)

Fumo, álcool (tempo, tipo de bebida, quantidade-ml, contínua, intermitente, progressiva, deixou de beber). Tóxicos e poluentes

Vacinações (época, tipo reforços). Injeções e transfusões (época, tipo, reações).

Reumáticos (nº de surtos, duração, sinais inflamatórios, articulações acometidas, idade nos surtos), hanseníase, chagásicos, luéticos, hipertensivos, cirúrgicos, obstétricos, traumáticos, doenças pulmonares renais, digestivas e venéreas

Escolaridade - potência sexual

ANEXO 1**Antecedentes hereditários e familiares**

Pergunta sobre a existência, na família, de anomalias congênitas: hipertensão, morte súbita, infarto, acidente vascular cervical, cardiopatias, bócio, hisutismo, arteriopatias, reumatismo, lues, tuberculose, epilepsia, diabete, doença do colágeno, mentais, obesidade, alergia

Estado de saúde dos familiares. Causas de óbitos.

D - EXAME FÍSICO GERAL

PA: P: FC: T:

PESO: ALTURA: $IQ = P/h^2$

Estado geral: facies, atitude, decúbito preferencial, dispnéia, tosse.

Pele e mucosas: cor (pigmentação, palidez, icterícia, cianose), umidade, temperatura, elasticidade, oleosidade, sensibilidade, lesões

Pêlos: aspecto, quantidade, distribuição.

Unhas: cor, forma, espessura, consistência, lesões

Subcutâneo: grau de desenvolvimento do panículo adiposo, distribuição, edema (localização, intensidade, sinais inflamatórios); turgor: circulação colateral (localização, sentido da corrente); gânglios (sede, nº, tamanho, consistência, coalescência, nódulo, fistulização)

Musculatura: tonacidade e trofismo

Articulações: sinais inflamatórios, deformidade, movimentação ativa e passiva, limitação de movimentos, artrose, dor articular

Esqueleto: deformidade, pontos dolorosos

E - EXAME FÍSICO ESPECIAL

Crânio: inspeção (forma, volume, simetria, cicatrizes, vascularização, perímetro cefálico); palpação pontos dolorosos, mobilidade de cabeça e nuca

Olhos: pálpebras (ptose, lagofthalmia, estrabismo, nistagmo); conjuntivas (cor umidade, hemorragia); esclerótica, íris; pupila (iso ou anisocoria, reflexo a luz consensual e de acomodação)

Ouvido: deformações do pavilhão, corrimento

Nariz: deformações, desvio de septo, corrimento, btimento

Boca: lábios (queilose), gengivas (pigmentação, piorréia, gengivites); dentes; língua (coloração, papilas, saburra, desvios, tremores, palato - lesões); hálito

Seios da face e mastóide: dor à pressão e à percussão

Oro-faringe: cor, exsudatos, amígdalas (volume, hiperemia, exsudato)

ANEXO 1

Pescoço: forma e volume, pulsações arteriais e venosas, estase jugular, tireóide (forma, consistência, superfície, sensibilidade, fremito, sopro); aorta na fúrcula

Tórax - Aparelho respiratório

Inspeção estática: forma, simetria, condições das partes moles e ósseas

Inspeção dinâmica: frequência, ritmo, expansib., musc. acessória, retrações, cornagem

Palpação: expansib., FTV, pontos dolorosos, outros frêmitos

Percussão: sons de percussão, mobilidade do diafragma

Ausculat: MV, ruídos adventícios (roncos, sibilos, creptações finas e grossas); atrito pleural

Ausculat da voz: aumentada, diminuída

Mamas: inspeção e palpação (presença de nódulos, retração mamilar, tumoração, sinais inflamatórios)

Tórax - Aparelho cardíaco-circulatório

Inspeção: deformidades, choque da ponta (sede, extensão, ritmo, impulsões precordiais ou de epigástrico)

Palpitação: características do ictus (sede, extensão, impulsividade, mobilidade, ritmo), impulsão sistólica (PT, PA, FP, mesocárdio), palpação de bulhas, frêmito e atritos

Ausculat: bulhas (nº, fonese, ritmo, estalidos, desdobramentos)

Sopros: (fase de evolução cardíaca, sede, intensidade, timbre, altura, irradiação.

Manobras ins e expiratórias e decúbitos).

Artérias: características do pulso (simetria, celebridade, amplitude); pulsos carotídeos, radiais, femorais, poplíteos, tibiais posteriores e pediosos

Abdôme

Inspeção: forma, abaulamentos e depressões, peristaltismo visível, cicatrizes

Ausculat: ruídos hidro-aéreos

Palpação: superficial e profunda: condições da parede, sensibilidades, características dos segmentos cólicos, dor, descompressão brusca, borborigmo e pulsações.

Fígado

Percussão: limite superior, dor à percussão

Palpação: limite inferior, características de superfície e bordas, consistência, sensibilidade, tamanho (em cm da RC e do apêndice xifóide)

Vesícula

Percussão

Palpação

ANEXO 1**Baço***Percussão**Palpação* (tamanho, consistência e sensibilidade)**Rins***Palpação*: lojas renais e pontos ureterais*Percussão*: Giordano (presente e ausente)**Períneo***Inspeção*: toque retal e vaginal**Coluna e ombros***Cifose, escoliose, lordose, musculatura para-vertebral, flexão, extensão, rotação***Sistema neuro-psíquico***Exame psíquico**Consciência*: consciente, sonolento, torpor, coma*Facies, atitude**Nervos craneanos**Motricidade*: marcha (sem apoio, com apoio, no calcanhar, na ponta dos pés)*Força muscular*: manobra dos braços estendidos, Barré, Mingazzini*Trofismo muscular*: atrofas, tonus muscular, fasciculações*Movimentos involuntários*: localização, frequência, amplitude, relação com movimentos ou emoções*Reflexos*: profundos (masseteriano, bicipital, estiloradial, cubital, patelar, aquiliano)*Cutâneos*: (abdominais, cremasterianos); patológicos (babinski)*Coordenação motora*: equilíbrio, manobras*Sensibilidade*: tátil, térmica, dolorosa, profunda**V - DIAGNÓSTICO E DEFINIÇÃO
DOS PROBLEMAS MÉDICOS, SOCIAIS E PSICOLÓGICOS****VI - PLANO TERAPÊUTICO****Ações terapêuticas***Dieta; exercício físico; apoio social; visita domiciliar; trabalho interdisciplinar***Medicamentos**

ANEXO 1

CONSULTA: RETORNO AGENDADO

I - INVESTIGAÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE E SENTIMENTOS RELACIONADOS

- a. Resumo dos problemas anteriores e como passou desde a última consulta
- b. Descrever o que foi possível (ou não) do **plano terapêutico** anterior
- c. Queixas atuais e evolução do(s) seu(s) problemas de saúde
- d. Investigar problemas de saúde e sentimentos relacionados, quando necessário
- e. Atualizar alimentação
- f. Medicamentos em uso

Nome (genérico)	Dosagem	Períodos do dia e quantidade		
		Manhã	Tarde	Noite

- g. ISDA
- h - Exame físico completo

II - DIAGNÓSTICO e DEFINIÇÃO DOS PROBLEMAS

III - PLANO TERAPÊUTICO

ANEXO 1**CONSULTA: RETORNO PARA REAVALIAÇÃO****I - AVALIAÇÃO DO PLANO TERAPÊUTICO**

- a - Perguntar como passou da última consulta até hoje, retomando o quadro anterior e sua evolução
- b - Descrever o que foi possível (ou não) do plano anterior e porquê
- c - Investigação sucinta de novo problema (se tiver)
- d - Exame físico (fazer completo se for necessário)
- e - Anotar os resultados de exames
- f - Medicações em uso:

Nome (genérico)	Dosagem	Períodos do dia e quantidade		
		Manhã	Tarde	Noite

II - DIAGNÓSTICO e DEFINIÇÃO DOS PROBLEMAS**III- NOVO PLANO TERAPÊUTICO**

Anexo II – Avaliação Evolutiva do Aluno



DISCIPLINA IUSC 3º ANO
AVALIAÇÃO EVOLUTIVA DO ALUNO
1º e 2º SEMESTRE – 2011

Legenda: I - Insuficiente (0,0 até 6,9); S- Suficiente (7,0 até 7,9);

PS -Plenamente Satisfatório (8 até 8,9);

MB - Muito Bom (9,0-10): ótimo desempenho nas competências em avaliação.

FOTO

NOME ALUNO :										SUPERVISOR:									
DATAS																			
Assiduidade (anotar F para faltas)																			
Pontualidade (anotar A para atrasos)																			
AVALIAÇÃO										1º período		2º período		3º período		4º período			
1- História de vida e doença I- Restringe-se apenas aos sintomas. S- Explora os sinais e sintomas sobre o motivo da consulta e alguns aspectos da vida do sujeito. PS- Faz uma boa história, obtém informações claras sobre o motivo da consulta, explorando outros aspectos relacionados à queixa ou doença, busca associações entre as condições de saúde e a história do sujeito.																			
2. Definição dos problemas (hipóteses diagnósticas e problemas da vida, p.ex. desemprego) I - Não define. S- Define apenas os patológicos e alguns não orgânicos. PS- Define os principais problemas (orgânicos e não-orgânicos).																			
3- Iniciativa em resolver os problemas do paciente I- Faz apenas orientações verbais e deixa as dúvidas por conta de profissionais da Unidade. S- Faz as orientações verbais e busca ajuda de profissionais da Unidade para informar o que deve ser feito. PS- Faz as orientações verbais e empenha-se em resolver os problemas do paciente, dialogando com os profissionais da Unidade e buscando soluções.																			
4- Atitudes e valores: responsabilidade, respeito, apresentação pessoal, trabalho em equipe I- Não mostra interesse ou respeito, não se relaciona com a equipe, apresentação pessoal inadequada. S- Apresenta alguma dificuldade ou falta em um dos itens de atitudes e valores relacionados. PS- Bom relacionamento com colegas, tutor, pacientes, interesse e empenho nas atividades propostas, respeita normas, tem adequada apresentação pessoal.																			

A - A - A - A - A	1º Período	2º Período	3º Período	4º Período
☐ Registro do atendimento no prontuário I - Registra parcialmente as queixas e não organiza a chave de HD (definição dos problemas e Plano terapêutico (PT)). S - Registra as queixas e ISDA e finaliza com a chave de HD e PT. PS - Registra uma boa síntese, relatando os sintomas e problemas relacionados à queixa ou doença e finaliza com chave de HD e PT.				
☐ Interesse em conhecer o funcionamento da UBS/USF I - Não conhece o funcionamento e o papel de cada um na UBS/USF (Serviço) e não mostra interesse em conhecer. S - Conhece o funcionamento local do Serviço (pré e pós-consultas, principais funcionários...). PS - Conhece bem o Serviço e busca recursos na comunidade que possam auxiliar em diferentes dimensões do cuidado.				
☐ Preenchimento do Diário I - Registra dados básicos do atendimento realizado. S - Registra aspectos diversos do atendimento realizado e expõe suas dificuldades e aprendizado alcançado. PS - Registra aspectos do atendimento, expõe dificuldades e o aprendizado alcançado e as reflexões sobre dimensões psicossociais envolvidas na atenção e sua percepção dos encontros "aluno-paciente".				

☐ Observações (referente ao interesse, responsabilidade, postura, entre outros)

Observações (referente ao interesse, responsabilidade, postura, entre outros)
 Observações (referente ao interesse, responsabilidade, postura, entre outros)
 Observações (referente ao interesse, responsabilidade, postura, entre outros)
 Observações (referente ao interesse, responsabilidade, postura, entre outros)
 Observações (referente ao interesse, responsabilidade, postura, entre outros)
 Observações (referente ao interesse, responsabilidade, postura, entre outros)
 Observações (referente ao interesse, responsabilidade, postura, entre outros)
 Observações (referente ao interesse, responsabilidade, postura, entre outros)
 Observações (referente ao interesse, responsabilidade, postura, entre outros)
 Observações (referente ao interesse, responsabilidade, postura, entre outros)

Assinatura do Supervisor

Anexo III – Termo de Consentimento Livre e esclarecido

Termo de consentimento e livre esclarecimento

Convido o (a) Sr.(a) para participar como sujeito da pesquisa” **O Ensino da Clínica Ampliada na Atenção Primária à Saúde: Percepções e Vivências de alunos de graduação médica**”. Este estudo é de minha responsabilidade, Daniele Cristina Godoy Guerreiro, fisioterapeuta do Centro de Saúde Escola – Botucatu, tendo como orientador o Profº Antônio de Pádua Pithon Cyrino, docente do Depto. de Saúde Pública da FMB e co-orientadora Vanessa dos Santos Silva, e tem como objetivo compreender as percepções e vivências de alunos do IUSC III por meio de estudo do diário de campo do aluno. Este instrumento é utilizado como recurso de avaliação formativa e auto-avaliação. Espera-se que este estudo possa contribuir com o aprimoramento da disciplina, tanto na formação de seu corpo docente como na orientação do trabalho pedagógico. Para tanto é necessário que você autorize o uso das informações contidas no seu diário de campo, para o que será garantido o sigilo durante toda a pesquisa. A análise dos registros será realizada pela pesquisadora mediante estudo de natureza qualitativa. O conteúdo dos diários será estudado com vistas a identificar, descrever e analisar os temas abordados pelos alunos no diário de campo. A qualquer momento você pode retirar o seu consentimento e isto não lhe acarretará nenhum dano. Você receberá uma cópia deste termo no qual consta o telefone e o endereço dos pesquisadores e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Eu, _____, portador do RG nº. _____ concordo em participar como sujeito da pesquisa “**O Ensino da Clínica Ampliada na Atenção Primária à Saúde : Percepções e Vivências de alunos de graduação médica**”, considerando os esclarecimentos contidos neste termo.

Aluno, sujeito da pesquisa

Pesquisadora: Daniele Cristina Godoy Guerreiro, Rua Azaléia, 370 – apt.13V
Tel: 38136051, e-mail: dani.god@uol.com.br

Orientador: Profº Dr. Antônio de Pádua Pithon Cyrino, Rua Reverendo Francisco Lotufo, 695
Tel: 38823864, e-mail: acyrino@fmb.unesp.br

Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do telefone: 3811-6143
