

O BRILHO DOS INÍCIOS

Reflexão discente sobre a relação entre ensino e atuação no Projeto Atenção à Saúde da Mulher

2015



Reitor

Carlos Alexandre Netto

Vice-Reitor

Rui Vicente Oppermann

Pró-Reitora de Extensão

Sandra de Deus

Diretor da Faculdade de Medicina

José Geraldo Lopes Ramos

Vice-Diretora

Lúcia Maria Kliemann

Chefe do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia

Helena von Eye Corleta

Vice-Chefe

Edison Capp

Coordenador do Projeto

Jorge Alberto Buchabqui

Revisão Geral da Obra

Maria Lúcia Nidballa dos Santos

**Programa de Fomento
Pró-Reitoria de Extensão
Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia
Projeto de Extensão “Atenção à Saúde da Mulher em Hospital do SUS – 2014.1”
Hospital Fêmeina – Grupo Hospitalar Conceição**

Participantes do Projeto

Adriana Farias de Medeiros
Alaíde Mezalira Gusso
Camila Lamb de Medeiros
Eduardo Mazzocato
Eliel Silva Alves
Fábio Costa
Filipe André Schifino Santos Jardim
Giulia Bobisch Martins
Guilherme Reis
Jéssica Maria Gonçalves Dias Cionek
Laura Hastenteufel
Leonardo de Andrade Mesquita
Michele Luz Kayser
Rafael Maggi Justo Borges
Rafaela Wolf Baptista
Renata Diniz de Oliveira
Maurício Badke Silveira
Rodrigo Marques
Victor Hermes Ceresér Júnior

Colaboradores Externos

Dra. Suzana Tedoldi Ortiz
Dr. Mário Ferreira Peixoto
Dr. Desidério Fülber
Dra. Carine Motter
Dr. Moacir Andrade
Enf. Kathiuscia Paul

Aos professores e alunos que acreditam na educação médica e na medicina
para além do biológico, como ciência social.

Agradeço aos alunos, à equipe de preceptores do Hospital Fêmeina de Porto Alegre e, especialmente, à Pró-Reitoria de Extensão (PROEXT) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) pelo apoio ao Projeto de Extensão “Atenção à Saúde da Mulher em Hospital do SUS – 2014.1”, notadamente à Pró-Reitora Sandra de Deus, sem os quais não seria possível editar mais esta publicação e deixar a riqueza destes relatos à posteridade.

*Há escolas que são gaiolas e há escolas que são asas.
Escolas que são gaiolas existem para que os pássaros desaprendam a arte do voo.
Pássaros engaiolados são pássaros sob controle.
Engaiolados seu dono pode levá-los para onde quiser.
Pássaros engaiolados sempre têm um dono.
Deixaram de ser pássaros.
Porque a essência dos pássaros é o voo.
Escolas que são asas não amam pássaros engaiolados.
O que elas amam são pássaros em voo.
Existem para dar aos pássaros coragem para voar.
Ensinar o voo, isso elas não podem fazer, porque o voo já nasce dentro dos pássaros.
O voo não pode ser ensinado.
Só pode ser encorajado.*

Rubem Alves

Sumário

Origem, expectativas e percepções	13
O estágio extracurricular na formação médica	22
Prática reflexiva no aprendizado médico: “Os alunos refletem. E como...”	27
Outros ambientes de aprendizado: Porque o Fêmima?	32
O momento de aprendizado e a avaliação do ensino	36
Sobre os preceptores	42
Os cuidados com a gestante	48
O nascer e o significado do acolhimento	51
O estímulo à amamentação	57
Os sentimentos na Oncologia Clínica.....	61
A Infectologia e seus desdobramentos	65
Constatações e reflexões	70
Referências	74

Apresentação

Um espaço, um tempo, uma problemática, um grupo, um professor,
alguns escritores, muitos leitores!

Prefaciар um livro da área médica é tarefa da qual me aproximei com extrema cautela. Afinal, “UMA REFLEXÃO DISCENTE sobre a relação com o ensino e sobre o projeto em si. Uma vivência da atividade profissional”, escrito em estilo ensaístico, acolhe as reflexões coletivas de acadêmicos extensionistas. Reconhecer a originalidade implica em preservá-la, o que me leva a ser cuidadosa na escolha de palavras, no respeito ao sentido de saúde e no papel do processo educativo típico das atividades de extensão, e no de formação humana e profissional para o Sistema Único de Saúde - SUS.

Os seres humanos necessitam de sua capacidade física e de sanidade mental para criar as condições materiais que garantam sua sobrevivência. Na vida acadêmica não é diferente. Os jovens estudantes que ingressam na Universidade, ao se aproximarem da concretude do mundo do trabalho nas profissões da área da saúde e particularmente na medicina, o fazem com base em conhecimentos prévios, nas experiências vividas... As condições objetivas da sobrevivência e da vida destes alunos, em cada espaço social afetam de modos distintos as classes sociais e a cada uma e cada uma em particular. O SUS atende a todas eles e todas elas.

A indissociabilidade de ensino e extensão historicamente propôs a última como “banca de serviços”. Atualmente, a extensão aparece como o lugar que busca inovar e, mais do que se limitar a uma “ida” assistencial da Universidade às áreas apartadas socialmente (alusão à chamada Integração Docente Assistencial proposta na década de 80 do século passado), vem tornando-se um meio através do qual a Universidade procura encontrar-se com os movimentos sociais, os grupos populares. Este encontro se dá também na intimidade da Universidade. O histórico processo de esvaziamento da dimensão política da instituição universitária parece se fazer acompanhar de “niilismo pedagógico” e político-administrativo que encontra no registro da escrita dos extensionistas deste Projeto o seu contrário: a ousadia e a esperança.

A formação disponibilizada atualmente na Universidade obedece ao preconizado na legislação, particularmente nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina – DCN/Med e permite a inclusão já nos primeiros semestres em atividades típicas da profissionalidade médica. Assim, do ponto de vista educativo, esta proposta inovadora, integracionista denominada Projeto de Extensão “Atenção à Saúde da Mulher em Hospital do SUS – 2014.1”, numa parceria “público-público” entre a Faculdade de Medicina e o Hospital Fêmina – Grupo Hospitalar Conceição, concretiza um dos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS e uma das proposições pedagógicas das DCNs da área da saúde.

Este livro tem muitos autores, mas traz consigo uma peculiaridade: é diferente – traz em si o registro da experiência extensionista de alunos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - FAMED/UFRGS. Não é algo genético; é o resultado das relações sociais em que viviam e vivem os acadêmicos e acadêmicas. Mais do que um livro, é um registro de atividades diárias. É um livro especial. Nele se expressam olhares, textos, num caleidoscópio de sensações, com múltiplas entradas, que formam um painel de ideias. Resignifica para esse grupo e seu professor o que acontece numa ação extensionista, no Curso de Medicina.

Conhecer a importância da Extensão se evidencia, como diz o autor, nas “origens, expectativas e percepções” do chamado “estágio extracurricular, conhecido também por currículo paralelo” dos alunos que “sabem refletir, e como”, na relação com “os preceptores”, e nela, dos “outros ambientes de aprendizado”. Oportunizam o contato com o mundo do trabalho ao desenvolver e promover a formação humana dos

alunos do 4º Semestre do curso, no início do ano de 2014, como escreve um deles: “reflexões são o que vou levar de mais precioso”.

É no Hospital Fêmina que o tempo, em cada um dos momentos e a problematização das formas de avaliação do ensino, situa e confronta experiências que servem como aprendizado e oportunidade, “pois ainda há muito a se fazer para construir uma medicina que busque a saúde do paciente, e não a simples cura de uma doença”.

Na relação com o SUS e com os Programas específicos para a saúde da população feminina, as experiências individualmente destacadas como significativas falam de abordagens interdisciplinares da vida e da morte, iniciando com o estímulo à amamentação, o como nascer e dos cuidados com as gestantes. Por outro lado, no contato com a morte – possibilidade ou ocorrência -, compartilham os sentimentos das pacientes oncológicas e na área da Infectologia os desdobramentos do contato com mulheres soro positivas. Ocupam-se estes alunos e alunas também com a sexualidade humana e com a morte.

A internacionalização – no sentido de globalização - trás embutida, na palavra, diversos projetos. A Universidade colocada a serviço dos interesses sociais e a necessária implicação prática, de uma compreensão crítica em seu entorno, do como se deve e/ou se pode relacionar a ciência universitária com a consciência da saúde para todos. No fundo, trata-se de imbricar profundamente o saber socialmente produzido, o senso comum e o conhecimento científico, atribuído como produto exclusivo da Universidade, numa experientiação.

As reflexões discentes sobre os espaços sociais e educativos na e da vida acadêmica, proporciona pensar o currículo do Curso de Medicina, não apenas como um conjunto de disciplinas, mas como conjunto de oportunidades e espaços de aprendizagens e possibilidade de ampliação do repertório de respostas possíveis frente às situações vivenciadas no mundo do trabalho, no da cultura e no das subjetividades.

Uma das insatisfações identificadas em relação aos cuidados profissionais é o abismo entre os conhecimentos técnicos existentes e enfatizados na abordagem biomédica e a relação médico – paciente, impõe desafios à educação médica. A

atividade de extensão espelha os dilemas desta formação, do princípio da humanização que humanizando o atendimento aos pacientes, igualmente humaniza aos formandos da área.

Pretende-se que este livro seja lido por estudantes em formação e por profissionais em plena carreira, numa ampla gama de leitores. Um espaço, um tempo, uma problemática, um grupo, um professor, alguns escritores, muitos leitores! Esta considero uma boa leitura. Permite conhecer, no curso, as reflexões dos alunos do quarto semestre, dos seus preceptores e o pensamento do professor que coordena o "Projeto em si" e organiza esta publicação, o Professor Jorge Alberto Buchabqui.

Carmen Lucia Bezerra Machado

Profa. Titular – Faculdade de Educação - UFRGS

Origem, expectativas e percepções

É preciso tirar a tecnologia do plano estrito da economia e colocá-la também, de forma mais ampla, como um dos fundamentos de transformação no campo social.

Nicolau Sevcenko

Este livro tem como tema as vivências dos alunos de medicina em um contexto de saúde pública, especialmente no atendimento relacionado à saúde da mulher parturiente. Acima de tudo, é objetivo oferecer ao leitor uma reflexão sobre a relação entre ensino e atuação profissional no Projeto de Atenção à Saúde da Mulher, atividade de extensão a qual desenvolvo no Hospital Fêmina, em Porto Alegre/RS, direcionado à pacientes do Sistema Único de Saúde, SUS, desenvolvidas no primeiro semestre de 2014, com graduandos de medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS.

Exclusivamente com o intuito de demonstrar como chegamos até aqui, farei um breve prólogo de minha trajetória.

Trabalhei no Hospital Fêmina de agosto de 1975 a maio de 2014. Iniciei como plantonista obstétrico e após vinte anos compartilhei esta função com a de pré-natalista. Nos últimos quinze anos dediquei-me exclusivamente ao ambulatório de pré-natal. Posso dizer que é, realmente, uma vida dedicada à obstetrícia que me rendeu muito prazer, tanto que há cerca de oito anos abri mão do consultório particular para concentrar esforços em aliar o trabalho no hospital com o de professor, sem dúvida outra das minhas realizações profissionais.

Como médico e professor no setor de pré-natal tive a possibilidade de exercer esta dupla atividade com igual intensidade, mas o ensino me animou a continuar e ir além, ao me aproximar das pouco mais de quatro décadas de atividade conjunta. Isto me estimulou na busca de novos modelos de formação profissional, muitas vezes

transgredindo o hegemônico, o formal, o curricular, a evidência mais científica (com as devidas reservas), mas certamente buscando uma atuação mais humana e sensível.

As pacientes que atendíamos eram usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) e tinham um perfil bastante variado. Em geral pertenciam a uma camada menos favorecida da população, seguidamente trazendo desafios na comunicação sobre o que elas interpretam daquilo que falamos, prescrevemos e orientamos. O ambulatório de pré-natal do Hospital Fêmima ainda é uma referência para a rede básica de saúde e atenção primária, sendo somente atendidas gestantes encaminhadas pelo SUS. Ou seja, as pacientes que chegam para atendimento no Hospital necessitariam de maiores cuidados, recursos, tratamentos, que extrapolam a capacidade resolutiva do posto de saúde ao qual estão vinculadas. Assim, se o motivo pelo qual foram encaminhadas não corresponde à necessidade de atendimento ambulatorial, elas podem receber alta logo após a consulta e dar seguimento à atenção no posto de origem. Ainda assim, as pacientes também podem permanecer no acompanhamento até minimizar o problema de saúde que lhes conduziu ao Fêmima ou mesmo o parto, o que corresponde a aproximadamente 75% dos casos.

Há sempre a tentativa de minimizar os problemas com acolhimento e atenção especializados. Entretanto, não se deve esquecer que esta demanda do Sistema depende de inúmeros fatores, como atraso no encaminhamento, demora no agendamento, atraso no diagnóstico, dificuldade na interpretação laboratorial, na identificação de risco - para mais ou para menos - e até mesmo no prosseguimento através da referência interna.

Se pensarmos na importância do correto encaminhamento feito pelo posto de saúde, temos que cerca de 25% das gestantes que não precisariam ser encaminhadas para o hospital. Assim, podemos imaginar o quanto isso representaria em acréscimo de efetividade, disponibilidade de vagas, evitando deslocamentos desnecessários, demora na continuidade do acompanhamento pelo próprio posto, que aguarda o retorno de sua paciente. Este não é o tema deste livro, mas o tangencia, por isso esta reflexão. Um ponto positivo seria a possibilidade de utilização da contra referência, documento em que justificávamos a não permanência conosco, que não deixa de ser uma educação continuada ao profissional que referenciou.

Por outro lado, apesar das dificuldades que enfrentamos no cotidiano de trabalho no setor de saúde pública, ainda assim não devemos desacreditar do SUS e em seu esquema de atuação. É a melhor maneira de atender uma população carente, de um modo hierarquizado, definindo instâncias resolutivas em que mais de 80% dos casos encontram solução no seu posto de saúde, próximo de sua moradia, através de seu médico de saúde da família e comunidade, de sua enfermeira de saúde pública e de seu agente comunitário de saúde. Embora se saiba que tudo está bem descrito na teoria, a prática nos desafia e nos faz pensar: o que seria desta população se não houvesse o SUS? Pagamos um tributo muito alto pelas dimensões continentais deste país, pela incompreensão da maioria de nossos gestores, pela incoerência e descontrole de todos os governos, mas notadamente pela herança cultural em que ainda somos unidos. O modelo é este, cabe a todos nós dedicar um pouco mais de tempo para buscar a criatividade tão decantada como brasileiros que somos. E haja criatividade!

Como professor, sei do compromisso que tenho e para isso reajo com uma boa dose de indisciplina, transgredindo onde é possível e acreditando que o maior potencial de nossos alunos é, ainda, subaproveitado, diante do que se observa quanto à capacidade que demonstram ao se tornarem por si próprios protagonistas de seu aprendizado. Por motivos como este sugiro que continuem acreditando que a extensão universitária pode ser uma bela opção, ao menos, para permitir que se faça estas divagações por um extensionista fanático, porque assim me considero. Paraphrasing Boaventura Souza Santos, “temos o direito de ser iguais sempre que as diferenças nos inferiorizam; temos o direito de ser diferentes sempre que a igualdade nos descaracteriza” (1995, p. 56).

Desde 1984, então com quatro anos de vida docente, defini que o ensino detinha em suas interfaces nuances que mereceriam uma maior aproximação, ao menos similar ao que se imagina para um especialista, ainda mais da área médica ou da saúde. Esta equivalência até poderia ser equivocada, já que a pedagogia precederia o fazer. Neste mesmo ano fui ao congresso da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), realizado em Gramado/RS, evento ao qual compareci sem ter uma definição clara do que pretendia por lá, a não ser ouvir sobre o que seria este tal *fazer docente*, especialmente incomodado pelo que até então era o lugar comum em nossa

área, a ideia de que “afinal, por qual motivo precisaríamos aprender a ser professores, se detemos o conhecimento do saber e do fazer médico?”.

Em 1985, com o Curso de Especialização em Metodologia do Ensino Superior, na Faculdade de Educação desta Universidade (FACED/UFRGS), realcei ainda mais minhas intenções neste sentido e pelo qual pude perceber que existe sim uma metodologia, não única, mas que pode ser utilizada, definida e alterada, podendo produzir respostas compartilhadas pela relação professor-aluno, muito próximas daquela de origem: a de médico-paciente. Também observei que a penetração destes novos saberes (novos, pelo menos para mim) não tinham a ressonância e a receptividade que mereceriam na graduação em medicina.

Neste contexto, quanto mais me incluía dentre os que procuravam ter a educação médica como referência, mais parecia me distanciar de minhas origens (ginecologia e obstetrícia); que teve e tem um preço ao provocar em mim dúvidas, inquietações, algum desânimo, desafios e uma busca por contra hegemonias em relação ao que está dado e à forma como são mantidos certos fazeres na área médica.

Não quero aqui dizer que não existe um esforço por parte de meus pares para que isso ocorra; pretendo chamar atenção de que esta reflexão atenta e consciente não encontra espaço em um fazer médico e, sobretudo docente, já tão estruturado e satisfeito consigo mesmo.

Mas, se o ensino da graduação transcorria segundo um currículo de curso que nos trazia, quase de imediato, a referência a sua grade curricular, com o elenco de disciplinas, conteúdos e cargas horárias, como algo inerente à prática docente, como seria esta prática com um currículo organizado de forma diferente? A resposta parece ser uma só: “nem pensar”. E isso até mesmo em outros cenários, que se contrapunham as minhas vivências na academia, cujas tentativas – devo admitir - acabavam na manutenção do que lá já existia.

Em 2001, com a edição das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e também das específicas para o curso de medicina (DCN/Med), homologadas pelo Ministério da Educação (MEC), vêm desafios tais como uma valorização da formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, visando à integralidade da assistência, responsabilidade social e compromisso com a cidadania e a promoção da saúde integral do ser humano.

As Diretrizes propõem que o projeto pedagógico seja construído coletivamente, tendo o aluno como sujeito da aprendizagem e o professor como “facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem” (DCN). Seria uma normatização que, em princípio, possibilitaria a cada escola médica uma adaptação considerando suas peculiaridades regionais e locais, bem como sua história até então. A história da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAMED/UFRGS) não está de forma alguma em dissonância com a maioria das escolas médicas do país, estando muitas delas em débito com as mudanças necessárias ao ensino médico.

No entanto, a extensão universitária desde aquela época me dava a entender que outras realidades poderiam conviver com o saber acadêmico e poderiam, inclusive, ser incorporadas ao ensino ou até mesmo à pesquisa, sem temor. Nas atividades de extensão o convívio com os alunos costumava dar-se de um modo lúdico, transformando e dando significância ao aprendizado, como que uma festa em comum cujos relatos - manifestações de um misto de choro emocionado e de alegria -, demonstravam desde logo que era possível pensar diferente com algo que é real.

Assim sendo, há mais de 15 anos estamos nesta caminhada dando visibilidade a outros cenários de aprendizado, como um laboratório de pesquisas, ao sabor ou não das descobertas. Nesta sequência que iniciou nos postos de saúde de atenção primária, cujos relatos publicamos em livros e guardamos em nossa memória até que chegamos à época atual, onde o Hospital Fêmina pela 4ª vez consecutiva nos dá uma ótima guarida.

Deste modo, quando no 2º semestre de 2013 é ofertada pela FAMED/UFRGS a disciplina relacionada à ginecologia e obstetrícia, chamada Promoção e Proteção da Saúde da Mulher (PPSM), reiniciamos esta aproximação ensino/extensão, por tal disciplina abordar manejo, anatomia e noções gerais sobre saúde feminina e seus respectivos complicantes, tal como Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), além da oncologia ginecológica. Por hora, um adendo: ao tratar de minha trajetória referi em primeira pessoa; agora que entramos efetivamente na reflexão sobre a atividade de extensão universitária, me referirei a “nós”, na terceira pessoa do plural, como não poderia deixar de ser, por abranger esforços conjuntos, entre pacientes, alunos e profissionais que atuam no atendimento a essas mulheres.

Todavia, como toda disciplina basicamente teórica (exceto as práticas no laboratório da faculdade), esta cadeira acabou não otimizando o aprendizado por não colocar o aluno frente a uma realidade a que médicos e profissionais de saúde se deparam todos os dias, a da vida real.

Visando preencher estas lacunas surgiu a ideia de realizar um estágio extracurricular, atividade de extensão que realizo há cerca de três anos, cujos relatos dos alunos – como referi - já foram compilados em outros livros. O conteúdo que consta nesta obra, diz respeito ao estágio extracurricular realizado por alunos matriculados na disciplina no primeiro semestre de 2014, os quais cursavam o quarto período da Faculdade de Medicina, aproveitando que nessa disciplina e nesse semestre os alunos têm o que chamamos de “área verde”, que é um período no qual não têm aula. Significa uma abertura do currículo para que o aluno faça a atividade que quiser, ou seja, atividades de adesão voluntária, tal como o estágio extracurricular em atenção à saúde da mulher de que tratamos aqui. Mas a adesão não era exclusivamente de alunos do 4º semestre, também havia alunos ingressando no 3º semestre, outros em estágio de férias do 2º para o 3º semestre, antes mesmo de cursarem a disciplina.

Ainda assim, o foco deste livro são os alunos que já passaram pela disciplina e estão no 4º semestre, de forma a demonstrar a importância de aliar no ensino médico, teoria e prática. As atividades relacionadas ao estágio foram realizadas nas quartas-feiras no setor de ginecologia e obstetrícia do Hospital Fêmina e não interferiram nas atividades acadêmicas obrigatórias cobradas pela UFRGS.

Suas manifestações, por vezes aparentemente repetitivas, nem por isso são menos importantes; ao contrário, dão margem a uma série de considerações sobre sua vida acadêmica, embora ainda tão precoce, de sua sensibilidade quase inata de percepção e sentimento mesmo de suas vivências, que constituem um grito de alerta.

O Hospital Fêmina, por seu turno, dispõe de áreas afins que propiciam ao aluno um convívio com diversos setores de atendimento: a oncologia, a infectologia (transmissão vertical do HIV, mães aos filhos), o Banco de Leite e a amamentação, além dos plantões obstétricos, seja em ambulatórios, em internações ou mesmo nos desejados plantões, os quais se relacionam com a estrutura de capítulos deste livro. A

realização do estágio extracurricular em nada atrapalha ou muda a dinâmica hospitalar. No entanto, acresce muito em curiosidade e desempenho discente. Nestes locais, uma plêiade de generosos profissionais cede um espaço significativo de seu tempo para orientar estes incautos aprendizes. A este respeito haverá maior detalhamento no quarto capítulo deste livro.

Numa eventual complexidade que a experientiação possa compreender, foi explicado aos alunos desde o início que paulatinamente, dessem seus depoimentos para registro e para compor uma possível publicação, com garantia de sigilo de suas identidades, apenas para não pessoalizar as falas; como também foi pedido que fizessem resenhas de artigos sugeridos vinculados ao tema, fazendo com que pudessem refletir a respeito. Algumas delas aparecerão referenciadas neste livro, valorizando assim suas escritas.

Toda a manifestação vivenciada pelos alunos encontra nas publicações anuais ou até mesmo semestrais, um motivo a mais à suas participações, ocultas ou não, tendo como referências citações bibliográficas relativas aos temas e experiências vividas. Nenhum grupo de alunos da “geração Fêmea” negou-se a esta tarefa.

A seguir excertos de depoimentos, exemplificativos do que trazemos no livro. Em tempo: identificamos os estudantes do Projeto sempre por “E” maiúsculo seguido de seu respectivo número de participante, em um total de 20 alunos; da mesma forma ocorre com os preceptores, indicados por “P”, seguido de seu código numérico).

Foi a minha melhor experiência até então, no contato com pacientes e como estudante de Medicina. Aprendi muitas coisas em apenas uma manhã e uma tarde e o que aprendi - tenho a plena certeza - não esquecerei, visto que pude colocar em prática, nas gestantes que chegavam ao consultório, todos os ensinamentos adquiridos. A ideia de atender gestantes, pra mim, já era fascinante pelo simples fato de ali, naquelas barrigas de variados tamanhos, aquelas mulheres estarem gerando outra vida, as quais começaram com a fusão de duas células e foram crescendo e se desenvolvendo. No entanto, descobri que, mais do que estar fascinada, eu podia fascinar àquelas futuras mães ao tranquilizá-las quanto a saúde do seu bebê e ao deixá-las emocionadas ao ouvirem o batimento daquele coração acelerado, o qual elas já amavam tanto. Talvez, como consequência desses fatos relatados, eu tenha aprendido umas das maiores lições que a faculdade podia me proporcionar: a de que não há nada mais belo na profissão escolhida do que a gratidão do seu paciente. (E1)

Dentro da Oncologia tive a visão de um mundo delicado, frágil, que parte de uma condição física e abrange todo um espectro social e emocional, o qual envolve a paciente e todas as pessoas relacionadas a ela – família, amigos, profissionais. Visitamos muito mais pacientes com mais idade, mas lá

estavam internadas mulheres jovens também, o que me trouxe à mente o questionamento a respeito da fragilidade física humana – nisso, percebi a importância da figura do médico e de todos os profissionais da saúde, cujo papel é mediar a oportunidade de um corpo saudável e, assim, a oportunidade de vida na medida do que for possível de ser realizado. Foi assim que notei também que nem sempre há cura, nem sempre há o “sucesso”, o liquidar as patologias e devolver ao paciente um corpo sadio; é preciso aceitar a possibilidade (e às vezes mesmo a certeza) da morte, enxergando o papel que se pode exercer para a qualidade de vida do paciente – se não houver chance de cura, por exemplo. Conceder-lhe conforto até que chegue o momento de sua partida ou prolongar, com igual conforto, a chegada desse momento por meio de um tratamento. Perceber a melhor conduta a ser realizada e reconhecer limites, para não cometer erros que acabem, em boa intenção, prejudicando o paciente. (E2)

Entretanto, certamente o que mais contribuiu para meu amadurecimento como estudante de medicina e como ser humano, foi presenciar e observar as atitudes, medos e aflições das pacientes em momentos tão importantes de sua vida, muitos destes alegres, como nascimento de um filho, outros de tristeza, como em um aborto espontâneo. Assim, acredito que vivenciar essas situações no início do ciclo clínico na faculdade, pode me ajudar a enfrentar com mais tranquilidade e confiança os casos em que estarei diretamente envolvida em meu futuro acadêmico e profissional. (E15)

Começo dizendo que a fantasia de colocar a roupa do bloco cirúrgico me fez entender que não é apenas daqui a cinco anos que uma médica nascerá em mim; colocar aquela roupa me fez entender que desde agora eu já sou um pouco médica e que, mesmo ainda rasa em teoria, os pacientes já esperam algo de mim. Particularmente, eu gostei muito do ambiente do Centro Obstétrico, da ideia de plantões, cirurgias e afins. Pode ser que esteja nascendo uma ideia em mim, mas ainda tenho bastante tempo para torná-la concreta. Todavia, é inerente que o que mais me chamou atenção, principalmente a mim que sou mulher e desejo ser mãe, foram os nascimentos acompanhados. Ver os rostos das mães sofrendo com contrações e, após o nascimento, esquecendo-se de todas as dores ao receberem suas ‘crias’ no colo foi inexplicável. Além disso, ver, na prática, o quanto a natureza é perfeita e o quanto somos mestres em gerar e dar a luz a vida, fez com que eu me apaixonasse ainda mais pelo ser humano. (E1)

Se uma atividade de extensão consegue espelhar com tamanha clareza o *status quo*, algumas medidas devem ser tomadas. Seria lamentável que reflexões discentes de tal ordem não merecessem da academia a atenção devida, pois, mesmo não servindo de atenuante, a literatura é plena de citações a respeito.

Este é o objetivo maior deste livro, mostrar as experiências, sensações e aprendizados a partir dos relatos de nossos alunos de 4º semestre do curso, no início de 2014.

O estágio extracurricular na formação médica

De início cabe refletir, ainda que brevemente, sobre a medicina, a educação médica e o modelo de ensino médico em voga, para então pensarmos na relação com o estágio extracurricular como atividade de extensão universitária.

Sabe-se que apesar dos avanços da medicina e da educação médica, o estágio alcançado pelo cuidado médico segue causando insatisfação geral. No que diz respeito especificamente à educação médica, a crítica que reverbera é a de que ao invés de propor a formação de médicos criativos e inovadores, segue uma abordagem eminentemente biomédica.

Dentre as barreiras para mudar o modelo de educação médica, duas delas estão ligadas às próprias escolas médicas: além da abertura aleatória de novas escolas de medicina, temos a tradição de autonomia das escolas existentes, o que por si só não é algo ruim, se não perpetuasse o modelo estritamente biomédico (MOTA *et al.*, 2014).

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina (DCN/Med, 2001) têm como principal prerrogativa uma formação médica que contemple as necessidades do Sistema Único de Saúde. De um modelo biomédico-fragmentário, como tentativa infrutífera de agregação constante de conhecimento (OLIVEIRA, 2007), rumo a outro que dê lugar a integralidade em saúde.

Há uma busca e exigência de profissionais cada vez mais especializados, e que através de um currículo cada vez mais volumoso, por vezes, para muito mais qualificado, faz com que o estudante de Medicina defina sua especialização enquanto graduando. É um comportamento que se contrapõe às DCN e à atual necessidade de formar médicos generalistas para atuar no SUS (TORRES *et al.*, 2008).

Em se tratando de uma atividade extracurricular, cabe fazer algumas considerações a respeito sobre o estágio como atividade de extensão. O estágio extracurricular engloba as atividades paralelas ao curso regular (por isso é conhecido também como currículo paralelo), sendo uma prática frequente entre estudantes de

medicina. Como bem observa Peres (*et al.*, 2007), é comum os estudantes de medicina referirem que seu envolvimento com atividades extracurriculares são uma tentativa de preencher lacunas curriculares, integrar-se com colegas, suplementar o curso, obter bem-estar, atender às indagações profissionais, além de outras motivações.

Contudo, conforme Meleiro (1999), ao considerar as atividades não obrigatórias como necessidade de complementar o curso e o currículo médico, poderia se inferir que toda a exigência do currículo tradicional estaria sendo devidamente suprida, porém esta realidade não tem sido observada nos resultados dos exames dos recém-formados.

Peres (2007, *op. cit.*) também identifica que várias destas atividades eram desenvolvidas simultaneamente e que a maioria dos alunos – 39% deles - dedicava oito horas ou mais a atividades extracurriculares. Do total, a maioria (52,2%) fazia entre duas e três atividades e destas 54% foram justificadas por afinidade e 21% delas por serem importantes para complementar o curso médico.

Para Tavares (*et al.*, 2007), durante a formação médica este índice alcança 82,5% dos estudantes, que têm ao menos uma atividade deste tipo. Entre as principais motivações estão a aquisição de prática clínica e de um bom currículo.

Já para Taquette (*et al.*, 2003) o percentual é ainda maior, chegando a 93,7% da amostra o índice dos estudantes de medicina efetuam estágio extracurricular até o final dos seis anos de curso, indicando também que esta experiência complementou o aprendizado teórico, além de ter havido um acréscimo na autoconfiança do graduando, ensejando importante fator na formação médica do futuro médico, especialmente ao adquirir uma postura que tende a ser mais adequada diante do doente. Trata-se de uma experiência que se antecipa no tempo, de uma aproximação com a realidade do aprendizado curricular, que antes de causar traumas de alguma espécie, ao contrário, faz com que tenhamos oportunidade de sentir sua validade na imensa sequência de relatos dos que dela participaram.

Além disso, conforme Fernandes (2001), ao lado das atividades de ensino, há grande sobrecarga de atividades administrativas, além da enorme pressão por produtividade científica.

Conforme as descrições discentes, incansavelmente disponibilizadas nesta publicação, se as atividades extracurriculares trazem experiências positivas para o

estudante - ao contribuírem para que ele se sinta parte de um grupo social, com identidade própria -, trata-se de um mecanismo de adaptação do indivíduo ao curso médico, conforme propõe Meleiro (op. cit., 1999).

E, dando continuidade a este raciocínio, temos que uma supervalorização do currículo paralelo deve ser questionada quando interfere negativamente no currículo tradicional proposto, como é o caso de haver uma carga horária extenuante, com pouco tempo livre disponível, as chamadas *áreas verdes*, que servem às atividades extracurriculares (PERES *et al.*, 2005; VIEIRA *et al.*, 2004).

Isso levanta uma discussão sobre a necessidade de adequação do currículo à crescente demanda do estudante de medicina e do próprio mercado de trabalho. A alta procura por estágios extracurriculares demonstra que as expectativas dos estudantes não são contempladas nos currículos formais, refletindo a crença dos alunos acerca da inadequação do currículo ao mercado que os receberá (TAVARES, *et al.*, 2007).

A dúvida reside, basicamente, em identificar quais falhas efetivamente preenchidas pelas atividades extracurriculares poderiam ser supridas pelos currículos regulares e, por outro lado, quais lacunas seriam reforçadas pelas atividades extracurriculares. Para Taquette (*et al.*, 2003), a subjetividade desta ação fica a cargo da estrutura didática potencial que é oferecida no estágio e do interesse individual que leva o estagiário a buscar conhecimento.

A capacidade de trabalhar em grupo e de forma multiprofissional e interdisciplinar destacada nas diretrizes curriculares de cursos como o de medicina (BRASIL, 2001), é uma competência que precisa ser exercitada ao longo de todo o processo de formação do futuro profissional médico.

No dizer de Villas Boas, "a antiga prática de transmissão de conhecimentos, de trabalho isolado e solitário por parte dos alunos e de avaliação unilateral, seletiva e excludente está cedendo lugar ao processo de trabalho em que predominam a construção, a reflexão, a criatividade, a parceria, a auto avaliação e a autonomia" (2005, *in fine*).

Investigar novas formas de avaliação numa disciplina inovadora é assumir o pressuposto de que em educação mudar não é suficiente. É preciso acompanhar o

processo de desenvolvimento das novas disciplinas e avaliar de forma coerente o estudante que participa destas experiências educacionais.

Moretti-Pires (2012), por sua vez, retoma a construção histórica do Sistema Único de Saúde (SUS) no país, que levou à adoção da saúde da família como critério para uma estratégia central (de nome análogo) para aproximar o sistema real daquele pretendido. A formação dos profissionais é um desafio nesse contexto. O pensamento freireano sobre educação, ser humano e mundo é adequado para se repensar os desafios da formação em nível superior para o SUS atual, principalmente na perspectiva ampliada de assistência exigida no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Para este autor, não se questiona a formação técnica e biomédica em si, mas esses pensamentos se opõem à supervalorização desta em detrimento da construção de perfis profissionais que entendam as relações sociais e humanas, tanto quanto a capacidade de intervenção junto a estas no processo de assistência à saúde.

Efetivamente, a educação universitária tem possibilidade de oportunizar reflexão ao futuro profissional da saúde sobre seu ato enquanto ser humano, de forma que os profissionais se deparem com seus pacientes em nível técnico de excelência, mas também como seres humanos que cuidam de outros seres humanos.

Para tanto, concordamos com seu argumento segundo o qual se faz necessário que a formação acadêmica delimite espaços para que esses pensamentos possam ser levantados além do treinamento técnico em diagnóstico e intervenção biológica no paciente.

Portanto, deve-se refletir sobre o modelo pedagógico em si e não apenas sobre a estrutura curricular em voga nas escolas médicas. E também a respeito da forma como as disciplinas devam ser trabalhadas, priorizando o contínuo exercício da práxis, tanto pelos educandos como pelos educadores, este último aspecto também consideramos indispensável.

Assim, há a necessidade de imersão no contexto dos cursos universitários para o entendimento de como se dá o processo de ensino-aprendizagem em saúde, para em seguida se propor soluções. E, nesse processo investigativo e de ação, o marco teórico de Paulo Freire tem interessante potencial, haja vista a aproximação de seus

princípios e da atual perspectiva sobre saúde, na organização do modelo de atenção da atualidade brasileira (MORETTI-PIRES, op. cit.).

Nas palavras de Rubem Alves, psicanalista, educador, teólogo, escritor e acima de tudo um importante pensador brasileiro da existência humana, quem sabe não estaríamos necessitando de “...uma escola iluminada pelo brilho dos inícios”?

Prática reflexiva no aprendizado médico: “Os alunos refletem. E como...”

A construção de um profissional da saúde não pode se dar somente em uma sala de aula, sentado à frente de uma carteira escolar, repleta de livros e muitas teorias. A construção de um médico se dá à frente do paciente, onde o aluno, durante esse contato, tem a chance de se autoconhecer e, assim, de aprender a lidar com as emoções que o paciente desperta nele, a fim de que possa atender a esse ser humano de uma maneira tranquila, confiante e humana. Cada área despertou em mim sentimentos diferentes e por isso falarei de cada uma de uma maneira singular.

E1

Segundo Vieira (*et al.*, 2013), o estudante de Medicina precisa formar hábitos metódicos e embasar o raciocínio clínico não somente em uma abordagem “conteudista” das matérias do curso e nem aprendendo exclusivamente a partir da experiência. Do contrário, sustenta o autor com o qual concordamos, o risco de deficiência na observação clínica será o de criar uma atenção superficial, na qual há pouco compromisso com a prática médica, com o paciente e consigo próprio.

As observações e práticas repetidas e constantes devem ser interpretadas e integradas em estruturas de conhecimento existentes. E para que isso aconteça um tempo de reflexão é essencial a fim de que haja um processo ativo de aprendizagem.

Observamos que a atuação do graduando desta atividade de extensão traz consigo uma prática reflexiva em muitos âmbitos, em relação a sua atuação/experiência em saúde.

É o que estas manifestações, assim como as demais que se seguiram, demonstram.

Iniciamos com o depoimento de E1, na sua atuação nas áreas de Infectologia e Oncologia:

Sobre o HIV/AIDS, o que mais me marcou e encantou foi o perfil das pacientes: não conseguiria dizer que qualquer uma delas tem o vírus ou a síndrome. Fisicamente, são mulheres aparentemente hígidas o que me

trouxe grande reflexão sobre a prevalência dessa patologia em meio à sociedade: quantas pessoas estão convivendo com isso hoje? Quantas não estão em tratamento antirretroviral, vivendo uma vida normal? Também refleti o quanto é preciso discernir a eficácia do tratamento da gravidade da doença: se houver disciplina por parte do paciente, o HIV/AIDS não lhe será um problema tão grande; porém, se houver negligência, o HIV/AIDS será o seu maior. Acredito que essas reflexões são o que vou levar de mais precioso da Infectologia, a complexidade que se esconde por trás desse vírus: as histórias das pacientes, sobre como adquiriram o vírus e como convivem com ele hoje; os sentimentos e as angústias que vem à tona com o diagnóstico e durante todos os dias dali em diante, a revolta e os medos; a visão individual frente à situação. Já a experiência no Ambulatório de Oncologia trouxe-me inúmeras reflexões. Conviver durante duas manhãs com pacientes enfrentando uma enfermidade da qual não podemos prever como será o seu término, despertou em mim questionamentos de como eu lidaria com a patologia e do que eu poderia fazer para melhor ajudar àquelas mulheres que, no mínimo, necessitam de atenção e uma alta dose de carinho. Reconhecer que cada pessoa é única e lida com o câncer de uma maneira diferente me fez valorizar, ainda mais, os ensinamentos que tive na disciplina Integradora III, na qual foi discutida a relação médico-paciente, ensinando-me, então, que devo olhar o paciente como um todo e não como um conjunto de sinais e sintomas. Por fim, passar por esse setor me fez compreender ainda mais que o principal papel do médico não é a cura da doença, mas o atendimento do paciente que sofre da doença. A cura, em alguns casos, é apenas a consequência de um atendimento atencioso e humano. (E1)

Considerando-se que Projeto de Extensão “Atenção à Saúde da Mulher em Hospital do SUS – 2014.1” envolveu um grupo de alunos cientes antecipadamente de que ao final teriam que se manifestar a respeito de suas vivências, tivemos, como a experiência revelada por Prearo (*et al.*, 2012), para além de uma base curricular tradicional e do predomínio da avaliação cognitiva e somativa, a capacidade de identificar nos graduandos o crescimento em habilidades de comunicação, mostrando-se esta eficiente no processo de autorreflexão sobre a aprendizagem.

Neste sentido, a análise do material escrito dos alunos evidenciou a valorização da produção de si mesmos, como algo que eles destacam na atividade extracurricular. Escolhemos algumas falas mais significativas e que se repetem neste grupo de estudantes, replicadas a seguir.

Tal estágio teve importância categórica em ligar as atividades teóricas aprendidas em PPSM [na Disciplina Promoção e Proteção da Saúde da Mulher] e a vida real, nos mais diferentes aspectos culturais, sociais e, mais significante, fisiopatológicos. Assim, torna-se necessária a continuação e fomentação do estágio nos semestres iniciais do curso de Medicina a fim

que o estudante já se depare com a realidade e saiba conduzir os aprendizados dos livros com o dia-a-dia no hospital. (E4)

Mesmo que de pouca duração e de caráter principalmente observacional, o estágio foi uma grande oportunidade de aprendizado e vivência neste momento. (E6)

O período que o antecedeu era de muita expectativa: motivada pelos relatos dos colegas que já haviam feito o estágio, a minha curiosidade se aguçava. (E10)

Receber o estágio causou grande euforia: havia grande alegria, é claro, mas também bastante expectativa em relação ao meu desempenho dentro da atividade – “seria preciso atuar em alguma situação?”, “quanto do meu conhecimento será exigido?”, “é melhor começar a ler sobre Ginecologia” e outras dúvidas surgiram. Consegui aplicar melhor o que eu já tinha aprendido – principalmente com a disciplina de Promoção e Proteção da Saúde da Mulher (PPSM) – e absorver novos conhecimentos que me eram dados gratuitamente, sem a necessidade de estudar exaustivamente um tema qualquer da área. (E2)

A possibilidade de identificar e ver o desenvolvimento pelo estudante de habilidades de comunicação e relações interpessoais essenciais à sua formação é bem clara:

[O estágio] Fez com que eu aprendesse não só como funciona um centro obstétrico ou como é uma consulta pré-natal, mas me mostrou o quão importante e essencial é uma boa relação médico-paciente e o quanto devemos nos doar e realmente gostar do que fazemos. Tanto num trabalho de parto como em um diagnóstico de câncer, o que o paciente mais espera ao seu lado é um médico sensível, disponível e capaz. Foi uma das coisas mais importantes que aprendi. (E7)

Interessante é observar que o estudante identificado como E7 lembrou, ainda, de uma conhecida frase do suíço Carl Jung - figura notória das ciências da psique, fundador da psicologia analítica -, que se adequa muito bem à situação vivida: “Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”.

E multiplicam-se as manifestações, com reverberações contínuas:

No centro obstétrico, foram diversos plantões e pela primeira vez vi um parto de perto. Num primeiro momento foi algo bem diferente do que eu imaginava, confesso. Mas os profissionais da equipe nos explicavam muita coisa e aos poucos tudo foi se tornando mais fácil e familiar. (E10)

Foi uma excelente experiência pelo fato de poder consolidar meu conhecimento teórico com a prática, que não tive a oportunidade de ter na faculdade até então. Foi o momento que eu estive mais perto da medicina. (E8)

Durante o ciclo básico, são poucas as experiências práticas que nós, estudantes de Medicina, podemos ter. O contato com o paciente nos quatro primeiros semestres é escasso e mesmo as aulas sobre exame físico ou anamnese são raras. [O estágio] É uma ótima possibilidade de introdução ao contato com a nossa futura profissão, afinal pudemos acompanhar uma pequena parte do dia-a-dia de médicos de diferentes áreas, além de diversos procedimentos dentro de cada uma das especialidades que tivemos a oportunidade de conhecer. Foi muito engrandecedor para a minha formação na Medicina e para o meu desenvolvimento pessoal, através dos inúmeros aprendizados sobre a relação médico-paciente, sobre a prática médica e sobre o cotidiano que provavelmente viveremos no futuro. (E5)

[Foi] ...o primeiro contato mais próximo que tive com pacientes, no qual tive oportunidade de colocar os conhecimentos teóricos em prática e conhecer um ambiente que vai muito além dos livros e das salas de aula. (E9)

O estágio foi uma oportunidade para muitos de nós, estudantes de medicina no início do curso, de ter contato com a prática da clínica médica. (E10)

Assistir a diversas situações e sentir diversos sentimentos fez com que eu enfrentasse as consequências desse contato. Além disso, mais uma vez maravilhar-me com a excelência que é a pessoa humana, em diversas situações, fez-me querer ainda mais ser uma aluna dedicada, a fim de que eu me torne uma profissional que possa, acima de tudo, realizar um bom atendimento aos meus pacientes. (E1)

Acredito que o estágio foi uma experiência importante para a minha formação. Além de poder colocar em prática e acompanhar um pouco do que estudei, pude exercitar a capacidade de me pôr no lugar do outro para entender seus sentimentos, uma habilidade muito importante não apenas como futura médica, mas também como pessoa. Naturalmente, vivi diversas experiências boas, e outras nem tanto. As últimas, porém, não tiram o brilho das primeiras, mas servem como aprendizado para as próximas oportunidades e como motivação, pois ainda há muito a ser fazer para construir uma medicina que busque a saúde do paciente e não a simples cura de uma doença. (E11)

A fim de compor com a literatura referida neste livro foi interessante refletir, por espelhamento, a partir de outros depoimentos acessados nos autores consultados. A fim de proporcionar esta experiência ao leitor, selecionamos um depoimento retirado de Prearo (*et al.*, 2012), contendo manifestações de uma estudante participante de uma atividade com objetivo similar.

Optamos por não apontar os produtos das reflexões que tivemos; tendo em vista o objetivo maior de produções como esta, preferimos evitar sugerir vieses. Eis o depoimento, para que nossa audiência possa refletir a seu modo:

É mais interessante o aluno demonstrar o que realmente aprendeu e julgou importante para a sua vida do que fazer relatórios sobre o que ele às vezes viu e não absorveu e receber uma nota que muitas vezes não reflete seu real conhecimento. [...] Muito bem, fiz tudo o que mandaram e passei em Medicina. No entanto, nem tudo são flores: como em todo começo de curso, há aquelas matérias que são muito chatas. E nesse sufoco de estudar bioestatística, bioquímica, bio-não-sei-das-quantas, eis que surge uma janela para eu pegar um ar: a lusc. Um curso com espaço para discussão e interação com a comunidade é um "prato cheio" para quem gosta de falar como eu. Ele me deu voz e ouvidos diante dos meus colegas e diante da comunidade. (Estudante 12; em PREARO *et al.*, 2012, p. 29)

A seguir passamos a refletir sobre o local onde se contextualiza a experiência do estágio extracurricular, trazendo os porquês da adequação do Hospital Fêmina para este fim, para além do já dito até o momento.

Outros ambientes de aprendizado: Porque o Fêmina?

É fundamental que se desenvolvam esforços no processo de formação de recursos humanos, desde o ciclo básico, que coloquem os alunos em contato direto com a prática assistencial, permitindo um ensino/aprendizagem participativo, envolvendo-os emocionalmente pela reflexão e crítica.

Noronha Filho

O Hospital Fêmina é uma instituição vinculada ao Ministério da Saúde que atende integralmente (100%) pacientes SUS e que tem convênios de parceria firmados com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, dando guarida a atividades extensionistas tais como esta do estágio extracurricular, desde longa data. É uma ótima opção ao aprendizado da graduação médica, ao privilegiar a atenção secundária à saúde pública.

O fato de dispormos de um hospital-escola não universitário, como o é caso do Hospital Fêmina, isto é, sem vinculação expressa com uma determinada instituição de ensino superior, mantendo convênio com inúmeras delas (inclusive com a UFRGS), nos permite verificar a diversidade entre instituições ainda quase exclusivamente dedicadas à prestadores de serviços de atenção à saúde e aquelas dedicadas fundamentalmente ao ensino superior e possuidoras de hospitais universitários (HU).

Sabe-se que os HUs têm dupla finalidade: compor a ponta do sistema de excelência do SUS e, ao mesmo tempo, fornecer espaço de aprendizado à formação de recursos humanos na área da saúde. Nem todo o tempo estes dois objetivos caminham juntos, na verdade é menos do que se espera, pois o Sistema Único de Saúde tem uma amplitude que somente a integração a outros cenários poderiam contemplar.

Para Medici (2001) os HUs estão crescentemente inadaptados à realidade do setor saúde em que se inserem e aos desafios impostos pelas mudanças profundas atualmente em curso no sistema de saúde da maioria dos países. Diz ele que o grande

debate nos dias de hoje gira em torno de conflitos de interesses já existentes. Um deles é como tornar os hospitais universitários instituições que, no marco de suas atribuições, possam se integrar à rede de saúde e contribuir para a eficiência e maior racionalidade no funcionamento desses sistemas.

Reduzir o papel dos HUs a meros competidores da rede de saúde existente, duplicando de forma descoordenada e não integrada todas às funções existentes nos sistemas de saúde, é um mau uso dos recursos que estão sendo destinados a estas instituições. Uma alternativa proposta por Medici (*op. cit.*) para solucionar este problema consiste em desenvolver redes docentes-assistenciais não universitárias, que respondam às demandas sociais por serviços, docência e tecnologia, especialmente em atividades mais ligadas aos níveis primário e secundário de atenção.

A resenha deste artigo de Medici, elaborada pela aluna Adriana Farias de Medeiros (2014) como requisito do estágio extracurricular, nos remete para algumas peculiaridades relevantes sobre a função dos HUs neste contexto: Como propicia atendimento médico de maior complexidade (nível terciário) a uma parcela da população, com uma atenção médica basicamente curativa, há pouca preocupação com a prevenção. Mesmo a pesquisa, nos países em desenvolvimento, não tem sido considerada uma atividade essencial dentre as tarefas dos HUs. Também não se considera que os HUs devam ser orientados para a solução de problemas sociais.

Concordamos com a ideia de que o grande debate é, portanto, como tornar os HUs instituições que, no marco de suas atribuições, possam se integrar à rede de saúde e contribuir para a eficiência e maior racionalidade no funcionamento desses sistemas. A integração dos HUs com redes de atenção primária e secundária poderia ainda ajudar a redefinir e preservar o principal valor agregado que os hospitais universitários ainda podem trazer para os sistemas de saúde: o de serem centros de referência e alta tecnologia, contribuindo para o progresso técnico em saúde, especialmente nos países em desenvolvimento, onde as empresas e instituições científicas são débeis e carecem de financiamento.

A tradicional formação médica no Brasil tem reconhecido no hospital o lugar por excelência para a aprendizagem prática do estudante — enfatizando as tecnologias duras e os procedimentos — em detrimento da atenção primária à saúde, ainda que esta seja reconhecidamente capaz de resolver cerca de 80% dos problemas de saúde.

Embora este cenário venha se alterando paulatinamente no século XXI, em especial após a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em medicina, ainda permanecem dúvidas sobre os melhores modos para viabilizar a inserção de forma exitosa.

Há já um consenso de que a Constituição Federal brasileira de 1988 foi essencial no ordenamento jurídico do Sistema Único de Saúde (SUS). Mesmo tendo esta referência do sistema de saúde, Gomes (*et al.*, 2012) aponta que as Instituições de Ensino Superior (IES), principalmente aquelas de formação médica, centram seu ensino no hospital e na doença, o que torna o aparelho formador desvinculado das comunidades e dos serviços de saúde a elas associados.

Este mesmo autor também aponta que o ensino médico tradicional mantém igualmente forte a dissociação entre a teoria e a prática. O aprendizado é compartimentado, favorecendo o surgimento da especialização precoce em detrimento de um cuidado integral. A diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem na graduação em medicina propicia que o aluno tenha contato precoce, mas não como meros espectadores e sim como partícipes ativos em todas as situações. Além disso, ao inserir o estudante precoce e progressivamente no SUS, a máxima cientificista (que é diferente da ciência) de que vem "primeiro a teoria, depois a prática" não se sustenta.

Como já referido no capítulo inaugural deste livro, o Hospital Fêmnia dispõe de áreas que propiciam ao aluno um convívio com diversos setores de atendimento: a oncologia, a infectologia, o Banco de Leite e a amamentação, além dos plantões obstétricos em ambulatórios, em internações ou ainda nos plantões.

Finalizando, um excerto do depoimento de um dos nossos alunos:

Esta atividade extensionista propicia que possamos refletir sobre os objetivos gerais desta inserção que seria aprender as relações com as pessoas, tratando-se de alunos em início de curso. Esta compreensão e participação no SUS, hierarquizado e multiprofissional, buscando a resolutividade dos problemas de saúde, reconhece a intersectorialidade como instância para resolução dos mesmos. E tem, na preceptoria, um suporte que favorece a confiança e segurança, para o estudante adquirir prática. (E17)

Ou seja, cenários diversificados de aprendizado podem significar alternativas aos próprios modelos de ensino, além de adiantar a prática aliada à teoria para os alunos, representam uma alternativa para se pensar o próprio currículo médico e futuras e possíveis adequações, atendendo ao apregoado nas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Medicina.

O momento de aprendizado e a avaliação do ensino

A formação médica e o currículo das faculdades de medicina sempre foram pauta de discussão entre alunos e professores da área.

Em 1995 Noronha Filho (*et al.*) já apontava que o papel da Universidade era o de proporcionar um espaço institucional de questionamento e de formação de recursos humanos com o fim de responder às necessidades da sociedade que a mantém. A nosso ver, ainda hoje há dificuldades neste cumprimento – que talvez seguirão por mais algum tempo - ao se isolar e por contemporizar de modo desigual suas três instâncias fundamentais, a assistência, o ensino e a pesquisa, o que pode interferir na formação médica, identificando-se também e desde lá uma tendência e questionamento ao modelo de especialização precoce, em busca de outra prática que não privilegie a humanização profissional.

Um contato tardio com o paciente na faculdade prejudica a visão empática do médico em formação, deixando-se de lado o modelo humanista que há por trás da relação médico-paciente.

Garcia (*et al.*, 2012) argumenta que valorizar principalmente as atividades práticas que acontecem em diferentes cenários e a vivência ativa dos discentes - não somente deles como observadores -, permite que demonstrem seus sentimentos e habilidades na relação com os pacientes, tanto em momentos difíceis (por exemplo, aproximação com a morte do paciente, abandono, descaso dos médicos responsáveis) quanto em momentos satisfatórios (melhora do paciente, manifestações de gratidão do enfermo e de sua família etc.). Sustenta, ainda, que complexidades surgem nas situações em que os estudantes são colocados em posição de desconforto, ou mesmo quando estes não estão dispostos a interagirem, preferindo manter a posição expectadora.

Novamente valorizando a leitura e interpretação trazidas nas resenhas apresentadas pelos alunos no estágio, Rafael Borges, ao ler este autor, destacou dele que é através das dimensões da humanização na atenção e na formação do profissional de saúde que se pode analisar as percepções de discentes de medicina

referentes às experiências que possibilitaram o desenvolvimento de conteúdos, habilidades e comportamentos voltados à humanização.

Em tempo, o conceito de humanização no discente revela-se por atitudes e sentimentos tais como tratar o paciente com respeito, carinho, amor, empatia; pela capacidade de colocar-se no lugar do outro e aceitá-lo, com acolhimento, diálogo, tolerância, tratando-o com respeito e educação, aceitando as diferenças, entre outros aspectos relevantes.

Considerando-se tal contexto, alguns depoimentos dos discentes contribuem para este entendimento:

O Centro Obstétrico foi o meu maior desafio. Sensibilizo-me facilmente vendo alguém sentindo dores, como era o caso das parturientes ou quando me deparo com aspectos físicos que me causam estranheza (incisões, pontos etc.). Ao mesmo tempo, ter de enfrentar a aversão que tinha a essas situações trouxe-me um crescimento absurdo, não só um crescimento dentro da área acadêmica/profissional, mas também um crescimento pessoal – e sentia grande prazer ao notar que, a cada visita (de um total de seis), sentia-me mais preparada, mais familiarizada com as situações que antes tinha dificuldade de enfrentar. Considero esse um prêmio raro: foi-me dada a oportunidade de desenvolver o meu *eu* enquanto crescia dentro da área acadêmica. (E15)

O que me marcou profundamente e que levarei de mais valor foi um parto que reforçou essa ideia de um início de vida: um parto normal que não evoluiu bem e causou sofrimento ao bebê, tendo que ser rapidamente modificado para uma cesárea. Lembro-me da sua coloração arroxeada e da sua atonia, a preocupação dos que observavam (eu inclusive) a reanimação. Vê-lo “tomar cor” novamente e começar a chorar baixinho, também recuperar os reflexos motores, isso não tem preço. (E2)

Concordamos com este autor (GARCIA *et al.*, 2012) quando reflete que o professor exerce papel maior como fonte de auxílio e segurança do aluno e aquele profissional, algumas vezes resistente a este padrão prático-humanizado de ensino, torna-se mau exemplo, revelando condutas inadequadas com o ser humano que busca ajuda. O aluno, por sua vez, fica angustiado e sente-se impotente com a situação em que é exposto, mas por espelhamento tende a perceber que aquela não é a conduta adequada a ser seguida. Verifica-se que quando se abre um espaço de fala, os alunos respondem posicionando-se, criticando e sugerindo possíveis mudanças que permitiriam a revisão e o aprimoramento da formação graduada.

Quanto ao currículo médico, identificam-se disciplinas que utilizam métodos que privilegiam a memorização em detrimento de um envolvimento pelo aluno, tanto prático como emocional, elementos que só serão encontrados no Internato e na Residência, adiante no curso.

Quando se trata de buscar alternativas que sejam capazes de mudar este cenário e de pleitear cada vez mais a interação com o paciente desde o início da faculdade, criando empatia pelo paciente e conseguindo enxergar os problemas nas magnitudes corretas, estas serão sempre bem-vindas pelos estudantes. Exemplos disso é o que podemos observar nas manifestações a seguir.

Foi de grande valia, pois, tudo que havia aprendido na cadeira de Promoção e Proteção da Saúde da Mulher - e nos livros - já coloquei em prática. Fomos recebidos muito bem pelo professor e tivemos uma boa aceitação das mães/pacientes, que não se importavam em serem examinadas por estudantes. Creio que foi uma das melhores experiências práticas da faculdade, até o momento. (E10)

Considerando que estou no começo da minha jornada pela medicina, poder ver de perto a prática médica foi uma experiência dinâmica e bastante produtiva, independentemente de o aluno não possuir interesse pela especialidade. (E18)

Embora o estágio tenha tido curta duração, achei muito proveitoso, pois este pode ser considerado como um dos poucos momentos em que teremos contato com a realidade na parte inicial do curso de medicina. (...) Tive a oportunidade de fazer uma imersão em uma realidade não tão familiar a minha e muitas vezes desconhecida por alunos de medicina. (E19)

Pude ver na prática e associar os conteúdos que aprendemos na disciplina de Promoção e Proteção à Saúde da Mulher foi certamente a parte mais interessante, pois nos fez ver que o que estávamos aprendendo na cadeira seria muito útil na nossa futura profissão, algo que, muitas vezes, é um pouco difícil nos primeiros semestre do curso. (E12)

Mostrou o quanto a prática oferece um terreno rico de aprendizado gratuito que consegue ultrapassar o aproveitamento máximo que se tem ao ler um livro. A base teórica, sem dúvida, é fundamental – e que me foi dada pela disciplina, além de outras leituras que fiz por opção – mas é impressionante como tudo se estende na prática clínica: cada caso é um caso, há sempre uma nuance, uma técnica que se adapta conforme a rotina de trabalho, pequenos detalhes que tornam tudo mais interessante e palpável. (E2)

A observação do trabalho prático desde o início da faculdade permite ao aluno não só armazenar as informações teóricas, como vivenciá-las, numa forma de

integração que permite a consolidação da informação. Pode-se ressaltar, ainda, que o acompanhamento prático - não só no hospital escola, mas também em outros hospitais e unidades de saúde -, faz com que o aluno aprenda como atender o paciente de forma eficaz, associando uma prática resolutiva com o envolvimento emocional proporcionado pela relação médico-paciente saudável: “Eu consegui observar na prática o que estava aprendendo na disciplina de Promoção e Prevenção da Saúde da Mulher”, (E20).

E ainda:

Percebi um contraste muito grande entre os pré-natais e plantões (em que há um sentimento de esperança, vida, nascimento) e a oncologia (em que há dor, aflição e medo). Antes de acompanhar as consultas eu estava receosa de me sensibilizar muito pelas pacientes, porque acreditava que aquela situação seria só tristeza e dor. No entanto, me surpreendi muito com o que eu vi e aprendi lá. Achei incrível a forma na qual o médico oncologista lidava com suas pacientes. Ele em nenhum momento tratava-as com pena. Pelo contrário, ele conduzia os diagnósticos e tratamentos da forma mais alegre e serena possível. Além disso, as próprias pacientes me ensinaram muito, me mostraram que é possível ter câncer e ainda assim viver com alegria e motivação. Consegui aprender um pouco mais sobre os tratamentos do câncer, esclarecer dúvidas e tudo isso despertou em mim curiosidade e admiração pela oncologia. (E19)

Para mim, foi muito importante vivenciar o estágio juntamente com a cadeira de Promoção e Proteção à Saúde da Mulher (PPSM). Afirmo isso porque o estágio nos propiciou ver na prática (em pacientes reais) aquilo que é ensinado em aula teórica. No estágio foi possível, por exemplo, fazer as manobras de Leopold em uma gestante real. Ali temos um contraponto em relação às aulas teóricas, como um processo que acelera o aprendizado, visto que a vivência da prática facilita a fixação do conteúdo teórico. Além disso, a experiência de estágio desperta a curiosidade e a disposição para aprender mais. (E2)

Mesmo frequentando apenas a área da Ginecologia, apliquei conhecimentos de muitas disciplinas que já cursei: além de Promoção e Proteção da Saúde da Mulher (PPSM), lá estava a Fisiologia, a Anatomia, a Parasitologia, a Microbiologia. E descobri muitas coisas que ainda irei ler nos livros. A clínica médica oferece uma abrangência fantástica de conhecimento. Ademais, não só por ocasião da oportunidade acadêmica, construí um pouco de mim a cada estágio, com as reflexões que pude fazer: a humanização também constrói um bom médico. (E2)

Estagiar em um hospital ainda nas fases iniciais do curso de Medicina possibilitou o encontro entre a teoria ensinada em sala de aula e a prática na vida real das atividades dos profissionais da saúde. Ao acompanhar um pouco da dinâmica do Hospital Fêmeina muitos conceitos e técnicas ensinados, principalmente nas aulas da cadeira de Promoção e Proteção da Saúde da Mulher, puderam ser melhor compreendidos e facilmente consolidados. (E15)

Em Vieira (*et al.*, 2013) citando Tosteson (*et al.*, 1994) indica que a educação médica, em particular, é desafiada constantemente por três demandas associadas: a volatilidade da informação em medicina, as inovações tecnológicas que ampliam os limites da experiência sobre saúde e doença, e a necessidade de posicionar o aprendizado como algo contínuo.

O autor também defende que dentro deste panorama nos defrontamos com outro desafio: as resistências docentes às mudanças nos currículos dos cursos de graduação em medicina. Entram, então, em jogo, mecanismos de defesa docente para evitar preocupações relacionadas à mudança, a fim de que seu cotidiano não sofra reveses. Esse patamar atinge seu auge quando este profissional é solicitado a refletir sobre esses compromissos concomitantes, que geram pressupostos, ou seja, situações que não ocorrem necessariamente da maneira prevista e instalam um temor pessoal.

Vieira (*et al.*, 2013) aborda o assunto mostrando que o melhor da formação médica é decorrente do reconhecimento da complexidade das relações humanas e apesar de ser inegável a importância de ferramentas que sustentem o conhecimento científico, as instituições de ensino também devem buscar pela excelência na relação entre aluno e professor.

A deter ou atrasar o alcance de tal objetivo, está a falta de tempo ou a desvalorização da dedicação docente, além de uma organização curricular impeditiva para o compromisso, uma vez que preza por aulas expositivas, mais aceitas, mas nas quais sabidamente a interação e a exposição como modelo pessoal são limitadas. Assim, não há desenvolvimento de reflexão desejada com os estudantes, dificultando o ensinamento de valores essenciais na prática médica durante a formação do indivíduo.

Ao levarmos em consideração esta gama de argumentos e de experiências relatadas pelos alunos protagonistas, cria-se uma visão ampliada das várias circunstâncias com que se deparam enquanto alunos em início de curso, sentindo a significância tanto da teoria como da prática quando se trata de dar significância ao aprendizado, talvez mais qualitativo que quantitativo.

Não podemos negar que a extensão universitária entra com sua contribuição passando de um mero laboratório experiencial para uma legítima democratização ao ser utilizada curricularmente. Mais uma vez, o Hospital Fêmina representa uma opção,

hoje, aos 90% de inserções de ensino abarcadas pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre e quase 100% se considerar especificamente a atenção à saúde da mulher, isso sem falar nos já tão declarados múltiplos benefícios que provêm da diversificação de contextos de ensino.

Afim de que pudéssemos acrescentar valor às palavras ditas, eis que surgem personagens sem os quais esta atividade não atingiria a relevância que imaginamos ter: os preceptores, dos quais trataremos a seguir.

Sobre os preceptores

O conceito de preceptor é usado para designar aquele profissional que não faz parte necessariamente da academia, mas que tem importante papel na inserção e socialização do graduando no ambiente de trabalho (MILLS *et al.*, 2005).

Estendendo o conceito, para Botti e Rego (2008), sempre houve uma preocupação com a preparação daqueles que cuidam da saúde da população. Na educação médica, a figura de um profissional experiente, que auxilia na formação, é uma constante. O preceptor é o profissional que atua dentro do ambiente de trabalho e de formação, estritamente na área e no momento da prática clínica. Sua ação se dá por um curto período de tempo, com encontros formais que objetivam o progresso clínico do aluno. O preceptor desenvolve uma relação que exige pouco compromisso, percebido apenas no cenário do trabalho. Tem, então, a função primordial de desenvolver habilidades clínicas e avaliar o profissional em formação.

Esta atividade de extensão, o estágio extracurricular, tem como preceptores profissionais de diferentes especialidades vinculadas á área áreas da saúde e atuantes no Hospital Fêmina de Porto Alegre. Como tais têm na assistência seu campo primordial de atuação, cujo mérito é serem profissionais que embora não tenham necessariamente a prática pedagógica médica, que é considerada o domínio específico da profissão docente, atuam destacando-se pelas competências científica e relacional/afetiva que suas práticas detém, uma vez que não basta apenas conhecer o conteúdo da atividade para qual estejam momentaneamente incluídos.

O aprendizado dos alunos em estágio passa – de diversas maneiras - pela atuação dos preceptores. A este respeito, vejamos suas manifestações:

Essa foi para mim a “surpresa dentro da caixa”, uma vez que se ouve comentar a respeito dos bancos de leite, mas na verdade ainda não tinha reservado um momento para pensar sobre o assunto – como é feita a coleta e todas as orientações que envolvem a doação (sobre higiene, conserva, recipiente, situações que não permitem a doação e outras várias). Quem nos orientou e conduziu no Banco de Leite foi a Enfª Kathiuscia, com grande receptividade e disposição. Gostei da sua primeira abordagem em relação à nós: nossa primeira visita foi dedicada exclusivamente à explicações e solução de dúvidas, além da apresentação do espaço e de toda a mecânica do Banco, um passo a passo desde a ordenha e coleta nas casas e nos

quartos do hospital, a conserva em refrigeração e o processo de pasteurização, a avaliação da qualidade do leite (se próprio ou não para o consumo pelo bebê) e a distribuição/organização dos frascos em diferentes categorias e, por fim, a destinação do leite. (E2)

(...) Depois passamos pela área da oncologia, que foi, para mim, a parte mais interessante. A Doutora Carine nos ensinou muito sobre oncologia, nos explicando muitas coisas antes para depois acompanhá-la. Ela foi sempre muito prestativa conosco, ensinando muito e tirando quaisquer dúvidas que tivéssemos. Foi interessante ver o humanismo diferenciado dela, algo essencial na prática oncológica e que me motivou mais a, possivelmente, fazer essa especialidade que já me atraía muito. (E12)

Acompanhamos primeiro o setor de Infectologia, onde o médico responsável foi muito atencioso conosco, explicando-nos com detalhes como era sua rotina, os exames que pedia para cada paciente, os resultados, os medicamentos. Foi possível também observar como o médico se portava em frente ao paciente e sua relação com ele. Tal experiência mostrou-me também outro momento, de um médico um tanto rude e inadequado ao conversar com os pacientes, comportamento que não devo ter quando estiver atendendo um paciente. (E5)

As residentes permitiram que auxiliássemos segurando o aparelho que mede os batimentos cardíacos do bebê, antes do parto ser feito. Tanto os obstetras como os anestesistas nos ensinaram sobre seus trabalhos. Esse estágio foi, portanto, uma experiência muito boa para a nossa formação: ter uma oportunidade de vivenciar algo mais prático e [ter] a percepção de que o que estamos aprendendo nas cadeiras será muito útil no futuro foi algo importantíssimo para o nosso crescimento como alunos. (E12)

Estes dizeres relacionam-se muito com o que Costa (*et al.*, 2012) procura nos fazer apreender sobre momentos em que a transmissão de conhecimentos pelo professor alterna-se em segundo plano, dando espaço ao seu papel como facilitador da aprendizagem de seus alunos.

Este autor cita outra característica para um bom professor de Medicina: a necessidade de exercer a profissão fora da universidade, por possibilitar a integração teórico-prática. Para ele os preceptores, vivendo fora da academia, trazem essa vivência para o aluno em um ambiente agradável para o ensino e que é um influenciador da qualidade da aprendizagem. Suas atuações, citadas por inúmeros outros autores, merecem destaque pelas características não cognitivas ligadas à capacidade de relacionamento com os estudantes, às emoções: entusiasmo, inspiração, apoio, paixão pela profissão, flexibilidade, humor, humanidade, sensibilidade, fidelidade, paciência, solidariedade e espontaneidade.

A respeito da tarefa e características em um bom mestre (professor, preceptor etc.), referiu um dos nossos estudantes:

...ou seja, somente o conhecimento teórico não basta para um bom mestre. O lado ético (sendo um exemplo de postura, conduta e de respeito às/aos pessoas/pacientes), o prático (estimulando o ato de “independizarmo-nos” dos grandes centros de ensino, buscando conhecimento nas mais diversas situações e locais de ensino médico, como a extensão), a humildade (deixando claro que não se sabe tudo sempre, e o que estudo é um hábito para toda a vida médica) e a didática, são imprescindíveis. (E13)

Há referência clara às resistências dos docentes, o que guarda muita relação com a forma como aprenderam a ser docentes, que se restringiu, geralmente, à reprodução dos modelos considerados válidos aprendidos anteriormente (muitas vezes replicados a partir do que aprenderam com seus professores) e à experiência prática cotidiana.

Ainda dialogando com Costa (*et al.*, 2012), concordamos com a ideia por vezes inadequada de que alguns dos professores consideram meramente como *dom* a capacidade de passar conhecimento adiante, algo que não precisa ser necessariamente exercitado ou que se aprende com o tempo, sendo suficiente seguir apenas o exemplo de outros professores. As faculdades de medicina de países desenvolvidos já perceberam essa necessidade de didatismo na formação médica, fornecendo cursos para os médicos aprimorarem suas habilidades como professores. Já no Brasil esta não é uma diretiva no ensino médico, apesar de constar nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso.

De outro lado e em contrapartida, os preceptores desta atividade extracurricular receberam dos acadêmicos, também protagonistas. Manifestações que tratam deste vínculo relacional que se formou e que sem dúvida não poderiam deixar de ser incluídas neste apanhado, estão a seguir.

Agradeço pela oportunidade incrível que nos foi dada e a todos que aceitaram ser tutores dos acadêmicos, mesmo não sendo professores universitários, com certeza são professores para a vida. (E9)

Os médicos, já acostumados com a presença de estudantes, eram solícitos e nos convidavam a participar das atividades, nos explicando como eram feitos os procedimentos. As enfermeiras contribuíram de forma especial, nos explicando quais eram as vacinas e procedimentos a serem feitos com o

recém-nascido. Pude, com a ajuda da pediatra, auscultar e verificar os reflexos dos bebês. (E10)

Como profissionais qualificados, sempre buscavam nos explicar a respeito das etapas dos procedimentos. Vimos de perto também o acompanhamento pré-parto e as medidas a serem tomadas para fazer com que o parto das pacientes viesse a correr da melhor forma possível. (E18)

Durante quase três semanas, tive a oportunidade de acompanhar diversos profissionais no Hospital Fêmeina e ver como é a rotina, as dificuldades e os desafios de se trabalhar com as mais diversas situações em um hospital. Tive contato com profissionais que contribuíram positivamente para meu aprendizado. (E10)

Tanto a oncologia como o pré-natal e também o centro obstétrico, me proporcionaram experiências de grande valia e que vão, indubitavelmente, contribuir para a minha formação acadêmica e profissional. Tanto eu, como também os demais colegas que realizaram o estágio, saímos satisfeitos por termos participado. (E10)

Apreendi muito não só observando, mas também participando por diversas vezes em várias áreas em que eu nunca havia tido contato. Percebo que a participação nesse estágio me ajudou muito a consolidar o conteúdo aprendido na disciplina de Promoção e Proteção à Saúde da Mulher, além de me acrescentar muitos outros conhecimentos que eu não havia visto na disciplina. Agradeço a todos pela organização do projeto. (E14)

Além disso, a participação no estágio consistiu em uma oportunidade - para nós alunos - de vivenciarmos as dificuldades enfrentadas por profissionais e pacientes, seja no tratamento de doenças ou em momentos de alegria, como no nascimento de crianças. Os quatro setores envolvidos no estágio possibilitaram um panorama geral dos cuidados da saúde da mulher e de sua importância e repercussão na sociedade. (E15)

A Equipe foi muito receptiva e mostrou grande companheirismo, tive mesmo a chance de fazer uma avaliação dinâmica do progresso das contrações, sentindo-as por dez minutos – nós, estagiários, pudemos realizar pequenas atividades práticas, como ouvir os batimentos fetais cardíacos, e nos ensinaram como palpar corretamente para identificar a posição do bebê; isso tem um valor sem comparação, afinal sentimos que nos foi dado pelo menos um pequeno voto de confiança e nos é cobrada responsabilidade – isso contribui muito para nosso crescimento acadêmico, incentivando a competência e instigando nossa curiosidade e nosso interesse. (E2)

Mais tarde visitamos a Infectologia. Lá, quem nos recebeu foi o Dr. Mário Ferreira Peixoto e, por apenas um dia, a Dr^a Rosana da Fonseca. Ambos foram excelentes tutores e muito receptivos, oferecendo explicações e elucidando dúvidas – com a explicação do caso clínico antes de receber o paciente a compreensão das diferentes patologias era bem mais simples. (E2)

Como foi o setor em que passamos mais tempo, também foi possível observar de perto o cotidiano desses profissionais e aprender mais sobre essa área. Tivemos a oportunidade de conversar com anestesiologistas, que prontamente nos explicaram sobre a sua especialidade, como aplicar a anestesia e o que fazer durante o procedimento cirúrgico, mostrando-nos

que seu trabalho não é tão simples como alguns dizem. A crítica que tenho a fazer em relação ao Centro Obstétrico é que, como estamos bem no início do curso, ainda não sentimos ter muita liberdade para entrar nas salas de cirurgia ou de parto, já fazendo perguntas aos médicos e ficamos um pouco receosos em atrapalhá-los. Em razão disso, às vezes ficamos um pouco “perdidos” e sem saber o que fazer na sala dos médicos e acabamos sendo repreendidos por eles. (E5)

Apreendi um pouco da postura médica na iminência de uma nova vida, em frente à dor, perante situações de risco de vida e diante da insegurança das mães primíparas. Além disso, me deparei com algo que me assusta: a responsabilidade do obstetra. Em algumas situações, como um parto muito difícil ou em uma cesariana complicada, é mister tomar decisões rapidamente. A rapidez e a segurança com que os membros da equipe faziam essas escolhas me assustava. O que me assombrou é o fato de que é imprescindível saber muito para tomar decisões acertadas e rápidas. Logo: preciso estudar muito se quiser um dia fazer um trabalho sem colocar em risco a vida dos pacientes. (E16)

De outro lado, há a experiências a partir do olhar do preceptor, de como foi para ele este vínculo estabelecido com os alunos nesta relação de aprendizagem tão importante que representa o estágio. Sobre esta vivência trazemos à reflexão um trecho selecionado da entrevista com um dos preceptores:

É motivador para nós, médicos, conviver com os alunos e mostrar a nossa rotina a eles. Além disso, é estimulante ver o quanto os alunos podem aprender vendo o trabalho desenvolvido aqui no Centro Obstétrico. A maioria deles nunca tinha visto um parto normal ou uma cesariana. Ver a expressão de alegria deles ao testemunhar o primeiro parto é algo indescritível. (P6)

Graças a essas características, a relação entre o mais jovem e o mais experiente é importante durante o processo de profissionalização (Sambunjak *et al.*, 2006), incluindo o desenvolvimento de um corpo de conhecimentos e atitudes dos médicos. É importante sublinhar que não se pode confundir essa função com a de outros profissionais, aos quais o jovem médico pode e deve ser encaminhado quando necessário: psiquiatra, psicólogo, psicopedagogo, assistente social e, até mesmo, a algum religioso. Concordamos com os autores quando afirmam que o profissional experiente deve ser aquele que faz o jovem em formação honrar seus sonhos e pontos de vista; ele pode trazer à tona o que o mais novo tem de melhor e ajudá-lo a

desempenhar seu papel, mostrando que cada um é realmente importante no mundo em que vivemos.

E ainda que esta sucessão de manifestações traduz uma troca de experiências, de quem sabe como fazer e de quem quer apreender como atuar. Mas se fosse uma simples troca, os ganhos seriam unilaterais, egoisticamente e reduzidamente para um só lado: de quem sabe para quem ainda não sabe, em processo de aprendizagem. No entanto, sabemos que abrangem bem mais do que isso e o aprendizado é coletivo e inter-relacional: alunos entre si, preceptores com seus aprendizes e os alunos com os seus preceptores. As sensações afetivas transbordam quase que espontaneamente, em um claro reflexo do contexto que se cria quando motivos comuns são oferecidos.

E frisamos: nada melhor do que novos cenários de aprendizado, para mostrar a diversidade e a não linearidade das ações. Novamente apontamos a importância que o Hospital Fêmina representa neste processo, especialmente em se tratando de saúde pública.

Passamos à obstetrícia, *per se*, a partir do próximo capítulo e seguintes, tratando especificamente dos cuidados à gestante, parto, nascimento, amamentação.

Os cuidados com a gestante

No acompanhamento pré-natal é oferecida ao estagiário a oportunidade de efetuar o primeiro contato com as pacientes, atendendo-as e registrando suas queixas, tirando dúvidas pertinentes, caso já tenha o conhecimento necessário para isso, orientando condutas que favoreçam a saúde da gestante e do bebê.

Essa prática é toda supervisionada pelo profissional médico, o qual toma ação ao final da consulta para agendar retorno e solicitar exames, além de intervir quando necessário.

Ademais, procedimentos de rotina nas avaliações de pré-natal são ensinados ao estudante: aprende-se a auscultar os BCFs (batimentos cardíacos fetais) com o uso do sonar, a medir corretamente a altura uterina (permitindo calcular o tempo gestacional estimado) e a estimar também a data provável do parto (DPP) com o uso de um gestograma.

Esta coleta de dados pode até causar algum estresse, especialmente se tratando de neófitos estudantes iniciando sua caminhada. Ainda assim, ao final, resta a satisfação pelo experienciado.

No depoimento de uma das alunas, temos a percepção de que se trata de um ambiente bastante distinto daquele que ele veria, por exemplo, na oncologia; é possível a ele perceber a felicidade das gestantes pela espera de seus filhos e onde teve a oportunidade de realizar vários destes exames físicos, o que o gratificou pela oportunidade de ter contato com a paciente e perceber sua felicidade ao ouvir os batimentos do seu bebê.

No primeiro dia, confesso, fiquei um tanto apavorada com a quantidade de informações que eram necessárias para a compreensão e entendimento daquelas consultas. Tive um pouco de dificuldade em utilizar o disco que calcula a data provável do parto, em entender os exames que eram solicitados, em saber interpretar a carteirinha da gestante, entre outras coisas. Por outro lado, não posso negar que tudo isso me motivou ainda mais a chegar em casa e estudar mais a respeito do pré-natal e gestação de alto risco. Além disso, foi incrível poder ter um contato mais próximo com as pacientes. (E7)

E aí, surgem também situações problemáticas e outras nem tanto:

...como a situação de uma mãe depressiva, que estava na quarta gestação e não desejava a criança, também por rejeição do suposto pai que negava a paternidade. Outro caso que me chamou muita atenção foi a de uma senhora que estava grávida de gêmeos e descobriu que contraiu HIV durante a relação desprotegida. Em ambas as situações, foi necessária grande habilidade do médico para lidar com essas situações, fazer o encaminhamento adequado e tentar dar suporte a estas gestantes para que ocorresse uma gravidez adequada e condições para que estas crianças tenham um nascimento saudável. (E15)

Com o contato direto com os casos proporcionado pelo projeto extracurricular, surgem aos alunos outras oportunidades de efetuar uma aproximação e vinculação com os conteúdos curriculares, proporcionando-lhes a significância dos conteúdos de forma prática.

Vejamos:

O pré-natal nos proporcionou integrar nosso conhecimento teórico da disciplina Promoção e Proteção da Saúde da Mulher, que tivemos na faculdade com a prática, consolidando, assim, o conhecimento. Aprendemos a ver os BCF, medir altura uterina etc. Apesar do pouco tempo de acompanhamento às consultas de pré-natal, pude observar uma evolução significativa da minha comunicação com as pacientes. No primeiro dia me senti insegura para tocar na paciente e até mesmo conversar, ao contrário do segundo dia. (E8)

Ali percebi também muitos dilemas diferentes em cada contexto. Tive também a oportunidade de colocar em prática o que havia visto na teoria e auxiliar com parte do exame físico nas gestantes, o que foi uma experiência muito motivadora. (E11)

Ainda que se tratando de um período bastante curto e no qual somente uma pequena parcela de alunos teve acesso, reafirmam objetivamente ser parte importante de seu aprendizado a parte técnica, mas o contato com as mães, aflitas, cheias de dúvidas e preocupações quanto à sua gestação, foi o que tornou suas vivências nessa extensão realmente proveitosa e marcante, segundo seus comentários.

O nascer e o significado do acolhimento

Vivenciamos um momento em que assume extrema relevância a humanização na assistência ao trabalho de parto e ao nascimento, não apenas pela legitimidade da ciência que lhe envolve, mas especialmente como mais um elemento na defesa dos direitos femininos.

Como tal, não poderia ser diferente a formação dos profissionais de saúde, estimulando-os a visualização a partir da participação concreta, o que nos foi possível captar através de seus relatos, nos quais diferentes aspectos emergem no amplo espectro da atenção tanto em relação a paciente em si como da assistência oferecida.

A seguir um deles, bastante exemplificativo das sensações e emoções causadas diante desta experiência:

Essa foi a melhor parte de todas. Eu gostei tanto que fui mais vezes do que precisava. Eu presenciei vários partos, tanto normal, quanto cesárea, assisti a várias curetagens - inclusive participei de uma -, coloquei várias vezes o MAP, verifiquei quantos centímetros de dilatação as grávidas estavam através do toque vaginal, coloquei o BCF várias vezes e fiz muitas outras coisas. Foi muito legal, valeu muito a pena; gostei muito mesmo! (E14)

Segundo Rebello (*et al.*, 2012), de todos os aspectos relacionados à humanização do parto, visivelmente salienta-se o do *acolhimento da gestante*. Este, por sua vez, está relacionado a um contexto de humanização associado à inclusão da paciente, havendo – desta forma - uma centralização do processo do parto na paciente e não no médico.

Além disso, este autor ressalta a importância da gestante poder contar com um acompanhante no momento do parto, algo que já é lei em nosso país. Mais que isso, é uma medida que, embora pareça simples, pode mudar completamente a forma como a mulher reagirá ao parto, tendendo a trazer repercussões muito positivas. É um fator que contribui para a visão do parto como um processo fisiológico e mais natural.

Há outro aspecto também fundamental para melhor humanização do parto: a humanização relacionada à *assistência adequada* e dentro dela, um aspecto importante é a *tecnologia do cuidado*.

Retomamos outra resenha, esta do aluno Eduardo Mazzocato, sobre este artigo de Rebello (*op. cit.*). Salieta ele que não é incomum as pessoas vincularem a ideia de parto humanizado a algo não associado às tecnologias médicas, a algo menos tecnológico. Porém, na realidade não trata-se disso. O uso adequado das tecnologias disponíveis é fundamental para maior segurança no parto e para propiciar um parto mais humanitário. Muitas vezes os estudantes não têm uma noção aprofundada sobre esta questão e nem sobre a relação entre humanização e tecnologia. Entretanto, é importante introduzir esclarecimentos e debates a respeito no ensino de medicina, bem como garantir a participação de equipes multiprofissionais, o que sugere uma valorização do papel de vários profissionais em saúde e não apenas do médico. É importante que haja uma relação saudável entre os diferentes profissionais da equipe multiprofissional, fazendo com que a humanização também não tenha foco apenas no paciente.

Retomando Rebello (*op. cit.*), quando se considera a discussão sobre a humanização a partir da perspectiva de estudantes de Medicina, este autor aponta dois temas amplos, extremamente relevantes e atuais: o processo de humanização da assistência ao parto e a educação médica, notadamente ao associar aspectos humanísticos aos aspectos biomédicos da assistência, caracterizando o processo de mudança que vivenciamos na educação médica e que culminou com as novas diretrizes curriculares para o curso de medicina (DCN/Med). Obviamente, essa mudança é gradual e de longo prazo, necessitando, sobretudo, da sensibilização dos docentes para sua implantação.

Como frisamos anteriormente, a educação médica, em particular, é desafiada constantemente por três demandas associadas: a volatilidade da informação em medicina, as inovações tecnológicas que ampliam os limites da experiência sobre saúde e doença, e a necessidade de posicionar o aprendizado como contínuo (VIEIRA *et al.*, 2013 *apud* TOSTESON, 1994).

O processo de humanização da assistência ao parto é amplo e analisá-lo sob a perspectiva de estudantes de medicina é um caminho, mas existem muitos outros

envolvidos, principalmente se considerarmos uma instituição de ensino. A avaliação das concepções sobre esse processo por parte das pacientes, dos professores e dos outros profissionais envolvidos é extremamente importante para uma melhor compreensão do ensino, aprendizagem e prática da assistência humanizada ao parto.

Facchini (2002), ao tratar da Medicina Baseada em Evidências (MBE), ressalta aspectos importantes deste processo de construção de um novo paradigma de modelo de ensino:

A superação da crise da Medicina requer a utilização de todo o arsenal técnico-científico disponível, incluída a MBE. Mas, dificilmente a utilização da MBE canalizará as transformações capazes de superar a crise da prática médica, caso suas raízes estruturais permaneçam intocadas. A relevância dos recursos da MBE é indiscutível, mas não há protocolo capaz de tornar um médico mais receptivo e acolhedor às demandas dos pacientes, caso não ocorra uma revolução do paradigma médico, hoje fortemente vinculado à prescrição de medicamentos e exames complementares e ao encaminhamento a outro nível de complexidade do sistema de saúde. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832002000200012&script=sci_arttext; último acesso em 11.12.2014.

Alinhando este ponto, retomamos Rebello (*et al.*, 2012), que afirma:

O momento é de desafio: Contemplar a prática da assistência médica atual nos moldes da humanização, oferecendo tecnologia adequada, associada à ética relacional e, ainda, preparar os futuros profissionais de saúde para essa nova prática em um momento de reestruturação curricular e de reflexão sobre a vida de estudante e de médico. Sem dúvida alguma, essa reflexão envolve a recuperação do desejo e do prazer de cuidar do próximo não apenas como uma forma de trabalho ou de se superar tecnicamente, mas também como um modo de ajudar o outro e concretizar uma troca de experiências, enriquecendo os dois lados, o do médico e o do paciente” (REBELLO *et al.*, 2012, p.195).

Destacamos, então, outra sequência de manifestações discentes em suas incursões tão neófitas e por isso plenas de memorizações.

Pude presenciar também a realização de alguns partos normais, admirando o grande esforço feito pelas mães, certamente recompensado pelo nascimento de seus filhos. Além disso, assisti a cesáreas, que me deixavam com um sorriso quando eu via o bebê sair e chorar pela primeira vez. (E6)

As histórias para levar serão muitas: o encanto ao assistir uma cesárea pela primeira vez e ver, pela primeira vez, um ser humano nascer; o fascínio pela

fisiologia e anatomia humana ao assistir um parto normal; a apreensão que senti quando foi necessário usar um fórceps para retirar o bebê; o nascimento de gêmeos, cuja mãe chorou ao vê-los juntos nos braços do pai, o qual ficou mais tarde entre os dois berços, acariciando um com cada mão. (...) Durante este semestre, várias vezes, estive em contato com pacientes, principalmente na cadeira de Semiologia, entretanto nunca tinha presenciado procedimentos como partos, cesáreas e curetagens. Acredito que os seis plantões no C.O., aprendendo os cuidados de higiene e sua importância para controle de infecções, observando as técnicas realizadas nos procedimentos e em todo o período de trabalho de parto, constituíram um diferencial positivo na minha vida acadêmica. (E15)

E a amplitude das situações foi dando chance a concatenações que a biologia lhes havia fornecido em algum tempo e lugar.

Também observei curetagem. Nesse procedimento, senti-me incomodada com a situação. Em umas das mulheres que induziu o aborto houve a expulsão, no momento da curetagem, do saco vitelínico. Ou seja, o embrião estava apenas no início da sua formação. Foi tão triste ver essa cena, fiquei emocionada. De um modo geral, gostei muito de acompanhar os procedimentos no Centro Obstétrico, pois estive mais próxima da ginecologia e pude aprender bastante. (E20)

A vivência concreta dos casos traz consigo a temporalidade a eles inerente e nem sempre incluídos no pacote de conhecimentos fornecidos até então aos alunos. E, mesmo que o fossem, ainda assim não trariam os complementos que só a emoção pode explicar.

Pude perceber como é necessário agilidade e rapidez por parte dos médicos e enfermeiros para atender a grande demanda dos pacientes. Pude acompanhar toda a assistência pré-parto. Encontrei realidades bastante diferentes em parturientes, como usuárias de crack, alcoólatras, jovens que estavam tendo seu terceiro ou quarto filho (...) algo muito prevalente em nossa sociedade. (E19)

Sem dúvida, os plantões foram os momentos mais intensos do estágio. A expectativa de finalmente poder assistir a um parto era muito grande e acredito que eu tive muita sorte porque, ao total, consegui assistir a dois partos e quatro cesáreas. Jamais me esquecerei do primeiro parto que vi, foi um dos momentos mais lindos e intensos que já vivi: ver e sentir de perto a emoção da mãe misturada à dor do parto que logo é recompensada pelo choro do bebê não tem explicação. (E7)

O ineditismo dos fatos e das circunstâncias tem seus momentos próprios e particulares. Certamente vão modular muitas das ações futuras, sobretudo quando recordarem das primeiras situações em que puderam “colocar as mãos na massa”.

Num primeiro momento foi bastante assustador acompanhar a realização de uma cesariana, nos pareceu muito brutal a maneira como ela foi realizada, mas no fim, ver aquela criança emergindo, aparentemente saudável e toda suja, nos deixou boquiabertas. Os partos normais também nos deixaram muito impressionadas, primeiro pelo visível sofrimento da mãe com as contrações e, por fim, a emoção de todos quando a criança era passada para os braços dos pais, com o pai chorando e a mãe totalmente esquecida da dor excruciante que estava sentindo momentos antes. Realizamos “nosso primeiro parto”, auxiliamos na expulsão de uma placenta, a pedido do obstetra que pensou que éramos acadêmicas mais adiantadas no curso. Ficamos completamente apavoradas, tanto que eu não conseguia calçar as luvas esterilizadas, mas no final, tudo correu perfeitamente bem: fizemos a massagem abdominal e puxamos a placenta com o cordão para fora. Conseguimos participar dos testes e medições feitos pelas enfermeiras e também os feitos pela pediatra nos recém-nascidos como, por exemplo, o reflexo da deambulação, da fuga da asfixia, da espada do samurai, Babinski, Monroe, entre outros. Outro evento especialmente chocante foi a chegada de uma mulher com fortes dores abdominais e suspeita de gravidez ectópica numa das trompas. Após a realização dos exames pré-operatórios ela foi encaminhada para uma cirurgia de emergência, na qual retiraram mais de dois litros de sangue do seu abdome e constataram que realmente era uma gestação fora do útero. (E18)

Nos plantões, desfiz conceitos que tinha oriundos dos conhecimentos teóricos, pois não tinha real noção da possível duração de um trabalho de parto, a forma como as mulheres manifestam suas dores, o monitoramento constante etc. Aprendi a ter iniciativa, como pedir para residentes, doutorandos e enfermeiros para me explicarem determinados procedimentos, por exemplo. (E8)

No pré-parto reconheci a expectativa diferente que cada mãe trazia pelo filho que nasceria. Já na sala cirúrgica, além das partes técnicas, era possível perceber o alívio e a alegria dos pais e da equipe após cada novo choro. (E11)

As expectativas e as vivências de cada um deles representa um ganho a mais nos seus aprendizados. Cotejar o antes e o depois dá a noção de como somos indivíduos que ao refletir sobre isto ou aquilo agregamos o valor que estas situações fazem por merecer em nossa construção como médicos, para além do próprio conhecimento científico.

O estímulo à amamentação

A presença e atuação inicial de alunos de medicina em um hospital dedicado à atenção à mulher – tal como o Fêmina -, resguarda a eles, através do setor da amamentação, a possibilidade de associar os conhecimentos teóricos sobre aleitamento materno com a prática vivenciada por dezenas de mulheres diariamente no seu puerpério. Estimulando-os a conversar com as puérperas, a observar a técnica e também a apontar e a corrigir erros “de pega” quando for necessário, contribui-se para a redução destas dificuldades não tão infrequentes, principalmente entre as “mães de primeira viagem”.

Além disso, lhes é apresentada a rotina no Banco de Leite Humano (BLH), na qual se inclui o processo de pasteurização. Ao estudante são oferecidas as possibilidades de acompanhar os procedimentos, incluindo a coleta residencial.

Em suma, este é um setor que agrega grande quantidade de experiências que invariavelmente contribuirão com a formação médica de cada estudante de várias formas.

Exemplo disso é um dos depoimentos dado para a edição do livro de relatos discentes de 2013, no qual a aluna Natalia Vasconcellos fez esta descrição sobre a técnica a ser adotada para uma amamentação adequada.

* As mamas devem estar completamente expostas e o bebê deve estar vestido de maneira que os braços fiquem livres, isto é, não deve estar enrolado.

* O apoio dos pés acima do nível do chão é aconselhável.

* Manter corpo e cabeça do bebê alinhados.

* O braço inferior do bebê deve estar posicionado ao redor da cintura da mãe, de maneira que não fique entre o corpo do bebê e o corpo da mãe.

* O corpo do bebê deve estar fletido para a mãe, com as nádegas firmemente apoiadas. Barriga do bebê/barriga da mãe. O nariz da criança deve ficar na altura do mamilo.

* Pescoço do bebê deve estar levemente estendido.

* A mãe deve segurar a mama em forma de C, com o dedo polegar colocada na parte superior da mama e os outros quatro dedos na parte inferior, tendo o cuidado de deixar a aréola livre. Os dedos não devem ser colocados em forma de tesoura.

* O bebê deve abocanhar além do mamilo, parte da aréola, uma vez que os seios lactíferos devem ficar no interior da sua boca para que o leite seja ordenhado por meio de compressão dos seios contra palato e movimentos peristálticos da língua, de frente para trás. O bebê deve abocanhar mais a aréola na parte inferior do que na superior.

* A pega adequada é assimétrica.

* O queixo do bebê deve estar tocando a mama, com as narinas desobstruídas.

* A boca mantém-se bem aberta colada na mama, sem apertar os lábios e com estes curvados para fora. A língua do bebê fica sobre a gengiva inferior e curvada para cima nas bordas. As mandíbulas do bebê devem se mover durante as mamadas e a deglutição deve ser audível (isso pode não ocorrer nos primeiros 2 a 3 dias devido ao pouco volume de leite).

* Além disso, visualizamos fatores que consistem em uma técnica incorreta de amamentação, sendo, alguns destes:

- * bochechas do bebê encovadas a cada sucção.

- * ruídos da língua.

- * mama aparentando estar esticada ou deformada durante a mamada.

- * mamilos com estrias vermelhas ou áreas esbranquiçadas ou achatadas quando o bebê larga a mama. (BUCHABQUI, 2013, p. 67-68)

Ainda sobre a amamentação, observemos outros relatos:

No primeiro dia no Banco de Leite do hospital (...) vimos os princípios básicos sobre amamentação e funcionamento do Banco. Através de vídeos educativos e de colocações das nutricionistas responsáveis, aprendemos como instruir as mães sobre a importância da amamentação de forma saudável, com o bebê em posições confortáveis possibilitando, assim, uma pega correta e um ato prazeroso para a mãe e para o bebê. Durante os outros dois dias acompanhamos e ajudamos nas atividades das nutricionistas, aconselhando e ensinando às pacientes a forma correta de amamentar. Amamentar parece um ato simples que, muitas vezes, não ganha atenção do profissional da saúde. Entretanto, seus inúmeros benefícios tanto para o desenvolvimento da criança como para a mãe, evidenciam a importância dos serviços que auxiliam nesse momento. Ao final do estágio no aleitamento, além das técnicas, ficou gravado o diferencial que a ajuda do serviço pode representar, o que foi reforçado ao ver a felicidade de cada paciente ao conseguir amamentar seu filho sem dor. (E15)

A angústia de mães não capazes de amamentar adquire contornos inimagináveis e muitas vezes quase irremovíveis, caso em que a palavra de apoio e a adequada orientação fazem a diferença.

Então, chegamos ao Banco de Leite. Foi uma experiência boa, pudemos aprender bastante sobre outro lado da área da saúde que normalmente não temos muito contato. Todas as profissionais que nos receberam tentaram nos explicar sobre como funcionava e como era importante o Banco de Leite. Também reforçaram o que já tínhamos aprendido sobre a importância da amamentação. Além disso, pudemos ver também o trabalho delas auxiliando mães que tinham dificuldades e estavam muito angustiadas em poder amamentar. (E12)

Observações importantes sobre o BLH seguem nos depoimentos a seguir, questões mais tensas, como ser desconhecido até da própria comunidade médica, que frequentemente prescreve o leite industrializado em detrimento do leite humano, sem qualquer justificativa relevante para esta conduta.

Eu já havia ouvido falar sobre esse trabalho, todavia nunca tinha presenciado. Foi interessante visualizar a coleta de leite, a pasteurização e a análise de pH. Durante as coletas, conversamos com as mães. Elas nos contaram como havia sido o parto, a maioria com muita dificuldade. Por causa disso, já que seus filhos estavam na UTI neonatal, elas doavam seu leite para ser fornecido a eles. A tristeza das mães por estarem longe de seus filhos, unidas apenas pela doação de leite, fez-me pensar sobre a importância da conscientização das mulheres em relação à doação de leite materno. Além disso, também aprendemos sobre a importância da amamentação nos primeiros meses de vida do bebê. Todavia, o Banco de Leite ainda não é muito conhecido na sociedade, inclusive pela comunidade médica, que não tem o hábito de prescrever o leite doado para os bebês cujas mães não conseguem amamentar. (E20)

A desmistificação de tabus é outra tarefa relevante:

O incentivo ao aleitamento materno foi outro ponto que chamou minha atenção e hoje a tem para sempre – vi o quanto é preciso enraizar na sociedade a necessidade desse hábito e quantos mitos giram em torno dessa prática, atrapalhando a sua consolidação (o medo das mães, por exemplo, de que o leite seja “fraco” e não sustente a criança, antecipando a introdução de outros alimentos e líquidos; acreditar que os seios “caem” por conta da amamentação e a técnica incorreta que pode feri-los são outros exemplos). (...) Mais do que apenas conhecer a mecânica do processo, ampliei minha visão associando as pacientes e os bebês que estavam diretamente ligados ao Banco de Leite: mães de bebês prematuros os quais não podiam ser amamentados diretamente por elas, bebês na UTI neonatal em mesma situação; mães de bebês saudáveis que, com a possibilidade de doar o leite que o filho não consumiu, viram na doação a chance de ajudar e nesse ato, querendo ou não, incentivar o aleitamento materno. (E2)

E na continuidade, as falas valem por si mesmas e demonstram sempre a validade das vivências práticas.

É indiscutível a importância do leite materno e amamentação nos primeiros anos de vida de um indivíduo. Além de proteínas e lipídios, junto com o leite vai o amor e a ligação materna entre mãe e bebê. Por isso, problemas que interfere na correta amamentação gera uma angústia terrível para a mãe e retira a criança de uma alimentação rica e balanceada para a idade. Assim, acompanhamos as preceptoras, nutricionistas, que nos ensinaram a observar a pega correta, coleta de leite e manobras especiais que potencializa a amamentação. Em PPSM, tivemos aula de aleitamento e uma monitoria. Porém, nada comparado com a incrível perícia e paciência das profissionais em ensinar, mostrar as técnicas corretas. Não obstante, acompanhamos procedimentos internos, como pasteurização do leite e coleta de leite das doadoras. (E4)

No aleitamento, pude aprender todo o processo de coleta e conservação do leite materno que é feito no Banco de Leite do Hospital Fêmea. Eu nunca havia pensado no fato de que existem muitas mães que não podem amamentar seus bebês e que precisam do serviço do Banco de Leite. (E14)

Do incentivo à amamentação partimos para as experiências nem prevenção e acompanhamento de nossas pacientes oncológicas genitais, tanto quanto ou mais importantes de acordo com as circunstâncias, mas também componente de mais um dos setores de vivência e de oportunidade de conhecimento por parte dos alunos.

Os sentimentos na oncologia clínica

O envelhecimento da população mundial e o estilo de vida atual têm elevado as doenças neoplásicas a um patamar de segunda maior causa de óbito, perdendo apenas para causas cardiovasculares. A população feminina entra nesses dados com altas taxas de câncer de seios, ovários, endométrios entre outros. Assim, o Fêmina trabalha com mulheres com os mais diferentes tipos e estágios de neoplasias, oferecendo tratamento e apoio para os familiares.

E4

Desta breve epígrafe com um excerto de depoimento discente emerge a importância que o Hospital Fêmina adquire ao incluir esta atenção especializada dentre suas atividades assistenciais, através de um programa específico, no qual suas equipes médicas e multiprofissionais oferecem seus conhecimentos ao grupo de alunos de graduação em medicina.

O acompanhamento junto ao setor oncológico permite ao estudante analisar a relação médico-paciente em casos onde o paciente encontra-se em extrema fragilidade emocional. Aprendem também a importância de levar informação às pessoas/pacientes, esclarecendo pré-conceitos, estigmas e medos em relação à doença e como isso melhora a forma como encaram seu tratamento e ampliam suas perspectivas.

Além disso, é uma oportunidade para o graduando antecipar a prática de procedimentos aprendidos na faculdade, como exame físico em mastologia. Assimila também conhecimentos teóricos que aliados à observação prática, aumentam a fixação e o real entendimento sobre o tema. Entretanto, apesar da gama de vocabulários, tipos, exames, formas de tratamento e estadiamentos oncológicos com que o aluno tem contato, o principal objetivo dessa vivência está centrada no caráter humano da consulta observada, tão particular em casos de câncer.

A diversidade de situações e histórias que são apresentadas ao aluno extensionista visa desenvolver sua sensibilidade e compaixão, atributos indispensáveis para o exercício de sua futura profissão.

Retomamos a voz discente, com diferentes nuances, relato rico e muito interessante, acima de tudo na parte final.

A Dra. Carine nos apresentou à equipe e mostrou o andar da oncologia. Nesse dia, acompanhamos a Dra. nos atendimentos daquela tarde. Foi muito interessante vê-la se comunicando de maneira tão carismática com as pacientes, que estavam tão debilitadas física e psicologicamente. Observamos a maneira como ela se comunica com as pacientes a fim de informá-las sobre o diagnóstico tratamento, reações adversas, prognóstico. Além disso, tivemos a oportunidade de aprender sobre ortotanásia. Foram dias que me impressionaram muito, tendo em vista a gravidade dos casos. Sim, o diagnóstico de câncer, na maioria das vezes, é o fim de um ciclo, é o fim da vida; mostra-nos que temos um prazo de validade, por vezes, definido. Defrontei-me com sentimentos de tristeza, resignação, medo, angústia e comoção. Percebi o quão difícil é lidar com esse tipo de enfermidade. Por outro lado, também foi gratificante observar a melhora das pacientes e saber que algumas sairão daquele lugar com o câncer controlado ou curado. Além disso, tão especial foi ver o esforço da doutora de, quando a paciente encontrava-se em estado terminal, tentar amenizar o sofrimento por meio de medidas paliativas. Percebi que não importa dar anos de vida para a paciente, mas sim dar vida aos anos. Por tudo isso, eu gostei bastante de ter conhecido melhor a oncologia. (E20)

Os relatos seguintes proporcionam sentir o quanto é importante esta interação médico/paciente neste momento crítico da vida, por isso relatá-los adquire uma significância que a teoria não alcança, por ser real, concreto e verdadeiro.

Na segunda semana do estágio, passei pela oncologia, com o Dr. Moacir. Imaginava, anteriormente, que seriam consultas marcadas por tensão, devido à gravidade das doenças abordadas. No entanto, fui surpreendido pela abordagem tranquila e tranquilizadora do médico. Surpreendido também pela força e pela superação das pacientes, dentre as quais uma submetida à quimioterapia por mais de três anos, mas que ainda assim estava ali, disposta a continuar, sorrindo. Outra situação de destaque foi a alegria de uma senhora ao saber que o seu tratamento seria por hormonioterapia e não envolveria (ao menos neste momento) quimioterápicos. (E6)

Fomos muito bem recebidas pela Dr^a Carine que dividia espontaneamente conosco a prática médica: contava-nos o caso clínico de cada paciente que visitaríamos antes de chegarmos ao leito, comentava a respeito da conduta que estava sendo feita, o prognóstico e a evolução; da mesma forma,

quando nos registros eletrônicos, explicava cada caso, cada exame e o que o seu resultado sugeria. Estava sempre pronta a responder nossas dúvidas diversas. (E2)

E as sucessivas revelações gratificam, por revelar sentimentos que necessitam cada vez mais serem salientados, dignificados, pois farão diferença nos futuros profissionais: o carinho, o acolhimento e a humildade.

Primeiramente passei pela área de oncologia, onde vi um ambiente bastante triste e sombrio. Eu e minha colega acompanhamos os atendimentos do Dr. Moacir e pude perceber como o profissional de oncologia necessita de habilidades para tratar de situações bastante delicadas e muitas vezes incompreendidas pelo próprio paciente. Presenciei um caso de uma paciente que entrou em depressão desde que soube que estava acometida pela patologia, o que exigiu uma habilidade ainda maior do médico para lidar com a situação de forma eficiente. Foram duas manhãs de aprendizado na área de oncologia, que foram muito válidas para o enriquecimento do aprendizado teórico já visto em aula. (E19)

Quantas vezes tratamos sobre o dever de cuidar, de tratar pessoas e não doenças; pois isto é bastante salientado e precocemente:

No estágio na Oncologia acompanhamos a Dra. Carine em suas visitas às pacientes internadas por cânceres ginecológicos. Ela nos ensinou alguns conceitos básicos de oncologia e nos explicou sobre suas atividades no Fêmnia. Acompanhamos também a conversa com um familiar de uma paciente em estado terminal com cuidados paliativos. Ficou clara a importância da sensibilidade e da responsabilidade que o médico deve ter nesses momentos críticos da vida, não só de seus pacientes, como também de seus familiares. Observar as atitudes coerentes e humanas da médica, frente a situações críticas, com pacientes fragilizadas, reforçou ainda mais um valor fundamental para mim que, às vezes, é deixado de lado: como estudante e futura médica cuidarei e tratarei de pessoas e não de doenças. (E15)

A seguir, passamos pela Oncologia. (...) Pudemos acompanhar também uma parte das anamneses com a Dra. Carine, extremamente prestativa, explicando-nos inclusive assuntos gerais da prática médica quando não tínhamos mais casos de neoplasias para discutir. Muito respeitosa com suas pacientes, tentando sempre fazer o tratamento necessário sem desconsiderar os desejos de cada uma delas. Esse setor foi especialmente importante para mim, pois despertou meu interesse em relação à Oncologia, área sobre a qual eu não tinha grande conhecimento antes. (E5)

Interessante verificar que os alunos, mesmo ainda não tendo o domínio pleno (ou mínimo) do conhecimento sobre o tema, identificam o quanto se amplia a atenção às pacientes:

Juntamente com o Dr. Moacir, acompanhei pacientes da oncologia em suas consultas de rotina e em sessões de quimioterapia. Mesmo ainda não tendo o conhecimento completo sobre como um câncer se desenvolve e é tratado, pude ver o quanto ele interfere na vida daquelas mulheres. E que por mais problemas que tenhamos, sempre encontraremos força nas pessoas que passam por essa situação. Pude ter uma noção de como funciona o início do tratamento e como é o acompanhamento dessas pacientes, desde o diagnóstico, até a cura completa. (E10)

Junto ao Dr. Moacir, oncologista, vimos mulheres realizando tratamento contra o câncer, outras já em remissão, enquanto algumas iam lá para receber o diagnóstico indesejado. Percebemos a real importância do autoexame de mama e também da realização dos exames preventivos do câncer de colo de útero. Acredito que se a maioria daquelas que lá estavam adotassem esse costume preventivo muitas teriam conseguido descobrir suas lesões bem no início e talvez não precisassem sofrer tanto com a ansiedade pela eficácia do tratamento ou não, posto que esses casos possuem um prognóstico bem positivo quanto à cura quanto mais cedo forem descobertos. Houve algumas pacientes que suspeitamos que fossem portadoras do gene BRCA1 ou BRCA2, principalmente porque tinham pouca idade quando aconteceu o diagnóstico. (E9)

Durante o módulo de oncologia acompanhamos as consultas. Foi muito válida essa experiência, pois o Dr. Moacir nos explicava o caso de cada paciente e ao final de cada dia ganhávamos cópias dos casos para podermos estudar melhor em casa. Aprendermos como é a relação médico-paciente em consultas, que na maioria das vezes, tratavam de assuntos delicados, como um diagnóstico ruim. (E8)

A primeira semana foi no setor de oncologia, que pelo que ouvi, era uma área que poderia render experiências fortes. De fato, cada história tinha suas sutilezas. Percebi que a relação entre médico e paciente ali era diferente também: havia uma expectativa muito grande vinda das pacientes e o médico, além de interpretar as pastas de exames, precisava lidar com o misto de sentimentos que entrava toda vez pela porta e com a impressão que eles lhe causavam. (E11)

A seguir passaremos à infectologia, o último setor no âmbito da saúde da mulher no Hospital Fêmina a ser tratado neste livro; nele veremos que assim como a oncologia, a experiência foi essencial ao aprendizado discente aliado à obstetrícia.

A infectologia e seus desdobramentos

O setor de infectologia e transmissão vertical (de mãe para filho) do Hospital Fêmeina, do ponto de vista do discente, tem como objetivo a demonstração de como se procede em uma consulta de pré-natal diferenciada para uma gestante HIV positivo (HIV+), devendo ser feita com extrema cautela, uma vez que há a possibilidade do vírus ser passado para o feto.

Além disso, a passagem pelo setor ensina como funciona a manutenção dos cuidados para as crianças filhas de mães HIV+, por exemplo, através da informação de como é o leite em pó usado para nutrir os bebês - tendo em vista que mães soropositivas não podem amamentar -, assim como de que forma ele é distribuído às famílias.

O setor também abrange o tratamento de mulheres com Hepatite C, que precisam receber injeções regularmente. Com isso, o estudante de medicina pode presenciar a dificuldade e a emoção do dia-a-dia de uma parte do hospital voltada exclusivamente para o cuidado de mulheres portadoras de doenças graves as quais, ainda assim, conseguem levar a sua vida e a de suas famílias da melhor maneira disponível a elas.

Da resenha do aluno Guilherme Reis sobre artigo de Morita (*et al.*, 2012) temos que em um enfoque em que predomina a observação, o acolhimento e o sentimento vivenciado pelos alunos durante a continuidade de sua formação médica, existe maior possibilidade de aprofundamento em múltiplos espaços permitindo-lhes a aquisição de diversas habilidades, sendo a maioria delas aplicadas não só na prática clínica, como também na vivência pessoal. Ou seja, as disciplinas do curso de Medicina trazem o conhecimento sobre HIV/AIDS das mais diversas formas e com diferentes maneiras, sendo abordado até mesmo o contato com os lados físico e emocional dos pacientes

acometidos. Esta é uma pequena, mas significativa amostragem que a temática tem a oferecer.

Mas muito do que sabemos sobre o assunto, também trazemos de nossa vivência em sociedade (família, escola, meios de comunicação). Todavia, como profissionais de saúde, temos o dever de saber além do mínimo necessário. Só assim saberemos orientar pacientes de forma adequada e também nos protegermos efetivamente. Não raro, esse conhecimento é deficitário nas escolas médicas.

Morita (*et al.*, 2012) relata que após algumas décadas de conhecimento sobre HIV/AIDS revelam a necessidade de mudanças na abordagem do ensino para transformação das posturas dos futuros profissionais. Quando busca identificar o conhecimento sobre HIV/AIDS entre alunos do 5º ano de um curso de medicina, identificou uma autoavaliação positiva sobre o conhecimento em relação ao HIV/AIDS atrelado à formação durante a graduação, principalmente no que diz respeito à biossegurança para o exercício profissional.

Para esta autora, “a instituição formadora deve ser responsável pela consciência crítica capaz de desenvolver a prevenção como a melhor forma de controlar a doença” (disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022012000400007&script=sci_arttext; último acesso em 11.12.2014). Não raro, esse conhecimento é deficitário nas escolas médicas. Neste sentido, afirma, os resultados deste estudo indicaram que as escolas médicas precisam rever como seus alunos, enquanto cidadãos expostos a estes riscos estão sendo orientados não somente nos cenários de prática médica, mas em sua vida social. A expectativa é que um aluno do internato não se proteja somente com os conhecimentos adquiridos antes de ingressar na universidade ou que as atitudes preventivas não sejam incompletas ao final do curso.

O fechamento apresentado na resenha referida acima, dá a noção desta importância:

Daí que, projetos de experiência profissional, como o realizado em parceria entre a Universidade Federal do Rio Grande do Sul e o Hospital Fêmina, em Porto Alegre, permitem o contato com gestantes soropositivas e dão ao estudante a possibilidade de saber como proceder nesses casos, além de noções de proteção individual em procedimentos invasivos ou situações de risco para os envolvidos. Ações como essa, em que eu e muitos colegas tivemos a oportunidade de participar, auxiliam tanto na formação

acadêmica quanto pessoal e corroboram a importância do tema para o profissional da saúde. Ademais, ajudam a fortalecer os conhecimentos adquiridos ao longo de nossa vivência pessoal e universitária, contribuindo para que sejamos melhor capacitados a tratar e nos relacionarmos com pacientes soropositivos, habilidade cada vez mais importante na prática clínica.

A exprimir a visão de outros alunos em estágio extracurricular, vejamos os relatos adiante. Antes, porém, esclarecemos: Há trechos nos relatos selecionados em que o aluno acaba por agregar algum juízo de valor (à conduta do paciente, por exemplo), mas foram mantidos em sua integralidade por refletir suas impressões iniciais, podendo merecer uma reflexão futura mais acurada durante seu processo de formação. Assim, optamos por respeitar posicionamentos, tanto de alunos quanto dos preceptores, até por não ser objetivo deste trabalho tencionar neste sentido, mas trazer as apreensões de suas primeiras experiências. Ou seja, eventuais juízos de valor fazem parte da história narrativa de construção destes personagens.

No primeiro dia, acompanhamos a pediatra Dra. Rosana durante consultas de revisão. Observamos a anamnese e o exame físico. Foi interessante, pois pudemos observar na prática o que aprendemos na disciplina de Promoção e Prevenção da Saúde da Criança e do Adolescente. Já nos outros dois dias, observamos o atendimento do infectologista Dr. Mário. A maioria das pacientes são mulheres grávidas infectadas com o vírus HIV. As demais são seguimentos pós-parto. Aprendemos os métodos terapêuticos durante a gestação, a fim de evitar a transmissão do vírus para o bebê. Conversamos bastante sobre a desinformação e desinteresse de diversas pacientes. Elas sabiam da infecção há anos, mas nunca haviam procurado atendimento. E quando eram questionadas em relação a isso, não demonstravam arrependimento nem constrangimento. Além disso, a grande maioria das mulheres, após o nascimento do filho, infelizmente, abandonavam o tratamento. Outras, nem esperavam o parto para interromper o uso dos medicamentos. Tudo era motivo para o abandono do método terapêutico, mesmo se as reações adversas fossem inventadas por elas a fim de impressionar o médico. Todavia, o Dr. Mário sempre pressionava para que tal situação não ocorresse, tendo em vista a importância do medicamento e a irrelevância dos efeitos adversos frente à gravidade da doença (AIDS). Ele reforçava a alta mortalidade de pacientes não tratados (cerca de quatro meses após o aparecimento dos primeiros sintomas da AIDS), na tentativa de sensibilizar a paciente. Em alguns casos, ele solicitava a ajuda da Enfermeira Betty, que fazia um apelo emocional para o seguimento do tratamento. Fiquei chocada com a quantidade de mulheres infectadas. Ao contrário do que eu imaginava, a maioria delas têm poucos parceiros sexuais e não eram usuárias de drogas injetáveis. Muitas relatavam que tinham apenas um parceiro sexual. Percebi o quão complicado é a relação sexual na sociedade de um modo geral. Há pouca informação e pouca adesão às divulgações dos projetos da Saúde Pública. (E20)

Esta aproximação permitiu aos alunos observar detalhes do que a transmissão vertical pode ocasionar em um organismo tão frágil, como é o das crianças.

O que me surpreendeu nesse setor foi, em primeiro lugar, a quantidade considerável de crianças que são atendidas e, em seguida, a conjuntura quanto ao HIV/AIDS. Quanto às crianças, foi interessante notar a vulnerabilidade a que estão sujeitas por uma série de fatores, seja por conta das patologias que podem ser transmitidas ainda em gestação ou por conta do organismo infantil em constante desenvolvimento, por serem mais propensos às infecções – e o quanto elas podem ser, portanto, danosas à saúde da criança. (E2)

As variações havidas quanto à receptividade ou não ao tratamento instituído mereceria uma avaliação social mais ampla de seus motivos, como no depoimento a seguir.

No acompanhamento às pacientes infectadas por HIV, foi possível observar os extremos dos comportamentos das mesmas. Muitas realizavam, há anos, o tratamento de forma correta e apresentavam exames com bons resultados. Entretanto, muitas outras não tiveram uma boa adesão ao tratamento, não retiravam seus medicamentos, explicitando, assim, as dificuldades enfrentadas pelos pacientes e médicos no controle da doença. Durante este estágio, também presenciamos prejuízos que o descaso de profissionais da saúde pode gerar a seus pacientes. Um caso, em particular, nos chocou, uma gestante realizando o pré-natal em sua cidade, no interior do estado, foi negligenciada por seu médico, que não tomou nenhuma providência e ainda registrou como não reagente ao HIV em sua carteira de gestante, mesmo tendo dois exames com resultados indicando que ela era reagente ao HIV. Isso possivelmente foi o que acarretou a transmissão de HIV para bebê, devido ao diagnóstico e ao tratamento tardios. Apesar do desconforto que senti, algumas vezes, ao presenciar uma relação médico-paciente conturbada, o Dr. Mário nos ensinou muito sobre os tratamentos da infecção por HIV e proporcionou debates sobre os casos nos intervalos entre as consultas. (E15)

Pode-se verificar que a associação entre patologias cria uma cadeia de doenças que a fisiopatogenia e a imunidade podem justificar, mas que não devem ser negligenciadas. Interessante é que, do mesmo modo, várias disciplinas curriculares possam ser contempladas em um mesmo momento, mas mantêm seus aprendizados didaticamente separados, o que é uma importante lacuna no aprendizado, já que os pacientes não apresentam somente um problema, mas vários e complexos.

Finalizando, são exemplares os relatos:

As taxas crescentes de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida Humana (HIV) em mulheres têm chamado à atenção das organizações de saúde e, assim, colocado essa população sob vigilância. Dessa forma, hospitais como o Fêmina tem uma área especial que orienta mulheres infectadas pelo vírus do HIV e outros como hepatite C e B. Na infectologia observamos o preceptor, médico infectologista, conduzir a entrevista médica e, com isso, aprendemos inúmeras coisas como nível de CD4, carga viral, medicações retrovirais e aspectos emocionais ligados à patologia. Em PPSM, tivemos aulas das principais afecções que acomete a mulher como sífilis, herpes genital, gonorreia, HIV entre outros. A aula ministrada foi importante para o reconhecimento de padrões fisiopatogênicos e patológicos das doenças. Porém, no Fêmina, conseguimos ver isso a olho nu, tal como atrofia relacionada ao uso de retrovirais por longo tempo, cirrose por hepatite C, carcinoma *in situ* causado por HPV entre outros. Além disso, conseguimos identificar em situações reais não só o relacionado a PPSM, mas a outras disciplinas como Psicologia Médica I e II. Muitos pacientes aidéticos são emocionalmente instáveis e, por isso, tem difícil adesão ao tratamento médico. Portanto, notamos que estabelecer uma relação médico-paciente benéfica é de extrema importância para o tratamento e, com isso, podemos por em prática ensinamentos que aprendemos nas demais disciplinas do curso. (E4)

Na infectologia, pude acompanhar várias consultas de pacientes com diversos problemas, mas a maioria delas eram pacientes infectadas com o vírus do HIV. Foi interessante pra mim, porque eu sempre imaginava os pacientes aidéticos com aquele estereótipo emagrecido e caquético. Contudo, me surpreendi ao ver que os pacientes, de forma geral, são pessoas com um aspecto bastante sadio. Nessas consultas, pude aprender sobre alguns medicamentos utilizados e sobre algumas formas de tratamento da doença. (E14)

(...) O médico infectologista acompanhava mulheres portadoras de HIV, conferia se estavam tomando seus remédios e tentava recomendar que elas tomassem. Ele [o médico preceptor] foi superatencioso comigo e com minha colega e antes e depois de cada consulta explicava o caso e nos ensinava algumas coisas. Foi uma área de aprendizado interessante, principalmente pelo fato de que não temos uma disciplina obrigatória de Infectologia em nosso currículo. (E12)

Constatações e reflexões

Finalizando este momento de escrita e de visibilidade aos relatos dos alunos, retomamos alguns pontos importantes em relação à educação médica. Embora não seja o foco deste livro – pois é o relato as experiências dos alunos o que mais nos interessa – essa discussão permeia o debate sobre atuação discente desde o início da formação do médico.

Permeia porque ao apresentarmos o Hospital Fêmina, ou qualquer outra possibilidade de lugar para o aprendizado onde se possa experienciar as práticas em medicina na relação real com o paciente, é indissociável pensar no modelo de ensino atual, que tende a separar em esquemas didáticos teoria e prática.

Em outra publicação discutimos em detalhe o modelo biomédico em voga nas escolas de medicina, um modelo de normalidade que corrobora a divisão entre o *normal* e o *anormal* pela qual se estruturou o pensamento médico de modo geral e o qual se tornou uma referência fundamental para o ensino médico, não apenas aqui, mas em diversos países.

Em outros momentos (2010) nos debruçamos na obra de autores como Foucault para demonstrar que, assim como a noção de valores (o bem e o mal, o verdadeiro e o falso, o certo e o errado etc.), na formação médica foram e são consagrados historicamente binômios (o sadio e o doente, por exemplo) em função de interesses relativos ao poder dentro da sociedade, ou seja, das instâncias nas quais o poder encontra-se, produz e reproduz saberes.

A medicina e seu ensino, desde o início do século XX estão pautados por um modelo de viés altamente positivista refletido em biopoder e isso se reflete

diretamente no currículo das escolas médicas e na forma de ensinar, talvez a consequência mais grave.

O traço mecanicista (o corpo como máquina), dualista (a separação entre a razão e a emoção) e quantitativista da racionalidade moderna, se manifestou no âmbito da saúde pela redução do ser humano a objeto (e este composto por partes estanques) e, a seguir, com a substituição da doença por seus mecanismos fisiopatológicos.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina de 2001 devem atuar em conjunto com o projeto pedagógico dos cursos de medicina, permitindo os ajustes necessários ao seu aperfeiçoamento e adequação às próprias Diretrizes que, através de princípios, fundamentos, condições e procedimentos para a formação de médicos - itens que devem orientar o currículo -, devem ter como eixo as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações referidas pelo usuário e identificadas pelo setor de saúde. Isso significa alcançar a integralidade que é, também, pressuposto do Sistema Único de Saúde (SUS), a nosso ver inalcançável dentro do modelo de ensino que se tem hoje.

Mais que isso, as Diretrizes efetivamente privilegiam a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos; incluem as dimensões ética e humana, devendo desenvolver no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania. Pressupõem a utilização de diferentes cenários de ensino-aprendizagem, que permitam ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas da vida, da organização, da prática e do trabalho em equipe multiprofissional, através da integração ensino-serviço, da formação médico-acadêmica e das necessidades sociais de saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS).

Então, o que valorizamos aqui nada mais é do que a observância aos pressupostos das DCN/Med, que trazemos à tona ao reconhecer a importância do discurso discente diante da possibilidade de atuação aliando teoria e prática desde o início do curso, buscando alternativas de lugares de produção de conhecimento sensível, como procuramos demonstrar em relação à atividade de extensão de estágio extracurricular realizada no Hospital Fêmina, relativa à saúde da mulher.

No entanto, persiste uma resistência dentro da medicina - e mesmo na educação médica - no sentido de alcançar, acima de tudo, espaços para estas discussões. Resistência essa expressa de várias formas, muitas das quais debatemos em outras publicações.

O discurso contido nas Diretrizes provoca conflito entre os extremos discursivos e a força de uma legislação que invade e apressa as discussões no campo, trazendo para o professor a necessidade de problematização entre discurso e prática, pesquisa e ensino, alta e baixa complexidade. Nesse sentido, há uma intensificação do trabalho docente - já somado à atuação na profissão médica - ao se propor novas aprendizagens educacionais que estão além das aprendizagens típicas de uma área na qual a velocidade dos conhecimentos produzidos é uma constante e a atualização do professor-médico um desafio.

É evidente o embate entre racionalidades diferentes na prática de uma construção curricular: de um lado o positivismo científico e, de outro, o subjetivismo educacional. No contexto tradicional atual, apesar de já haver esforços para mudança, o ensino está focado no professor, que na maioria das vezes tem como modelo de ensino seus professores e a crença em um dom que supriria todas as necessidades de conhecimento para ensinar medicina, que pré-determina os conteúdos que o aluno deve estudar. O enfoque biomédico e disciplinar soma-se à fragmentação entre ciclos básico/clínico, teoria/prática e trabalho/estudo, ficando nas mãos dos estudantes a tarefa de integrar os diferentes saberes. Isso, no entanto, torna-se bastante difícil sem uma discussão mais ampla das próprias Diretrizes. A estancar os efeitos perversos deste modelo que precisa ser revisto, estão práticas diferenciais, como as que propomos com a realização do estágio extracurricular enquanto mediador entre os campos teórico e prático.

Disse, em outra crônica, que quero escola retrógrada. Retrógrado quer dizer "que vai para trás". Quero uma escola que vá mais para trás dos "programas" científica e abstratamente elaborados e impostos. Uma escola que compreenda como os saberes são gerados e nascem. Uma escola em que o saber vá nascendo das perguntas que o corpo faz. Uma escola em que o ponto de referência não seja o programa oficial a ser cumprido (inutilmente!), mas o corpo da criança que vive, admira, se encanta, se espanta, pergunta, enfia o dedo, prova, erra, se machuca, brinca, enfim, experimenta.

Enfim, retomando a ideia de Rubem Alves no final do segundo capítulo deste livro, penso e almejo uma escola que seja iluminada pelo “brilho dos inícios”.

Referências

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n.º 4, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf>. Último acesso em 08.12.2014.

BORGES, R.M.J. Resenha de GARCIA, M.A.A.; FERREIRA, F.P.; FERRONATO, F.A. Experiências de humanização por estudantes de medicina. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, v. 10, n. 1, mar./jun. 2012, apresentada como requisito parcial de realização da atividade de extensão universitária - estágio extracurricular - 2014/1, Famed/UFRGS.

BOTTI, S.H.O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, v. 32, n. 3, jul./set. 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000300011. Último acesso em 10.12.2014.

BUCHABQUI, J.A. **O culto (in)visível da extensão**. Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, 2013.

BUCHABQUI, J.A. **O discurso docente sobre o ensino da cardiologia na graduação médica na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**. 178 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Cardiologia e Ciências Cardiovasculares) – Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – FAMED/UFRGS, Porto Alegre, 2010.

COSTA, N.M.S.C.; CARDOSO, C.G.L.V.; COSTA, D.C. Concepções sobre o bom professor de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, v. 36, n. 4, out./dez. 2012. Disponível em

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022012000600008&script=sci_arttext.
Último acesso em 08.12.2014.

FACCHINI, L.A. Medicina baseada em evidências: “novo paradigma assistencial e pedagógico?” **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu/SP, v. 6, n. 11, ago./2002. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832002000200012&script=sci_arttext; último acesso em 11.12.2014.

FERNANDES, C.M.B. Docência universitária e os desafios da formação pedagógica. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu/SP, v. 5, n. 9, p. 177-82, ago. 2001.

GARCIA, M.A.A.; FERREIRA, F.P.; FERRONATO, F.A. Experiências de humanização por estudantes de medicina. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, v. 10, n. 1, mar./jun. 2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462012000100006.
Último acesso em 08.12.2014.

GOMES, A.P.; COSTA, J.R.B.; JUNQUEIRA, T.S.; ARCURI, M.B.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Atenção primária à saúde e formação médica: Entre episteme e práxis. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, v. 36, n. 4, out./dez. 2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022012000600014&script=sci_arttext.
Último acesso em 08.12.2014.

MAZZOCATO, E. Resenha de REBELLO, M.T.M.P.; NETO, J.F.R. A humanização da assistência ao parto na percepção de estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, v. 36, n. 2, p. 188-197, abr./jun. 2012, apresentada como requisito parcial de realização da atividade de extensão universitária - estágio extracurricular - 2014/1, Famed/UFRGS.

MEDEIROS, A.F. Resenha de MEDICI, A.C. Hospitais Universitários: Passado, presente, futuro. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo: Associação Médica Brasileira, v. 47, n. 2, p. 149-56, abr./jun. 2001, apresentada como requisito parcial de realização da atividade de extensão universitária - estágio extracurricular - 2014/1, Famed/UFRGS.

MEDICI, A.C. Hospitais Universitários: Passado, presente, futuro. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo: Associação Médica Brasileira, v. 47, n. 2, p. 149-56, abr./jun. 2001.

MELEIRO, A.M.A.S. **O médico como paciente**. São Paulo: Lemos Editorial, 1999.

MILLS, J.E.; FRANCIS, K.L.; BONNER, A. Mentoring, clinical supervision and preceptoring: clarifying the conceptual definitions for Australian rural nurses. A review of the literature. **Rural Remote Health Journal**. Victoria/Australia, v. 5, n. 3, 2005.

Disponível em <http://www.rrh.org.au/Articles/subviewnew.asp?ArticleID=410>. Último acesso em 10.12.2014.

MORETTI-PIRES, R.O. O pensamento freireano como superação de desafios do ensino para o SUS. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, v. 36, n. 2, p.255-63, abr./jun. 2012.

MORITA, I.; ALMEIDA, M.A.S.; PATRÍCIO, K.P.; RIBEIRO, F.A.H. P. 35. Origem do conhecimento sobre HIV/Aids: entre o pessoal e o acadêmico. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, v. 36, n. 2, abr./jun. 2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022012000400007&script=sci_arttext. Último acesso em 08.12.2014.

MOTA, A.; CARVALHO, B.; CANDIDO, L.; LOMANTO, R.; MAIA, T. Exame do CREMESP como indicador da qualidade do ensino médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, v. 38, n. 1, p. 150-9, jan./mar. 2014.

NORONHA FILHO, G.; RESENDE, J.B.; LEMME, A.C.; NEY JUNIOR, G.; FROSSARD, A. Formação médica e integração de atividades docentes e assistenciais. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 29, n. 3, jun. 1995. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101995000300009&lng=pt&nrm=iso&lng=pt. Último acesso em 08.12.2014.

OLIVEIRA, N.A. **Ensino Médico no Brasil: Desafios e prioridades, no contexto do SUS - um estudo a partir de seis estados brasileiros**. 201 f. Tese (Doutorado em Ensino de Biociências e Saúde) – Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro; 2007.

PERES, C.M.; ANDRADE, A.S. **Atividades extracurriculares: representações e vivências durante a formação médica**. Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto, Tomo II – Livro de Artigos, 2005. Disponível em http://test.stoa.usp.br/articles/0015/4075/Repres_alun_univ_ativ_extracurr.pdf. Último acesso em 08.12.2014.

PERES, C.M.; ANDRADE, A.S.; GARCIA, S.B. Atividades extracurriculares: multiplicidade e diferenciação necessárias ao currículo. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, v. 31, n. 3, p.203-11, set./dez. 2007.

PREARO, A.Y.; MONTI, F.M.F.; BARRAGAN, E. É possível desenvolver a autorreflexão no estudante de primeiro ano que atua na comunidade? Um estudo preliminar. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, v. 36, n. 1, p. 24-31, jan./mar. 2012.

REBELLO, M.T.M.P.; NETO, J.F.R. A humanização da assistência ao parto na percepção de estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, v. 36, n. 2, p. 188-197, abr./jun. 2012.

REIS, G. MAZZOCATO, E. Resenha de MORITA, I.; ALMEIDA, M.A.S.; PATRÍCIO, K.P.; RIBEIRO, F.A.H. P. 35. Origem do conhecimento sobre HIV/Aids: entre o pessoal e o acadêmico. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, v. 36, n. 2, abr./jun. 2012, apresentada como requisito parcial de realização da atividade de extensão universitária - estágio extracurricular - 2014/1, Famed/UFRGS.

SAMBUNJAK, D.; STRAUS, S.E.; MARUSIC, A. Mentoring in academic medicine - a systematic review. EUA: JAMA, The Journal of the American Medical Association, v. 296, n. 9, p. 1103-15, 2006. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16954490>. Último acesso em 10.12.2014.

SANTOS, B.S. **Pela Mão de Alice: O Social e o Político na Pós-modernidade**. São Paulo: Editora Cortez, 1995.

TAQUETTE S.R.; COSTA-MACEDO, L.M.; ALVARENGA, F.B. Currículo paralelo: uma realidade na formação dos estudantes de medicina da UERJ. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, v. 27, n. 3, p. 171-6, 2003.

TAVARES, A.P.; FERREIRA, R.A.; FRANÇA, E.B.; FONSECA JÚNIOR, C.A.; LOPES, G.C., DANTAS, N.G.T., *et al.* O "currículo paralelo" dos estudantes de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, v. 31, n. 3, p.254-65, set./dez. 2007.

TORRES, A.R.; OLIVEIRA, G.M., YAMAMOTO, F.M.; LIMA, M.C.P. Ligas Acadêmicas e formação médica: contribuições e desafios. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu/SP, v. 12, n. 27, p. 713-20, out./dez. 2008.

TOSTESON, D.C.; ADELSTEIN, S.J.; CARVER, S.T. **New Pathways to Medical Education**. Cambridge: Harvard University Press, 1994.

VIEIRA, E.M.; BARBIERI, C.L.A.; VILELA, D.B.; JÚNIOR, E.I.; TOMÉ, F.S.; WOIDA, F.M., *et al.* O que eles fazem depois da aula? As atividades extracurriculares dos alunos de ciências médicas da FMRP-USP. **Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP**. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo – USP, n. 37, p. 84-90, 2004.

VIEIRA, J.E.; TAMOUSAUSKAS, M.R.G. Avaliação das resistências de docentes a propostas de renovações em currículos de graduação em medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, v. 37, n. 1, p. 32-8, jan./mar. 2013.

VILLAS BOAS, B.M.F. O portfólio no curso de pedagogia: ampliando o diálogo entre professor e aluno. **Revista Educação e Sociedade**, v. 26, n. 90, p. 291-306, 2005.