
TERRITÓRIOS DE APRENDIZAGEM: TRABALHO DE CAMPO SUPERVISIONADO DO CURSO DE MEDICINA DA UFF

Lilian Koifman^I Veronica Fernandez^{II}

Palavras-chave: Educação médica; Integralidade em saúde; Trabalho de campo.

INTRODUÇÃO

Acreditando ser possível uma educação médica fundamentada numa prática educacional que privilegie saberes outros que não e tão-somente o saber docente, que possibilite romper falsas dicotomias, estimulando a articulação das diversas esferas que envolvem o processo de formação, e que favoreça a construção de um conhecimento específico de maneira coletiva e pactuada com as demandas sociais do campo da saúde, prosseguimos levantando reflexões a partir de nossas atividades no exercício da docência em saúde.

No ano em que se comemoram vinte anos de constitucionalização da saúde enquanto um direito, marcada pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), destacamos a necessidade de um balanço das questões que envolvem a caracterização essencial do profissional de saúde que atuará neste sistema, ainda em fase de consolidação. Nessa perspectiva de transformação das práticas profissionais em saúde e do modelo de organização do sistema, emerge a exigência de um profissional com a possibilidade de assegurar a concretização dos princípios e diretrizes descritos constitucionalmente para o funcionamento do SUS. Exigência que passa não somente pela excelência técnica, mas também pela contextualização das dimensões socioeconômicas e culturais, para o en-

frentamento da complexa demanda em saúde da população, em âmbito individual e coletivo.

Apresentamos aqui nossa experiência ao longo dos últimos anos com a disciplina Trabalho de Campo Supervisionado, no curso de Medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF), refletindo, à luz de seus pressupostos teóricos, sobre os desafios da prática cotidiana para operacionalizá-la. Estes desafios se caracterizam pelo movimento de articulação com os envolvidos no compromisso com a formação médica (academia, rede de serviços, sociedade civil, etc.) e pela busca de uma prática docente que ultrapasse a visão unilateral explicativa dos fenômenos inerentes aos processos do adoecimento, a qual tende a reproduzir uma prática profissional na atenção à saúde pouco eficaz e com baixa resolutividade diante do grau de complexidade dos atuais problemas de saúde apresentados pela população.

A pavimentação desse caminho impõe a preocupação constante em não promovermos a manutenção e a adoção de velhas fórmulas tidas como mágicas para superar as dificuldades cotidianas no processo de formação, tais como o simples aumento de carga horária, adoção de metodologias de ensino-aprendizagem tidas como “inovadoras” ou “modernizantes”, inclusão de disciplinas do campo das Ciências Sociais e Humanas sem interlocução

^I Pedagoga; Mestre e Doutora em Saúde Pública; Professora do Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense; Coordenadora do Lupa-Saúde; Editora Associada da Revista da Abem; Pesquisadora Associada do Lappis/Uerj. lilian@vm.uff.br

^{II} Nutricionista; Mestranda em Saúde Pública, ENSP/Fiocruz; Professora Substituta no Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense; Membro do Lupa-Saúde. versosfy@yahoo.com.br

com as demais disciplinas da grade e imposição de políticas verticais no processo de formação, entre outras.

Apostamos, para tanto, na relação com os personagens presentes nos diferentes territórios de aprendizagem – entendidos aqui como campos possíveis para a abordagem de determinado assunto, ou, simplesmente, cenários diversificados de aprendizagem (sala de aula, serviços de saúde, escola, instituições, etc.) –, o que exige negociações, pactuações e rupturas com a maneira tradicional utilizada pela academia ao responder às demandas desses interlocutores. Essa articulação se baseia na construção coletiva das atividades do campo, com a contemplação mútua de interesses, rompendo-se com práticas costumeiramente adotadas, fundamentadas na separação entre academia e serviço, teoria e prática, não considerando o movimento de mão dupla que essa relação pode proporcionar.

A incorporação das demandas sociais no processo de ensino-aprendizagem configura-se como um eixo orientador na formação em saúde, pela necessidade de construção de um modelo de atenção à saúde que se inspire no conceito de saúde como um direito da pessoa humana. Reforçamos aqui a importância da valorização de saberes e práticas populares para o estabelecimento de uma relação profissional-usuário embasada na autonomia, na cidadania e no compartilhamento desses conhecimentos.

O desenvolvimento de um processo de formação em saúde orientado pelas práticas profissionais tendo as questões da comunidade como eixo, caracterizada com seus mais diferentes mecanismos de interação social, como também o acompanhamento dos processos de saúde-doença e a intimidade com o desenho de organização da rede de cuidados em saúde emergem como uma possibilidade para a construção compartilhada de uma bagagem profissional tanto técnica como das relações humanas.

Nos últimos anos, tem-se observado um grande movimento de reflexão em torno das questões que envolvem a construção de um conjunto de características e saberes que devem contemplar a prática profissional dos egressos das escolas médicas. Após quase duas décadas de debates e experiências, algumas políticas públicas passaram a incorporar boa parte dessas reflexões. As Diretrizes Curriculares dos Cursos da Saúde, por meio da Resolução CNE/CES nº 4/2001¹, apresentam um enfoque em habilidades e competências que rompe com

a tradicional estrutura de conteúdos disciplinares mínimos. Esse documento aponta uma mudança na formação médica, na medida em que estabelece como perfil do egresso:

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

Esse processo de transformação social tem provocado mudanças e crises nos campos da saúde, educação e organização social, que demandam uma concepção centrada na problematização da realidade, com crescente autonomia e participação das pessoas, promovendo a intersectorialidade e gerando novas relações sociais (Pontes, 2005)².

Nesse aspecto, identificam-se diversas tensões entre as decisões da política institucional do SUS e a lógica hegemônica da prestação da assistência e da formação, tendo em vista a necessidade de construir espaços, durante o processo de formação, que potencializem uma nova lógica de interpretar e agir.

Apontamos os diversos espaços institucionais criados pelas Políticas de Saúde, após a Constituição de 1988, como espaços privilegiados para a criação de parcerias entre gestores de todos os níveis, usuários, profissionais de saúde, escolas, e a formação de redes capazes de influenciar a agenda historicamente consolidada do setor, particularmente no processo de formação.

A articulação entre setores governamentais e sociais, organizações privadas ou grupos de interesse a partir da consolidação de redes institucionais, durante o processo de formação, é potencialmente capaz de dar visibilidade e materialidade aos princípios éticos e políticos da Reforma Sanitária Brasileira e, por conseguinte, aos princípios do SUS. No entanto, “não permitem prever as soluções resultantes de disputas em torno de políticas. Mas, ao definirem as regras do jogo, elas (as redes) realmente criam condições que predizem a maneira pela qual esses conflitos deverão se desenrolar”, demarcando os limites para a ação daqueles que incidem sobre a política,

formando um movimento complexo de *inputs* e *outputs* (Immergut, 1996: 143)³.

Esse formato de análise não busca se distanciar dos anseios primeiros dos construtores da agenda reformista dos processos de formação e do cuidado, nem se assenta numa postura polarizadora do tipo Estado *versus* sociedade civil. Busca a “não-imediaticidade” do papel do Estado na formulação e implementação das políticas, a partir de uma construção que combina as características da sua formação numa sociedade capitalista, a estrutura burocrática e as diversas normas que regulam a sua ação, destacando o papel e a força das agendas locais e institucionais nesse processo (Boron, 1994: 267)⁴.

Os canais institucionais e as tramas produzidas pelo envolvimento de gestores, usuários, profissionais de saúde, docentes e estudantes não operam acima da história e da influência das concepções políticas existentes, numa dada época e em dado lugar, para além das interações sociais no mercado, do sistema político e da ação coletiva. Têm a capacidade de criar processos que contêm as regras e os condicionantes para a ação independente de cada um dos envolvidos e para o funcionamento das estruturas, orientando e, ao mesmo tempo, fazendo parte da dinâmica do processo de tomada de decisão (Abranches, 1993: 66)⁵.

O TRABALHO DE CAMPO SUPERVISIONADO

Sintonizado com esses movimentos e reflexões, o curso de Medicina da UFF tem acumulado experiência na consolidação local de algumas das estratégias discutidas no campo da educação médica e reforçadas na atual política pública de formação na área da saúde. A reforma curricular de 1992 procurou privilegiar a inserção dos estudantes, desde o começo do curso, numa rede hierarquizada de serviços e ampliar a participação dos estudantes nas atividades práticas. Entre os diversos módulos do currículo de Medicina da UFF, destaca-se o Programa Prático-Conceitual (PPC) e, mais especificamente, a disciplina de Trabalho de Campo Supervisionado.

A disciplina Trabalho de Campo Supervisionado I (TCS I) busca diversificar os cenários de ensino-aprendizagem a partir da articulação entre disciplinas teóricas, o campo de prática das profissões da área da saúde e o desafio de tecer uma rede de saberes centrados na integração apren-

dizagem-extensão-pesquisa. Nessa etapa, os estudantes conhecem diversos espaços e instituições, em grupos de 10 a 12 pessoas, supervisionados por um preceptor, em sua maioria docentes. Atualmente, a equipe conta com preceptores de formação profissional em Psicologia, Medicina, Nutrição, Pedagogia, Enfermagem, Odontologia, Terapia Ocupacional e Medicina Veterinária.

Em seus dois semestres (1º e 2º períodos), a disciplina tem por objetivos: efetuar uma caracterização qualitativa e quantitativa – tanto ambiental e populacional, quanto psicossocial e cultural – dos cenários, nos níveis local e municipal; promover a experiência com trabalhos de grupo; promover o contato com espaços de vivências do ato de cuidar, destacando-se as dimensões humanas, culturais, sociais e políticas; observar como a integralidade da atenção à saúde se realiza em cada campo: cotidiano, saberes e práticas do cuidado (acolhimento e responsabilização, vínculo, interinstitucionalidade, autonomia do usuário e resolutividade).

A metodologia da disciplina se realiza a partir da divisão do grupo de 80 estudantes em pequenos grupos e do desenvolvimento das atividades em diversos temas e locais, modificados a cada semestre. Alguns dos temas trabalhados atualmente são:

Primeiro período do curso

Alcoolismo; bioética; mídia e saúde; saúde e trabalho; tabaco e alimentação como fatores de risco; instituições médicas e suas práticas.

Segundo período do curso

Saúde do adolescente, atenção à saúde do idoso; equipe multidisciplinar em aids; saúde mental e exclusão social; doenças negligenciadas; saúde, cultura e arte; inclusão social da pessoa com deficiência.

Cada grupo se reúne duas vezes por semana com seu preceptor, tanto para realizar as atividades e compartilhar as experiências vivenciadas, quanto para debater textos relacionados aos temas centrais do período.

As aulas são construídas a partir dos temas trabalhados por cada preceptor por meio de textos que preparam a abordagem do assunto e a entrada no campo propriamente dito. O estudante visita instituições, ONGs, órgãos públicos municipais e estaduais, hospitais, escolas da

rede municipal, unidades básicas de saúde, etc., onde tem a possibilidade de conhecer a rotina de trabalho, a equipe e a população de interesse de cada campo visitado.

O segundo período dá maior ênfase ao conceito de integralidade em saúde, que perpassa todos os temas trabalhados pelos grupos. Assim, o debate sobre a integralidade reafirma a perspectiva de uma abordagem que, estrategicamente, pode articular os conjuntos de sentidos, orientando a organização das práticas voltadas ao cotidiano dos serviços, aos processos de trabalho em saúde e aos processos formativos. Trata-se de um movimento de articulação das práticas de saúde e das práticas pedagógicas com as várias esferas de gestão do sistema de saúde e instituições formadoras. Isto permite um avanço na implementação dos princípios e diretrizes do SUS, como também na concepção de um trabalho parceiro entre os vários profissionais e setores envolvidos nesses processos na esfera da gestão e dos serviços, tanto na atenção à saúde como na formação e no controle social (Saippa-Oliveira e Koifman, 2004)⁶.

No movimento de escuta, acolhimento e resposta às demandas da população e dos serviços, pode-se caminhar em diferentes direções, desde uma reafirmação da postura tradicional de centralidade no saber biomédico, até a inovação no sentido de valorizar o saber do usuário.

As atividades de campo são construídas em conjunto com o responsável pelo campo selecionado e o preceptor de cada grupo, a partir da disponibilidade da instituição e da disposição dos profissionais para receber o grupo.

A avaliação dos estudantes se realiza mediante a elaboração de resenhas dos textos trabalhados, bem como de relatórios de campo e de seminário apresentados pelos grupos à turma de Medicina. A partir de um enfoque criativo e com uso de recursos audiovisuais, cada grupo apresenta a experiência e o aprendizado obtidos na disciplina.

A cada semestre, os estudantes avaliam a disciplina a partir de um roteiro com questões semi-estruturadas. Os monitores de TCS I elaboram, aplicam e consolidam as respostas ao questionário. No final do semestre, esses dados são apresentados e discutidos com os preceptores de todos os campos, possibilitando uma constante reflexão sobre a prática docente com base na visão dos estudantes que passaram pela disciplina.

Neste relato pretendemos contribuir para estruturar estratégias que consolidem os eixos de uma política de formação na área da saúde, em direção à reorientação do

modelo de atenção à saúde, buscando consolidar os pressupostos do SUS. Existe uma heterogeneidade nos campos desta disciplina, o que aponta diversos caminhos e possibilidades para implementar as propostas de mudança, reforçando que as soluções serão construídas localmente, e cotidianamente, na relação entre os envolvidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As formatações institucionais do SUS e, por sua vez, a agenda de reorientação da formação profissional em saúde, que enseja seus princípios ético-políticos como espaço de embates constantes entre as escolhas políticas e técnicas, assumem elevado grau de importância na determinação dos possíveis caminhos a serem adotados pela política de formação em saúde, ressaltando também a importância de consolidar a responsabilidade da academia com a formação de profissionais de saúde capazes de uma ação sólida e resolutiva tanto no que diz respeito a sua técnica como sensível à articulação de diferentes saberes e contextos (ou situações) inerentes a sua prática profissional.

A formação, assim compreendida, passa a estar posicionada no campo da práxis, e é como práxis que pode participar da construção e da transformação dos homens e da sociedade. A esse respeito citamos Castoriadis (1982: 94)⁷:

Chamamos de práxis este fazer no qual o outro ou os outros são visados como seres autônomos e considerados como o agente essencial do desenvolvimento de sua própria autonomia. A verdadeira política, a verdadeira pedagogia, a verdadeira medicina, na medida em que algum dia existiram, pertencem à práxis.

Nossa concepção do papel do profissional nos grupos é que somos um outro sujeito com sua história e saber, interagindo com outros, num espaço onde a troca deve ser valorizada, favorecendo o crescimento mútuo. E os estudantes, ao final de cada semestre de TCS I, têm nos dado sinais de que estamos avançando neste sentido.

Este movimento de formação de parcerias para a transformação só acontece num espaço onde todos os envolvidos estão engajados numa forma de relação dialética, a qual, pelo próprio caráter de troca e movimento, produz mudança e favorece a produção de novas subjetividades.

É no exercício dessa relação que surgem novos saberes, novas possibilidades de ação, e um outro olhar sobre a realidade emerge, como fruto do diálogo. Diálogo aqui entendido não apenas como comportamento verbal, mas em sentido mais abrangente, o de encontro, de comunicação em todos os níveis de relação, na qual o outro é visto em sua totalidade, como um ser essencialmente diferente de mim e de outros seres.

Desta forma, a construção e a incorporação da centralidade de questões sociais no processo de formação em saúde se configuram como uma necessidade concreta para a continuidade da reorientação do modelo de atenção à saúde. Dependendo de como é feita a escuta dos problemas e necessidades dos usuários, pode-se, mesmo incorporando suas demandas aos objetivos e estratégias dos cenários de ensino-aprendizagem, perpetuar uma relação desigual em que se valorizam somente as percepções dos estudantes e docentes sobre a realidade. Porém, o que se propõe aqui é a construção de uma proposta de formação em saúde impulsionada pelas demandas da comunidade, em busca de um conhecimento reflexivo, coerente e em acordo com tais demandas.

Em sintonia com essas concepções, entendemos que os encontros e as tramas produzidos pelos cenários de práticas e formação possibilitados pelo impulso reformista da política do SUS devem ter um caráter predominantemente reflexivo e vivencial, e não apenas informativo.

Quanto ao perfil desejado do profissional em formação, ressaltamos a importância de desenvolver ou estar aberto a desenvolver a habilidade de ouvir, condição básica para criar os vínculos que permitam estabelecer a confiança necessária à troca de experiências pessoais que levem ao crescimento das pessoas envolvidas. Ouvir é acolher sem julgar; é, junto com o outro, construir o sentido daquilo que está sendo vivido.

Nessa perspectiva, entendemos que os momentos produzidos pelos e nos cenários diversificados dos diversos cursos de formação profissional em saúde devem, imperativamente, servir como um espaço onde se possa ouvir, considerando o momento de vida de cada um presente em seus papéis socioculturais, abordando a experiência de ser numa abrangência que ultrapasse o ponto de vista de sua capacidade meramente de aplicador de uma técnica ou de um procedimento, mas, sim, como alguém portador de autonomia e com possibilidades de assumir o papel de sujeito histórico, podendo,

dessa forma, se apropriar da sua condição de cidadão. Isso evidencia o caráter essencialmente social e político da prática formativa e profissional.

Existem, pois, nos processos de reformas curriculares, condições que devem ser preenchidas para o desenvolvimento de estruturas (individuais e coletivas) em que pensamento, sentimento e ação se completem e se transformem num canal de expressão dos diversos envolvidos, para que as potencialidades das mudanças no campo da Saúde se consolidem.

Mesmo considerando a saúde como um direito da pessoa humana que deve ser garantido pelo Estado, temos também que considerar os limites dessa intervenção sobre os problemas que afetam a saúde das pessoas. Logo, na produção de saúde não cabe adotar uma lógica unidimensional embasada apenas pelo conhecimento anatomopatológico produzido pelos avanços da ciência (Macêdo, 2006: 230)⁸. Esta produção deve ser construída individual e coletivamente, sendo perpassada e erguida a partir de uma concepção ampliada de saúde.

O mais expressivo resultado não pode ser quantificado ou reduzido à utilização de técnicas ou procedimentos, mas emerge da identificação e consolidação de canais. Visa ampliar a atuação do território das práticas em saúde e dos diferentes processos de trabalho em saúde, tendo como objetivo a melhoria da qualidade dos serviços e a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde. Talvez o objeto de ensino deva ser delimitado não somente pela academia, mas pactuado com os movimentos sociais, entidades governamentais, não-governamentais e a população. O ensino, principalmente nas universidades públicas, tem o potencial de assumir uma função e um compromisso com a construção e consolidação de políticas públicas, na saúde principalmente, mas também em outros setores na perspectiva da intersetorialidade. Ressaltamos, ainda, que, quando os diversos personagens sociais acolhem os estudantes em seus espaços, estão exercendo ativamente seu papel de formadores e colaboradores na construção do profissional da saúde desejado.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 de nov. 2001; Seção 1, p. 38.

2. Pontes ALM. Saber e prática docente na transformação do ensino médico. Rio de Janeiro. Mestrado [Dissertação] - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2005.
3. Immergut EM. As regras do jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. 1996; (30): 39-173.
4. Boron AA. Estado, Capitalismo e Democracia na América Latina. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1994.
5. Abranches SHH. Na corda bamba: doze estudos sobre a cultura da inflação. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993.
6. Saippa-Oliveira G, Koifman L. Integralidade do currículo de Medicina: inovar/transformar, um desafio para o processo de formação. In: Martins JN et al. (Orgs.). Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 143-164.
7. Castoriadis C. A instituição imaginária da sociedade. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1982.
8. Macêdo MCS, Romano RAT, Henriques RLM, Pinheiro R. Cenários de aprendizagem: interseção entre os mundos do trabalho e da formação. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA. (Orgs.) Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO; 2006.