

PROJETO DE EXTENSÃO SÉRGIO AROUCA: DA EDUCAÇÃO MÉDICA À FORMAÇÃO CIDADÃ

MARCOS AURÉLIO MAEYAMA¹

[ORCID: 0000-0003-4992-3810](https://orcid.org/0000-0003-4992-3810)

CLARICE APARECIDA MUNARO²

[ORCID: 0000-0002-2371-0596](https://orcid.org/0000-0002-2371-0596)

BRUNO WENSING RAIMANN³

[ORCID: 0000-0001-5620-9848](https://orcid.org/0000-0001-5620-9848)

EVELYN REGINA BATISTA⁴

[ORCID: 0000-0002-4545-0617](https://orcid.org/0000-0002-4545-0617)

ALINE SCHARNBERG⁵

[ORCID: 0000-0002-4009-2515](https://orcid.org/0000-0002-4009-2515)

¹ Graduado em Odontologia pela Faculdade Santamarense de Educação e Cultura, Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho pela Univali, Doutorado e Pós-doutorado pela UFSC, Professor do curso de Medicina e do Programa de Mestrado em Gestão de Políticas Públicas da Univali, Consultor do Núcleo de Telessaúde de Santa Catarina. Endereço: Rua Indaial, 161 – Torre A – apto 502 – Dom Bosco – Itajaí/SC. Contato: (marcos.aurelio@univali.br).

² Graduada Enfermagem pela Universidade do Oeste de Santa Catarina e em Serviço Social pela Universidade do Contestado, Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho pela Univali, Professora do curso de Medicina e da Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Univali. Contato: (clarice@univali.br).

³ Graduado em Medicina pela Universidade do Vale do Itajaí, Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia pela UCS – RS, Pós-Graduado em Reprodução Humana pelo Instituto Sapientiae – SP, Mestrando em Gestão de Políticas Públicas pela Univali, Professor de Ginecologia e Obstetrícia da Univali e Preceptor da Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Marieta Konder Borhausen de Itajaí – SC. Contato: (raimann@univali.br).

⁴ Graduada em Medicina pela Universidade do Vale do Itajaí. Contato: (evelynrbatista@gmail.com).

⁵ Graduada em Medicina pela Universidade do Vale do Itajaí Contato: (aline.scharnberg@gmail.com).

Resumo: A publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina em 2001 recomendava um novo perfil profissional para o médico. Como forma de responder as mudanças propostas o curso de Medicina da Univali desenvolveu o Projeto de Extensão Sérgio Arouca, que entre seus objetivos se propõe oportunizar ao aluno o conhecimento de outras realidades, em municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano, para uma prática mais humanizada e integral, desenvolvida a partir do protagonismo e autonomia dos participantes, com desenvolvimento de ações assistenciais e coletivas. No total já foram realizadas 16 edições, com número crescente de participantes a cada projeto, o que tem conseguido sensibilizar os alunos para uma nova prática em saúde mais comprometida com as pessoas e com os resultados sanitários. Nesse sentido a extensão tem sido vista como espaço privilegiado para a transformação das práticas educacionais e do processo de ensino-aprendizagem.

Palavras-chave: Educação Médica. Assistência Integral à Saúde. Extensão.

EXTENSION PROJECT SÉRGIO AROUCA: FROM MEDICAL EDUCATION TO CITIZEN TRAINING.

Abstract: The publication of the National Curriculum Guidelines for the medical course in 2001 recommended a new professional profile for the doctor. As a way of responding to the changes proposed, the Univali medical course developed the Sérgio Arouca Extension Project, which among its objectives is to provide the student with the knowledge of other realities in municipalities with low Human Development Index, for a more humanized and integral, developed from the protagonism and autonomy of the participants, with development of assistance and collective actions. In total, 16 editions were realized, with a growing number of participants per project, and have been able to raise students' awareness of a new practice in health that is more committed to people and health outcomes. In this sense, extension has been seen as a privileged space for the transformation of educational practices and the teaching-learning process.

Keywords: Medical Education. Comprehensive Health Care. Community-Institutional Relations.

PROYECTO DE EXTENSIÓN SÉRGIO AROUCA: DE LA EDUCACIÓN MÉDICA A LA FORMACIÓN CIUDADANA.

Resumen: La publicación de las Directrices Curriculares Nacionales para el curso de medicina en 2001 recomendaba un nuevo perfil profesional para el médico. Como forma de responder a los cambios propuestos el curso de Medicina de Univali desarrolló el Proyecto de Extensión Sérgio Arouca, que entre sus objetivos se propone oportunizar al alumno el conocimiento de otras realidades, en municipios con bajo Índice de Desarrollo Humano, para una práctica más humanizada e integral, desarrollada a partir del protagonismo y autonomía de los participantes, con desarrollo de acciones asistenciales y colectivas. En total se realizaron 16 ediciones, con un número creciente de participantes a cada proyecto, y ha logrado sensibilizar a los alumnos para una nueva práctica en salud más comprometida con las personas y con los resultados sanitarios.

En ese sentido la extensión ha sido vista como espacio privilegiado para la transformación de las prácticas educativas y del proceso de enseñanza-aprendizaje.

Palabras clave: Educación Médica. Asistencia Integral a la Salud. Extensión.

Submetido em: 27/06/2019.

Aceito em: 01/08/2019.

INTRODUÇÃO

A Educação Médica no Brasil foi modelada principalmente pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Superior, promulgada em 1968, a qual estabelecia a obrigatoriedade do currículo mínimo. Este modelo curricular, em síntese, hierarquizava a educação médica, com claro direcionamento ao entendimento biológico do processo saúde-doença, fragmentação do ser humano e ênfase precoce nas especializações (PAGLIOSA; DA ROS, 2008). Tal estrutura de formação foi determinante no modelo de atenção construído e desenvolvido ao longo dos anos para a população brasileira, configurando o conhecido modelo biomédico.

Não diferente do que já ocorrera em outros países que adotaram a mesma lógica de formação e atenção à saúde, o modelo biomédico se revelou incapaz de solucionar problemas de saúde coletiva. A prática demonstrou insustentabilidade financeira pelos altos custos, impossibilidade de acesso universal pela lógica mercantilista, e incapacidade de intervir no plano coletivo como modificadora de indicadores sociais (CUTOLO, 2006).

Contrário ao modelo biomédico, surgiu na década de 1970 o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, cujo marco foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. As discussões deste evento centraram na reforma do sistema de saúde, especialmente quanto à universalidade do acesso e transformação do modelo de atenção. O relatório final da conferência serviu de base para a composição do trecho constitucional que deu origem ao Sistema Único de Saúde (VARGAS, 2008).

A função de presidir a VIII Conferência foi destinada ao médico sanitarrista Sérgio Arouca, um dos líderes do Movimento da Reforma Sanitária, o qual também exerceu papel decisivo na elaboração da Constituição Federal no tocante aos artigos que discorriam sobre a saúde.

A Constituição Federal de 1988 afirma, em seu Artigo 196, que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, Art. 196).

Nesse contexto de reformulação do sistema assistencial, a expansão da Atenção Básica tornou-se uma prioridade. A primeira tentativa de garantir sua operacionalização ocorreu em 1994, com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente chamado de Estratégia da Saúde da Família (ESF) (ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2006).

O PSF trouxe alguns desafios, como o trabalho multidisciplinar e a busca de uma clínica ampliada e integradora das dimensões biopsicossociais do adoecimento. Após a constatação de que as faculdades não preparavam profissionais para essa atuação, passaram a ser discutidas medidas que viabilizassem a formação de profissionais capacitados para atender este novo modelo de assistência (NOGUEIRA, 2009).

Na tentativa de flexibilizar os currículos dos cursos de medicina, em 1996 foi aprovada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), extinguindo a então obrigatoriedade do currículo mínimo (GUTIERREZ, 2008). A aprovação da LDB levou à elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em Medicina, em 2001, que apontavam para a necessidade de adequar a formação de recursos humanos com o serviço, seguindo as diretrizes e princípios do SUS compreendendo a integralidade dos cuidados demandados pela população (BRASIL, 2001).

O novo perfil profissional recomendado pelas DCN dos cursos de Graduação em Medicina descrevia (e descreve) um profissional médico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado para atuar no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania (BRASIL, 2001).

Como forma de acelerar os processos de mudança na formação em saúde baseados nas DCN, o Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério da Educação, promoveu, em 2005, o lançamento do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o qual estabelecia três eixos de mudança: 1) orientação teórica para abordagem integral do processo saúde-doença, 2) diversificação dos cenários de prática com ênfase na Atenção Básica, e 3) orientação pedagógica problematizadora (BRASIL, 2005).

O curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí aderiu ao PRÓ-Saúde em 2006. Na segunda etapa de implantação desse projeto, em 2009, foi proposto o Projeto Sérgio Arouca, uma iniciativa concebida visando atender os três eixos do programa por meio de um projeto de extensão.

Este projeto faz a justa homenagem ao médico Sérgio Arouca, expoente da reforma sanitária, por ter aberto novos horizontes em sua luta pela transformação do setor saúde e transição de uma medicina meramente assistencialista para uma prática integral e acessível a todos os cidadãos.

O Projeto Sérgio Arouca foi criado com o objetivo principal de auxiliar a consolidação do Sistema Único de Saúde através da qualificação do ensino e do serviço. Dentre seus objetivos específicos, destacam-se: a diversificação dos cenários de prática com ênfase na Atenção Básica, propiciando ao aluno o conhecimento de diferentes realidades; o fortalecimento da clínica ampliada visando a abordagem integral do processo saúde-doença na prática em saúde; a instituição de metodologias que propiciem a participação ativa do aluno no processo de ensino-aprendizagem; a realização de cooperação técnica com o município visitado para desenvolvimento e consolidação da Atenção Básica; o desenvolvimento do processo de autonomia nas comunidades visitadas através de oficinas de educação em saúde e de promoção de cidadania; e o desenvolvimento do espírito de protagonismo nos acadêmicos no processo de transformação da realidade sanitária do país.

Este artigo visa relatar a experiência vivenciada ao longo de 10 anos de projeto, evidenciando a importância da extensão universitária na formação profissional e no papel social da universidade.

METODOLOGIA

O Projeto Sérgio Arouca foi criado a fim de fortalecer as mudanças propostas pelas DCN para formar profissionais mais adequados ao sistema nacional de saúde, bem como atender as necessidades de saúde da população. Sua inspiração inicial foi o Projeto Rondon, cuja versão original propunha realizar atividades assistenciais em comunidades carentes e isoladas do país. Extinto em 1989, o Projeto Rondon foi relançado com uma nova proposta em 2005, baseada no estímulo à cidadania e à produção de projetos coletivos locais em parceria com as comunidades. O Projeto Sérgio Arouca, por sua vez, traria a proposta de atuar em busca da integração das atividades assistenciais com as atividades de cunho coletivo.

A organização do projeto vem sendo realizada por uma comissão permanente, composta por um professor orientador e oito a dez alunos do curso de Medicina. Essa comissão é responsável pela logística, pela execução das atividades e pelo processo de seleção dos participantes, os quais são atualizados a cada edição.

O projeto propriamente dito se divide em dois momentos: 1) planejamento e 2) imersão para execução das atividades. Cada edição elegeu um município diferente do Estado de Santa Catarina, cuja escolha teve como requisitos o baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município e a necessidade de desenvolvimento e consolidação da Atenção Básica.

Após eleito o município, a comissão organizadora do Projeto Sérgio Arouca estabeleceu um contato inicial com cada gestão municipal de saúde a fim de avaliar a possibilidade de desenvolver o projeto. Demonstrado interesse, alguns membros da comissão viajaram até o município para um contato inicial. Esta visita teve como objetivo reunir a equipe local para apresentação oficial do funcionamento do projeto, além de discutir aspectos relacionados à organização do serviço de saúde local. Discorreu-se então sobre ações realizadas pelas equipes, suas potencialidades, suas dificuldades e necessidades, bem como novas ideias para atuação em saúde. Esta viagem precursora também compreendeu uma visita às possíveis comunidades participantes, a fim de verificar a viabilidade dos locais para a realização das atividades. Além disso, conferiu-se o local destinado para alojamento do grupo de trabalho durante o período de execução do projeto, o qual usualmente é oferecido como contrapartida pelo município. Em geral, o espaço disponibilizado foi em escolas públicas ou centros comunitários, sendo as acomodações para pouso (colchonete/colchão) uma responsabilidade de cada participante do projeto vigente.

Com as informações sobre a comunidade que sediará as atividades, a comissão e os participantes selecionados iniciaram o planejamento das ações. Para isto, os alunos são divididos em grupos e criam oficinas de trabalho. Como facilitação do planejamento, as atividades são organizadas por ciclos populacionais comumente encontrados na estruturação da Atenção Básica dos municípios – por exemplo: saúde da mulher, criança, idoso, entre outros.

Cada grupo de trabalho contava com um mediador (membro da comissão), cuja função é garantir a participação coletiva e a orientação de atenção integral no planejamento das ações. Em seguida, para cada atividade planejada indicou-se o público-alvo, o objetivo, a descrição da atividade e os materiais e recursos necessários.

Após o delineamento das atividades, o grande grupo se reunia novamente para expor e ajustar a programação em conjunto. A etapa de planejamento era finalizada com a elaboração do cronograma de atividades conforme as localidades definidas pelo município.

A extensa área rural, característica da maioria dos municípios selecionados, faz com que o projeto tenha uma imersão peculiar, atuando simultaneamente em diversas comunidades, o que exigiu que a organização fosse descentralizada

em grupos de trabalho de 10 a 12 participantes – dependendo da quantidade de locais indicados pelo município e do total de participantes da edição.

Para cada dia/localidade foi designado um líder, responsável pela organização local, cumprimento das atividades planejadas e registro das realizações do dia. A escala para cada dia requeria um rodízio entre os participantes, para que vivenciassem a maior quantidade de experiências, não se restringindo a uma única atividade/comunidade/equipe.

O agendamento das atividades nas comunidades rurais manteve-se como responsabilidade de uma Agente Comunitária de Saúde, a qual organizava o local - geralmente em pavilhões comunitários ou igrejas, cujos espaços são separados para atuarem tanto como “consultórios” para atendimentos individuais como áreas para a realização de ações educativas e coletivas.

O transporte às localidades rurais vem sendo realizado, em geral, pela secretaria de saúde e/ou secretaria de educação do município. A alimentação dos participantes nos locais, por sua vez, é garantia do próprio projeto – que compra os insumos – com parceria da comunidade local para o preparo dos alimentos.

RESULTADOS

Nesses dez anos de Projeto Sérgio Arouca, foram realizadas 16 edições em diferentes municípios, totalizando a participação de 865 acadêmicos de medicina e 136 professores e egressos do curso. Essa história iniciou no município de Tangará, em janeiro de 2010, e abrangeu um total de 14 municípios, considerando que dois receberam o projeto em duas ocasiões.

As atividades realizadas em cada edição eram individualizadas conforme o município/necessidade da população. No entanto, algumas ações envolvendo os principais ciclos populacionais podem facilitar a compreensão da orientação do projeto, abrangendo: saúde da mulher, saúde do idoso, saúde mental, saúde da criança, saúde das pessoas com doenças crônicas e outras demandas, apresentadas neste relato.

Saúde da Mulher

- Organização de grupos de mulheres para a discussão de planejamento familiar, orientações sobre o uso de métodos contraceptivos, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e câncer de colo de útero e de mama. Todas essas ações visaram a autonomia para o cuidado de si e do outro.

- Realização de atividades coletivas destinadas a gestantes da comunidade para discussão sobre a gestação, o parto, o puerpério, o cuidado da criança e a promoção do aleitamento materno. Foram utilizadas estratégias lúdicas para participação e doação de kit para o bebê (cestas com fraldas, sapatinhos, lenços umedecidos, entre outros).
- Realização de rodas de conversa sobre temas como violência contra a mulher, mulher e mercado de trabalho, família, autoestima e outros temas que propiciassem momentos de socialização e reflexão para promoção do crescimento pessoal e social.
- Realização de consultas clínicas que incluíram a coleta de amostra para o exame citopatológico do colo do útero, rastreamento de câncer de mama, planejamento reprodutivo, climatério e menopausa. Além disso, aproveitava-se o momento em consultório para abordar assuntos como violência doméstica, trabalho, papel da mulher na família e comunidade, e outras temas que emergiam com a interação.

Saúde do Idoso

- Realização de rodas de conversas sobre questões como medo, luto, espiritualidade, convívio familiar, autonomia, direito dos idosos e estímulo às atividades de lazer e de socialização.
- Realização de visitas domiciliares para avaliação das necessidades dos idosos, principalmente quando acamados. Nessa atividade, atentava-se para as condições de moradia e cuidados, uso adequado de medicamentos, prevenção de agravos da qualidade de vida do idoso, incluindo a atenção ao cuidador.
- Realização de consultas clínicas para avaliação global do idoso. Nesse caso, a abordagem visou transcender a lógica de queixa-conduta, observando os aspectos de senilidade e senescência com abordagem de aspectos biológicos, ambientais e sociais. Dentre os assuntos desenvolvidos, destacaram-se a realização de atividades da vida diária, comorbidades, polifarmácia, autocuidado e convívio familiar.

Saúde Mental

- Formação de grupos para discussão do uso racional de medicamentos controlados, com abordagem sobre as causas do sofrimento psíquico e o limite do medicamento sobre a cura. Foram utilizadas diversas dinâmicas que possibilitaram a interação entre os participantes, promovendo uma reflexão individual e coletiva sobre os sentimentos e sentidos da vida para cada trajetória.
- Realização de visitas domiciliares para pacientes com enfermidades psiquiátricas, visando uma avaliação geral do paciente e da dinâmica familiar. O

principal objetivo das visitas foi potencializar as ações de cuidado a partir da capacitação do cuidador.

Saúde da Criança

- Realização de atividades educativas com temáticas diversas, como o estímulo aos cuidados de higiene pessoal (escovação dos dentes, lavagem das mãos, banhos diários), alimentação saudável e oficinas de confecção de brinquedos com materiais recicláveis.
- Realização de atividades de lazer com brincadeiras que visaram a estimulação temporal, sensorial, ambiental e social. Tais atividades ocorreram em grupos e não possuíam cunho competitivo, permitindo desenvolver o compartilhamento, a afetividade e a solidariedade.
- Realização de consultas de puericultura, com vista à avaliação global da saúde da criança e do seu processo de crescimento e desenvolvimento, incluindo orientação aos pais sobre desenvolvimento, vacinação, alimentação e cuidados necessários com seus filhos.

Saúde de pessoas com doenças crônicas

- Realização de atividades lúdicas nas quais foram discutidos assuntos relevantes para o cuidado das doenças crônicas, como alimentação, adesão ao tratamento, terapias não-farmacológicas, dificuldades, enfrentamento do problema e formas de cuidado.
- Realização de oficinas de culinária para estimular a prática da alimentação saudável por meio de alternativas que valorizassem o sabor e o cuidado relativo aos problemas crônicos. Os participantes receberam um livro de receitas, elaborado pelos participantes do projeto, e prepararam em conjunto alguns pratos para demonstração e posterior degustação.
- Realização de consultas clínicas, de forma a viabilizar a compreensão dos impactos gerados por essas enfermidades e das dificuldades relatadas pelos pacientes no seu autocuidado. Foram abordados aspectos sobre a condição clínica, possíveis complicações, tratamento medicamentoso e mudanças do estilo de vida. Individualmente, seguindo a proposta da clínica ampliada, debateu-se sobre os contextos sociais, ambientais, familiares e laborais que poderiam interferir no cuidado destes problemas.

Outras ações sugeridas pelos municípios

- Oficinas para Conselheiros Municipais de Saúde: nesta oficina foram abordados o papel do Conselho na condução da política municipal de saúde, a

atuação do conselheiro em relação à representação e representatividade, especialmente do segmento da sociedade civil, e a própria participação social.

- Construção de Horta Comunitária: foram construídas hortas em locais estratégicos do município, com o intuito de estimular a cooperação e o desenvolvimento do cultivo dos alimentos. Na ocasião, além da construção, foram sendo discutidas questões como escolha do local, preparo do solo, formação de canteiro, compostagem e escolha das hortaliças. Além disso, a introdução à alimentação saudável também foi abordada, com ênfase nos alimentos orgânicos.
- Oficina sobre uso de agrotóxicos: essas oficinas foram desenvolvidas em dois municípios distintos para agricultores e trabalhadores rurais. Esta atividade teve como objetivo orientar os agricultores sobre a importância e forma correta do uso de equipamentos de proteção individual no uso de agrotóxico, bem como o descarte das embalagens e as responsabilidades das empresas no seu recolhimento. Também foram discutidas as consequências do uso destes produtos na saúde a curto, médio e longo prazo.
- Cooperativas e feiras locais: esse tema foi trabalhado em um município produtor de mel, cujo interesse surgiu durante uma roda de conversa com agricultores e apicultores que mencionaram preocupação com o comércio de terceiros. Nesse sentido, a formação da cooperativa mostrou que poderia propiciar a comercialização direta pelos produtores de mel de forma legalizada e com maior benefício financeiro dos produtores.
- Construção de Fossa Séptica: um dos municípios visitados apresentava comunidade com alta vulnerabilidade social que vivia em terreno ilegal, sem saneamento básico e com esgoto a céu aberto, apresentando indicadores de saúde extremamente ruins. Os acadêmicos participantes deste projeto, com ajuda do curso de Engenharia Ambiental, estudaram a situação e realizaram uma oficina com a comunidade local para construção de fossa séptica.
- Dia da Cidadania: essa atividade esteve presente em todos os projetos, no último dia do cronograma. O objetivo deste dia foi de promover atividades de promoção de saúde, prevenção de doenças e de lazer com a população em geral. As atividades foram desenvolvidas em local central do município e em geral incluíram lazer, entretenimento e brincadeiras (bingo, pesca, corrida do saco, futebol de sabão, karaokê); oficinas de automaquiagem, pinturas em pano de prato e camisetas, crochê, bordados e outros trabalhos manuais; momentos de cultura (cantinho literário infantil com contação de estórias, apresentação de música e dança pela própria população e apresentação de peças de teatro pelos alunos); e atividades de cuidados com a saúde (aferição de pressão arterial e realização do teste da glicemia capilar).

As 16 edições concluídas totalizaram mais de 3500 atendimentos individuais e envolveram mais de 8000 pessoas nas atividades coletivas.

DISCUSSÃO

A construção de um projeto de extensão dentro da área da Saúde Coletiva num curso de Medicina já se inicia como um grande desafio. A hegemonia das superespecializações e a própria desvalorização da saúde pública dificultam o êxito de qualquer projeto desta natureza. Afinal, o que poderia motivar os alunos a participarem de um projeto de saúde coletiva, de caráter voluntário, realizado durante o período de férias?

A resposta a esta indagação só pôde ser respondida ao longo das edições dos projetos e a discussão neste artigo tem a pretensão de descrever essas percepções.

A primeira sinalização positiva veio logo no final do primeiro projeto, quando o entusiasmo dos participantes, com depoimentos calorosos e emocionados das situações vividas ao longo da experiência, ultrapassou as maiores expectativas dos organizadores. A partir dessa primeira viagem, o “boca a boca” dos corredores da faculdade fez com que a cada edição o número de participantes fosse crescendo significativamente.

Mas o que pode ter de transformador nesta iniciativa, uma vez que as mudanças curriculares já vinham ocorrendo em algumas disciplinas do curso, e de certa forma já contemplavam o referencial proposto pelo projeto?

Percebe-se que o cotidiano do curso, cujo modelo hegemonicamente adotado pelas disciplinas privilegia a prática médica curativa, tecnicista e com supervalorização das especialidades, impossibilita, de certa forma, um contato íntimo com o paciente e o conhecimento do seu contexto social. As disciplinas de cunho integral e generalista, incluindo a saúde coletiva, são vistas como menos importantes e demasiadamente teóricas, posto que, na visão dos alunos, a prática se distancia do discurso.

Sendo assim, atualmente tem prevalecido como senso de um bom aluno e futuro profissional a capacidade deste em realizar diagnósticos baseado em sinais e sintomas e, por consequência, determinar tratamentos baseados em protocolos clínicos validados, seguindo a lógica de “queixa-conduta”. O resultado é uma prática médica descaracterizada e impessoal, que deixa de considerar a singularidade dos seres humanos no processo saúde-adoecimento a partir de sua biografia e contexto social. Essa abordagem ampliada é discutida e desenvolvida nos estágios curriculares das disciplinas de saúde coletiva, porém, no cotidiano, elas são massacradas pela hegemonia tecnicista, fazendo com que o campo da saúde coletiva seja visto, muitas vezes, apenas como mais um cenário de prática.

O que talvez explique a diferença da prática da saúde coletiva no Projeto Sérgio Arouca e nos estágios curriculares seja a própria vinculação das atividades - na extensão e no ensino, respectivamente. O ensino é obrigatório, a extensão tem participação voluntária. O primeiro viés dessa afirmativa poderia ser justificado pelo fato de que no projeto a participação poderia ser por afinidade com a saúde coletiva. No entanto, o número de alunos com interesse no projeto é muito maior do que o demonstrado nos estágios curriculares da disciplina. Isso permite inferir que tal diferença se deva ao fato de que os cenários da extensão e do ensino se distinguem em diversos outros aspectos.

Primeiramente, as atividades no projeto acontecem em locais adaptados, em geral escolas ou salões paroquiais, sem qualquer tipo de infraestrutura, num cenário bastante diferente das práticas curriculares. O melhor instrumento de trabalho se torna a escuta. Conhecer a biografia da pessoa e o contexto do aparecimento dos problemas de saúde se torna natural, deixando de ser só teoria. Aliado a isso, a condição de vida extrema de algumas pessoas e famílias que participam das atividades “saltam aos olhos” até para os mais preparados. Assim, o conhecimento do contexto dos problemas permite uma abordagem que vai além da prescrição de exames e medicamentos, extrapolando para as condições de vida na lógica da prevenção e da promoção da saúde. Mesmo a clínica, num olhar ampliado, permite a singularização dos casos, tornando a prática assistencial mais efetiva.

O que parece legitimar e sensibilizar os participantes para uma nova prática em saúde é a confirmação de que as tecnologias relacionais são importantes na resolução dos problemas de saúde, evidenciadas por meio da expressão de satisfação das pessoas atendidas. Nesse sentido, ocorre a constatação de que é possível praticar a ciência médica e se manter sensível às pessoas, com seus problemas, expectativas e sentimentos, pois resgata e dá sentido à própria escolha pela Medicina.

Assim, o projeto realiza aproximação com a reorientação teórica proposta pelo Pró-Saúde e pelas DCN, com abordagem integral do processo saúde-doença a partir de seus determinantes sociais (BRASIL, 2005; BRASIL, 2001). Essa abordagem corresponde à clínica ampliada, expressa pela capacidade dos profissionais de aprender com seus pacientes, conhecendo aspectos sociais e culturais e integrando estes conhecimentos ao exercício profissional. Reforça-se, nessa prática, que ter um cuidado integral em saúde significa buscar atender à necessidade real do indivíduo ou coletividade, em seus contextos culturais, sociais e psicológicos (MATTOS, 2001).

O que fortalece o sentido da clínica ampliada é o conjunto de ações realizadas com a prática assistencial. Além das consultas, o projeto desenvolve visitas domiciliares e atividades educativas e de promoção da saúde. Em todas as ações,

o referencial teórico de abordagem do processo saúde-doença parte do conceito ampliado de saúde.

Nesse conceito, as visitas domiciliares permitem aos profissionais o conhecimento ampliado as circunstâncias em que o indivíduo está inserido, além das suas condições de vida, trabalho e habitação. E ainda, por estar em seu próprio espaço, a pessoa em geral se sente mais à vontade, facilitando o diálogo e a consequente escuta, o que permite a construção conjunta de um plano de cuidados singular e potencializa a construção de vínculo entre o profissional de saúde e paciente/familiares (DRULLA, 2009).

Com relação às práticas educativas, mantendo a abordagem sanitária adaptada aos problemas individuais, o que se busca não é a adoção rígida de condutas frente aos problemas de saúde, mas o entendimento do processo de adoecimento e as formas de enfrentamento utilizadas, englobando suas dificuldades, limitações e potencialidades. Sendo assim, é preciso escutar, dialogar e buscar soluções conjuntas para superação dos problemas. Esse processo envolve uma troca de conhecimentos entre “educador-educando” e “educando-educador”, gerando um novo saber, por meio de um processo crítico e reflexivo que desenvolve autonomia dos indivíduos (FREIRE, 2005). Ainda nessa lógica, o trabalho com grupos propicia a atenção integral à saúde, permite um melhor conhecimento da comunidade, desenvolve a construção de novos saberes, aumenta a resolubilidade de problemas de saúde e fortalece a criação de vínculo entre equipe e comunidade (MAEYAMA, 2007).

Na mesma linha de atenção integral, as atividades coletivas também extrapolam o olhar direcionado para a doença. Atividades de desenvolvimento comunitário, de empoderamento, de construção de cidadania e de lazer, as quais fazem parte da rotina do projeto, contribuem também para uma formação médica mais abrangente, no sentido da determinação social do processo saúde-doença.

A realização destas diversas ações, que ultrapassa a prática individual assistencial, exige o aprimoramento para o trabalho em equipe, uma vez que o planejamento e a execução destas atividades necessariamente dependem da participação coletiva dos acadêmicos.

Um segundo aspecto de análise comparando o espaço da extensão e do ensino diz respeito aos objetivos das atividades. Contrária à rotina e à prática curricular, que prioriza a obtenção de notas e conceitos a partir de repetição de condutas que “agradem” professores e muitas vezes sem espaço para crítica, o projeto é todo construído, executado e organizado pelos próprios acadêmicos. Os professores servem apenas de mediadores deste processo. Nesse sentido, valoriza-se principalmente a iniciativa, de forma que todos se sintam e se tornem protagonistas. A preocupação passa a não ser a simples suficiência de aproveitamento acadêmico, mas sim a resolução

dos problemas das pessoas. Assim, aliado a escuta qualificada, existe um resgate dos valores que motivaram a busca pela carreira médica, como a solidariedade e a compaixão, geralmente esquecidos no decorrer do curso pela rotina tecnicista.

Esse protagonismo exercido pelos acadêmicos já os posiciona no centro do processo de ensino-aprendizagem, colocando-os como responsáveis pela construção do conhecimento, de forma autônoma, auxiliados e orientados pelos professores (BRASIL, 2005). A prática relevante estimula a busca pelo conhecimento teórico direcionado para resolução dos problemas (e não para as avaliações cognitivas das disciplinas), tornando o aprendizado muito mais significativo e promovendo a reorientação pedagógica proposta pelas DCN (BRASIL, 2001).

Além disso, a substituição da habitual relação hierárquica por uma relação horizontal favorece a formação crítica e reflexiva e o desenvolvimento de variadas competências, como gerenciamento, tomada de decisões, capacidade de comunicação, liderança e autonomia (BRASIL, 2001).

Um terceiro ponto que favorece o interesse pelo pelos acadêmicos diz respeito ao local da realização do projeto. Por realizar-se em municípios do interior do Estado, o projeto permite aos estudantes atuar em novos cenários, especialmente em realidades sociais bastante peculiares, tendo a responsabilidade de analisar e estruturar as atividades de acordo com as necessidades de saúde daquela população. Essa diversidade de ambientes e situações estimula o “aprender a aprender”, aspecto fundamental para abranger um país continental e diversificado como o Brasil, e ainda acompanha a própria velocidade do conhecimento, em que a tomada de decisões nem sempre pode basear-se em protocolos e conhecimentos preestabelecidos (BRASIL, 2001; BRASIL, 2005).

A variedade dos cenários de prática estabelece, além do aprendizado acadêmico, uma cooperação para qualificação de gestores e profissionais do SUS. Isso é possível devido à integração ensino-serviço-comunidade adotada em municípios com menores recursos financeiros, técnicos e humanos, a fim de auxiliar na melhoria da atenção à saúde nos serviços locais (BRASIL, 2005). Assim, o projeto também é capaz de promover a cooperação técnica com a equipe local na realização de atividades com enfoque de atenção integral, realidade pouco rotineira no nosso sistema de saúde. Tal pactuação prévia com a equipe local, o desenvolvimento das atividades e os próprios relatórios podem garantir a continuidade das ações realizadas no âmbito do projeto.

Desta forma, o legado do Projeto Sérgio Arouca atinge diversas esferas. Para o município, a participação universitária oferece uma estruturação mais abrangente da atenção, compreendendo o processo saúde-doença em todos os ciclos de vida e

os princípios da Atenção Básica. Ao aluno participante, o projeto permite o desenvolvimento exponencial de habilidades técnicas, sociais e humanas, as quais, por sua vez, repercutem em um benefício direto para a comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As aulas teóricas e práticas desenvolvidas nas práticas curriculares regulares não têm sido capazes de sensibilizar o aluno para uma nova prática em saúde. A imersão em experiências práticas nos espaços desprotegidos da universidade pode gerar um novo sentido. Tal imersão precisa permitir a vivência com intensidade (de corpo e alma) na realidade dos municípios e das pessoas. Sendo assim, extensão se mostra espaço privilegiado para o desenvolvimento dessas atividades.

A reflexão suscitada é de que não basta a mudança de conteúdos curriculares, de questões metodológicas ou mesmo de cenários de prática, nem em conjunto e tampouco isoladamente. É preciso transformar as práticas pedagógicas como um todo, numa perspectiva de valorização da aprendizagem significativa. A combinação de conhecimentos com sentimentos, a partir das próprias experiências vividas, é o que permite a relevância da aprendizagem e a ressignificação dos sentidos (REGO; BATISTA, 2012).

Ainda que os resultados sejam considerados muito promissores, reconhece-se que o projeto não tem a potência de transformar a formação médica como um todo, mas atua no sentido da reflexão sobre a necessidade de transformação no desenvolvimento das práticas curriculares. Assim, é necessária a criação de espaços rotineiros regulares que possibilitem ao aluno a apreensão de necessidades das pessoas e o exercício da integralidade da atenção.

Por fim, o Projeto Sérgio Arouca tem cumprido o papel no fortalecimento da política nacional de saúde e no desenvolvimento do espírito crítico dos estudantes para uma prática profissional pautada na cidadania e no compromisso social. Também, no âmbito do curso e institucionalizado no seu Projeto Pedagógico e articulado ao ensino e a produção de conhecimento, tem cumprido a função comunitária destacada para a extensão universitária descrita no Plano Nacional de Educação (BRASIL, 2018).

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M.; BUENO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M. (orgs). **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 783-836.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução nº 7**, de 18 de Dezembro de 2018. Estabelece as Diretrizes para a Extensão na Educação Superior Brasileira e regimenta o disposto na Meta 12.7 da Lei nº 13.005/2014, que aprova o plano nacional de educação PNE 2014-2024 e dá outras providências. Brasília: Ministério da Educação, 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior, 2001. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Homologada em 03/10/2001, Parecer CES 1.133/2001, Resolução CNE/CES Nº 4, de 7/11/2001. Brasília: Ministério da Educação, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde**. Brasília. 2005.

CUTOLO, L. R. A. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. Arquivos Catarinenses de Medicina, Florianópolis, vol. 35, n. 4, p. 16-24, 2006.

DRULLA, A. G.; ALEXANDRE, A. M. C.; RUBEL, F. I.; et al. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 14, n. 4, p. 667-74, 2009.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005. 184 p.

GUTIERREZ, D. D. D. **Esferas de influências nos currículos de odontologia das Universidades Públicas do Estado de São Paulo**. 2008. 152 p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

MAEYAMA, M. A. (org.). **A Construção do acolhimento: a proposta de mudança do processo de trabalho em saúde do município de Bombinhas**. Secretaria Municipal de Saúde de Bombinhas. Bombinhas, 2007.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: co-edição UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p. 39-63.

NOGUEIRA, M. I. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 262-70, 2009.

PAGLIOSA, F. L.; ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-99, 2008.

RÊGO, C.; BATISTA, S. H. Desenvolvimento docente nos cursos de medicina: um campo fértil. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 317-324, 2012.

VARGAS, J. D. de. História das políticas públicas de saúde no Brasil: Revisão de literatura. **Trabalho de Conclusão de Curso**, Escola de Saúde do Exército, Rio de Janeiro, 2008.