



ARTIGO

**O ENSINO DA PEDIATRIA E DA GINECOLOGIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**
*THE TEACHING OF PEDIATRICS AND GYNECOLOGY IN PRIMARY HEALTH CARE:
A REPORT OF EXPERIENCE*MARCIA REIS ROCHA ROSA¹; MARIA CONCEIÇÃO OLIVEIRA COSTA²; ANDRÉA DE ALENCAR COSTA ROCHA³; ADENILDA LIMA LOPES MARTINS¹

1 - Professora Assistente da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Bahia, Brasil

2 - Professora Titular Pleno da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Bahia, Brasil

3 - Professora Auxiliar da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Bahia, Brasil

RESUMO

Na formação do profissional médico, o processo de ensino/aprendizagem da Pediatria/Hebiatria e Ginecologia/Obstetrícia, enquanto especialidades básicas, constitui requisito fundamental para a atuação necessária e eficiente em Atenção Primária à Saúde. Portanto, além de um requisito primordial, a capacitação nessas especialidades se apresenta como um desafio para as Instituições de Ensino Superior/IES, independente do nível de desenvolvimento social e do país onde essas práticas possam ser planejadas e desenvolvidas. O presente artigo tem como objetivo descrever a experiência desenvolvida pelos docentes e alunos do curso de medicina da UEFS, no cumprimento das atividades teórico-práticas dessas especialidades integrantes dos componentes curriculares das Práticas Integradas Ensino Serviço e Comunidade III e IV (PIESC III e IV), no período entre 2013 a 2016. São relatados procedimentos teórico-práticos, anamnese, exame físico, raciocínio diagnóstico, que permeiam o atendimento clínico. O processo de ensino/aprendizagem é analisado à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014, com identificação de facilidades e dificuldades enfrentadas pelas equipes. Considera-se que as atividades das PIESC III e IV vêm cumprindo seus objetivos no que concerne ao processo de ensino/aprendizagem da Clínica Ampliada em Pediatria e Ginecologia, para atuação profissional, no nível da Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Pediatria; Ginecologia; Educação médica; Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

In the training of the medical professional, the teaching/learning process of pediatrics and gynecology, as basic specialties, is a fundamental requirement for the necessary and efficient performance in Primary Health Care. Therefore, in addition, there is a challenge to Higher Education Institutions/HEIs, regardless of the level of social development and the country where these practices can be planned and developed. The purpose of this article is to describe the experience developed by professors and students of the UEFS medical course in the accomplishment of the theoretical-practical activities of pediatrics/hebiatry and gynecology/obstetrics related to the curricular components of the Integrated Service Teaching and Community Practices III and IV (PIESC III and IV) in the period between 2013 and 2016. Theoretical-practical procedures, anamnesis, physical examination, diagnostic reasoning, that permeate clinical care are reported. The teaching/learning process is analyzed in the light of the National Curricular Guidelines of 2014, with identification of facilities and difficulties faced by the teams. It is considered that the activities of PIESC III and PIESC IV have been fulfilling their objectives, regarding the teaching/learning process of the Expanded Clinic in pediatrics and gynecology, for professional work, in the Primary Attention to Health level.

Keywords: Pediatrics; Gynecology; Medical education; Primary health care.

INTRODUÇÃO

O processo de formação do profissional de saúde é de fundamental importância para implementação e consolidação

das ações, assim como para o fluxo de atendimento, quanto ao diagnóstico, encaminhamentos e resolutividade dos problemas, frente à realidade que oferece o Sistema de Saúde no nosso país, especialmente na Região Nordeste. Essa



importância reside no fato do trabalho em saúde se basear, necessariamente, no elemento humano, ou seja, na capacidade profissional de agir, refletir e tomar decisões adequadas, procurando colocar-se no lugar daquele que recebe o cuidado, buscando entender o processo saúde-doença na sua complexidade e realidade contextual na qual o indivíduo está inserido¹.

Em nível universitário, a formação profissional enfrenta dificuldades que causam impactos diretos e indiretos na dinâmica e funcionamento do Sistema de Saúde, no Brasil, assim como em outros países que enfrentam problemas estruturais e sociais semelhantes. Desde o início do século XX, a formação dos profissionais de saúde tem sido orientada por um modelo fragmentador e biologicista. O auge dessa influência foi o Relatório Flexner, em 1910, elaborado por um educador americano, Abraham Flexner, que enunciou as bases do ensino médico calcado no método científico. Esse relatório impactou no fechamento de 124 das 155 escolas médicas dos Estados Unidos.

Em nível mundial, a partir da década de 70, o modelo de atenção à saúde entrou em crise, pela ineficácia e ineficiência em resolver os problemas da população e pelos elevados custos dessa atenção, conhecida como “inflação médica”. Para superação da crise, foi proposta mudança do paradigma *flexneriano* para o paradigma da produção social da saúde, onde essa responsabilidade deixa de ser apenas desse setor e passa a fazer interface com diversas áreas do conhecimento. Assim, as instituições de Ensino Superior/IES responsáveis pela formação de profissionais nessa área, principalmente, aquelas do ensino médico, sofreram graves críticas com relação ao perfil dos profissionais egressos. Houve o reconhecimento de que os problemas contemporâneos na formação dos profissionais de saúde estão direta ou indiretamente relacionados a essa mudança de paradigma.

Entre os problemas relacionados com a educação médica, estudiosos apontaram, de modo geral, a defasagem do ensino e a realidade contextual, assim como problemas pedagógicos, especialmente a especialização precoce e a expansão do ensino privado¹. Em nível mundial, esforços têm sido implementados na tentativa de resolução desses problemas.

Como iniciativas para reduzir a defasagem entre ensino e realidade contextual ressaltam-se: a) a proposta “NETWORK” (OMS/Opas/1979), onde se insere a metodologia “*Problem Based Learning*” (PBL) - Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP); b) os padrões globais da WFME (*World Federation for Medical Education*) que preconizam a articulação das escolas médicas com os serviços onde os estudantes irão, provavelmente, trabalhar¹.

No Brasil, vale citar algumas estratégias visando reduzir a defasagem entre ensino e realidade contextual: a) Estratégia Integração Docente-Assistencial (IDA) (1970), com internatos rurais e algumas iniciativas de interiorização dos serviços de saúde; b) Projeto UNI (União com a Comunidade) (1991); c)

Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico/CINAEM, mais recentemente criada, após a regulamentação do SUS; d) Promed – Programa de Incentivo as Mudanças Curriculares nas Escolas de Medicina, criado em 2001; e) Pró-Saúde, criado em 2005, baseado no incentivo financeiro às escolas que apresentassem um plano de mudança aprovado por um processo seletivo¹.

Em 2003, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGETES) do Ministério da Saúde/MS, que vem dando continuidade à reorientação da formação médica e aos demais cursos de graduação da área de saúde, com programas tais como Aprender – SUS e PET-Saúde¹.

A Pediatria como especialidade, bem como o ensino da pediatria e da puericultura, desenvolveu-se a partir início do século XIX, por época da Revolução Industrial, onde médicos de diversos países dirigiram-se à França, em busca dessa formação. No Brasil (1982) Moncorvo de Figueiredo fundou, no Rio de Janeiro, o primeiro curso de pediatria registrado na literatura².

No início desse século, pesquisa da OPAS/ALAPE identificou diversos problemas relacionados ao ensino da Pediatria nas Escolas Médicas dos países da América Latina e teceu algumas recomendações visando possíveis soluções, a saber: a) utilização de metodologias voltadas para o aluno e resolução de problemas; b) utilização de adequada proporção de aluno/professor, nas atividades teóricas e práticas; c) ampliação de práticas, em nível de atenção primária à saúde; d) favorecimento à integração entre a teoria e a realidade vivenciada na atenção clínica³.

No Brasil, essas recomendações foram fortalecidas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) 2001⁴ e ampliadas pelas DCN 2014⁵, as quais abrangeram todas as áreas do curso médico, não somente a Pediatria.

A ginecologia traz um histórico do período medieval, onde a discussão acerca da sexualidade e corpo feminino se misturava aos textos religiosos, astrologia e magia. Enquanto estudava as doenças das mulheres, Hipócrates (460 a.C - 370 a.C) percebeu a necessidade de confiar nas declarações, principalmente aquelas relacionadas à ginecologia, que eram difíceis de diagnosticar, porque eram vivenciadas unicamente por mulheres. Na Idade Média, a questão da sexualidade, dos saberes médicos e das mulheres foi estudada por vários pesquisadores homens⁶.

Com o passar dos séculos e a mudança do papel da mulher na sociedade, a assistência à saúde da mulher foi gradualmente valorizada, sendo o ensino e assistência se tornado especialidade reconhecida, em 1959, após a criação da FEBRASGO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia). No Brasil, a partir de então, houve um fortalecimento do ensino da ginecologia e obstetrícia, com legalização do título de especialista nesta área e a criação das residências médicas.

O ambiente de atuação profissional das práticas de saúde, como também do ensino/aprendizagem, situam-se

em campos privativos entre o profissional de saúde/paciente e o professor/aluno, respectivamente. Na educação médica, os campos da atenção à saúde e do ensino-aprendizagem se interagem e produzem peculiaridades que, ao serem compartilhadas, podem auxiliar de forma relevante o redimensionamento das práticas pouco discutidas, até então. Pensando em contribuir para o esclarecimento das práticas de ensino/aprendizagem da Ginecologia/Obstetrícia e Pediatria/Hebiatria, o presente trabalho tem como principal objetivo descrever a experiência de ensino/aprendizagem dessas duas grandes áreas da medicina nos contextos da Atenção Primária a Saúde e dos componentes curriculares das Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade III e IV (PIESC III e IV) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

METODOLOGIA

O Curso de Medicina da Universidade Estadual de Feira de Santana foi implantado em 2003. O seu Projeto Político Pedagógico (PPP) atendeu às DCN publicadas na Resolução CNE/CSE Nº 4 (07/11/2001)⁴. A metodologia adotada foi a Aprendizagem Baseada em Problemas/ABP (*Problem - Based Learning/PBL*) que visa protagonizar mudanças e reorientar o processo ensino/aprendizagem, buscando modificar o perfil dos egressos do curso médico.

As Práticas de Integração Ensino, Serviço e Comunidade constituem componentes curriculares do PBL, cujas atividades são desenvolvidas de acordo com cronograma de periodicidade anual, subdivididas em quatro etapas (PIESC I, II, III e IV), a partir do primeiro ano do curso. As PIESC são responsáveis por inserir precocemente o aluno na Rede municipal de Atenção Básica em Saúde do município de Feira de Santana. Desde o primeiro ano do curso, os alunos são organizados em grupos de oito, para cada Unidade de Saúde da Família, onde cada grupo permanece nessa comunidade por quatro anos letivos, desenvolvendo atividades diversas, de acordo com plano de trabalho de cada uma das PIESC I, II, III, IV, previamente planejadas com as equipes e autorizadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Nas PIESC I, onde são alocados os alunos do primeiro ano médico, as atividades são, prioritariamente, direcionadas à territorialização e ao levantamento dos principais problemas da comunidade, especialmente aqueles ligados à saúde das famílias que habitam no território adscrito. Nas PIESC II, (alunos do segundo ano), as atividades são direcionadas às abordagens destinadas aos principais problemas identificados no primeiro ano. As atividades de promoção, prevenção e intervenção, em geral, têm abrangência coletiva, após discussão e aceitação pela comunidade.

Nas PIESC III e IV (alunos do terceiro e quarto ano médico), as atividades são desenvolvidas com o objetivo de introduzir o aluno nos principais aspectos preventivos e intervencionistas, ligados ao atendimento clínico, encaminhamentos e raciocínio diagnóstico, no contexto

da Atenção Primária à Saúde. Para atingir esse objetivo, professores, alunos, profissionais das equipes de saúde da família e usuários elaboram e executam Projetos Terapêuticos Familiares (PTF) que foram descritos em outro lugar⁷. Resumidamente, os PTF são compostos por ferramentas como familiograma, ecomapa, árvore de problemas, história individual de cada membro e planilha de intervenção familiar e individual. Para executá-las, utilizam-se estratégias tais como: a) Visitas domiciliares, b) Consultas médicas nas áreas de Saúde da Família, Pediatria/Hebeatria e Ginecologia/Obstetrícia; c) Consultorias de Clínica Ampliada e Gestão do Cuidado.

O presente artigo descreve a experiência vivenciada pelos docentes e alunos, no cumprimento das atividades destinadas aos componentes curriculares PIESC III e PIESC IV do curso de medicina UEFS, no período de 2013 a 2016, correspondendo a três anos letivos.

No que se refere ao processo de ensino/aprendizagem da Pediatria/Hebeatria e Ginecologia/Obstetrícia, as atividades desenvolvidas nas PIESC III e IV são sequenciais, obedecendo à proposta de focar nos itens anamnese e exame físico (PIESC III), assim como no diagnóstico e planejamento terapêutico (PIESC IV). Nessa perspectiva, as atividades, métodos e técnicas, serão abordados como componente curricular único e sequencial, subdivididos em dois anos letivos. São iniciadas pelos alunos quando no terceiro ano e continuadas pelos próprios no quarto ano médico.

O atendimento de crianças e adolescentes acompanhados por PTF

A atenção às crianças e adolescentes acompanhadas pelos docentes e discentes do curso de medicina na atenção básica, através das PIESC III e PIESC IV, é pautada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), nas diretrizes técnicas dos Cadernos da Atenção Básica e no cumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Desta forma, almeja-se a integralidade da atenção, entendida sob a ótica da clínica ampliada. Isto é, busca-se ir além das ações programáticas do cuidado as criança e adolescentes e das necessidades de saúde biológicas, por meio de intervenções que extrapolam o setor Saúde. As ações procuram valorizar o trabalho multidisciplinar, a intersectorialidade e o empoderamento da família para exercer a autonomia na construção do projeto terapêutico que envolve a criança, a família e os profissionais de saúde.

Desta forma, o primeiro passo é selecionar as famílias segundo critérios de vulnerabilidade sociofamiliar, multigeracionalidade e que essas aceitem o acompanhamento e o desenvolvimento do PTF pelo grupo de docentes e discentes das PIESC. Uma vez selecionada a família, é agendado consulta para a criança, seguindo a frequência média de duas crianças/família/ano. Em caso de famílias com mais de duas crianças, a orientação é utilizar critérios de prioridade tais como: crianças no período neonatal; expostas a riscos

para atraso do desenvolvimento e crescimento; portadores de doença crônica; e elevada vulnerabilidade social e familiar. Os demais casos são encaminhados para os profissionais das Unidades de Saúde.

Participam da consulta, o docente de Pediatria, um ou dois alunos a depender da disponibilidade e tamanho das salas, a criança/adolescente e o(s) acompanhante(s). Utiliza-se formulário padronizado “Atendimento, clínico da criança e do adolescente”, para anotação dos registros. Esse instrumento esta formatado em tópicos do tipo:

1. IDENTIFICAÇÃO (sexo, data nascimento, nível de escolaridade, filiação, ocupação dos pais, escolaridade dos pais, atividades), QP (queixa principal); HDA (historia da doença atual), IS (interrogatório sistemático), HGPN (historia de gestação, parto e nascimento), HPP (historia patológica progressiva), DNPM (desenvolvimento neuropsicomotor), HA (historia alimentar), HV (historia vacinal), HF (historia familiar), HS (historia social, incluindo hábitos diários e lazer da criança/adolescente);

2. EXAME FISICO GERAL E SEGMENTAR (incluindo aferição de dados vitais e dados antropométricos, plotagem das aferições em curvas de referência para perímetro cefálico, peso/idade, comprimento/estatura/idade e índice de Massa Corpórea (IMC), Inspeção geral, Exame segmentar de cabeça e pescoço, olhos, ouvidos, boca, nariz, e dos aparelhos cardiorespiratório, digestório, geniturinário, locomotor, neurológico e extremidades);

3. DIAGNÓSTICOS/PROBLEMAS (incluindo o motivo da consulta e ampliando para riscos biopsicossociais identificados);

4. DIAGNÓSTICO VACINAL (interpretação do cartão de vacina e situação vacinal atual);

5. DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL (interpretação das curvas de referencia do crescimento da OMS, segundo a Caderneta de Saúde da Criança ou do Adolescente);

6. DIAGNÓSTICO DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR/DNPM (interpretação do instrumento de vigilância do desenvolvimento, presente na Caderneta de Saúde da Criança/Adolescente e histórico de aprendizado, escolaridade, desenvolvimento de habilidades/segundo a idade);

7. ESTÁGIOS DO DESENVOLVIMENTO PUBERAL (maturação sexual, segundo critérios de Tanner);

8. PLANO DIAGNÓSTICO E TERAPEUTICO, incluindo prescrições, solicitação de exames complementares, orientações de educação para a saúde, e encaminhamentos;

9. RETORNO (agendamentos e plano de seguimento). Esse formulário segue a mesma ordem do instrumento elaborado pelos docentes “Roteiro de anamnese pediátrica”, que explica o passo a passo do atendimento.

Após cada atendimento e liberação da criança ou adolescente, as informações, diagnósticos e procedimentos são anotados no prontuário, facilitando assim a continuidade das consultas subsequentes desses pacientes por profissionais da Unidade. Imediatamente após o atendimento, docente e

alunos discutem o caso. Após um prazo de 8 a 15 dias, os alunos estudam e devolvem ao docente o mesmo instrumento utilizado, preenchido com todas as informações coletadas, assim como dados de exame físico e planos diagnósticos e terapêuticos. Ao docente cabe corrigir e orientar para, posteriormente, apresentar um escore quantitativo do desempenho do aluno (avaliação somativa e formativa). Uma vez corrigido e aprovado, quanto ao conteúdo, pertinência das informações e redação, o formulário é anexado ao prontuário da família, devidamente assinado por alunos e docentes.

O atendimento ginecológico-obstétrico das mulheres acompanhadas por PTF

O ensino da Ginecologia/Obstetrícia, no contexto das PIESC III e IV, está pautado na Atenção Integral à Saúde da Mulher, empenhando-se em contribuir com a reorganização da assistência, sob os princípios da equidade, integralidade e universalidade, como pressuposto pelo SUS. Sob essa ótica, tem-se buscado, como equipe multidisciplinar, uma postura acolhedora diante das necessidades das mulheres que procuram os serviços. Assim, a equipe docente integra as atividades teórico-práticas do componente curricular PIESC com a rotina das Unidades de Saúde da Família (USF), utilizando protocolos validados e referendados pelo Ministério da Saúde (MS) e FEBRASGO, buscando ampliar e responder à demanda e controlar os agravos à saúde. São utilizados protocolos e rotinas de atendimento em consultas ginecológicas (planejamento familiar, infertilidade, propedêutica do colo uterino, mastologia e climatério) e pré-natal.

No contexto das PIESC III e IV, todas as mulheres integrantes das famílias acompanhadas pelos discentes nos PTF são avaliadas e aquelas que necessitam de atendimento são agendadas pelo discente, para consulta nas Unidades de Saúde, sendo o atendimento realizado pelo discente e docente especialista em ginecologia não integrante do quadro de profissionais do Sistema de Saúde do município. O atendimento acontece em consultório ginecológico equipado para esta finalidade, conforme protocolos de atendimento das Unidades e PIESC.

A consulta ginecológica se desenvolve conforme modelo elaborado pelos docentes com os seguintes itens: identificação, queixa e duração; história da moléstia atual; corrimento (características), sintomas mamários, sintomas urinários; sintomas intestinais; antecedentes menstruais, sintomas climatéricos; antecedentes obstétricos; antecedentes pessoais, antecedentes sociais, antecedentes sexuais; antecedentes familiares, perfil psicossocial; exame físico geral, exame ginecológico; exame do abdome; exame pélvico; exame dos órgãos genitais externos e exame especular. Finaliza com a suspeita diagnóstica e o plano terapêutico.

A assistência pré-natal segue as Normas Técnicas disponíveis no Manual Técnico do Ministério da Saúde⁸, distribuído para todas as Unidades de Saúde. O fornecimento e preenchimento do Cartão de pré-natal e folha de prontuário

são de uso obrigatório, assim como o cadastramento no SIS PRÉ-NATAL. O calendário de consultas e a solicitação de exames laboratoriais de rotina seguem as normas vigentes do MS. A orientação vacinal segue as orientações da Sociedade Brasileira de Imunização⁹. Para as gestantes, Rh negativas é solicitado coombs indireto na primeira consulta e mensalmente a partir da 24ª semana. A avaliação ultrassonográfica é solicitada pelo médico, de acordo com critérios de indicação e poderão ser ampliadas de acordo com disponibilidade do serviço. A classificação do risco gestacional é feita e os casos de risco elevado são encaminhamentos para o pré-natal de alto risco, seguindo os critérios e pré-requisitos contidos no Manual Técnico do MS¹⁰.

Para a assistência em Planejamento Familiar (PF), utilizam-se as normas técnicas disponíveis no Manual de PF¹¹. A Assistência em Patologia do Colo Uterino segue o preconizado no manual técnico¹², referente ao nível da Atenção Básica (teste de Schiller, coleta de material para citologia oncótica). Na Mastologia, utilizam-se as normas técnicas preconizadas¹³ para as USF, a saber: estímulo ao autoexame de mamas, exame clínico das mamas, como parte integrante e obrigatória das consultas ginecológicas e de pré-natal, solicitação de mamografias, tratamento clínico de mastalgias (orientação), tratamento de mastites puerperais não complicadas.

O relato das experiências relacionadas ao atendimento clínico de Pediatria/Hebiatria e de Ginecologia /Obstetrícia têm como objetivo oferecer assistência às famílias selecionadas e acompanhadas na execução dos Projetos Terapêuticos Familiares das PIEESC III e IV. Foram preservados o sigilo, quanto à identidade dessas famílias, estudantes e profissionais, como agentes comunitários de saúde que participaram ativamente, junto à equipe das PIEESC, intermediando e viabilizando as consultas, intervenções e dinâmica de aproximação da equipe com a comunidade e famílias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período 2013 a 2016, correspondente a três anos letivos, foram atendidas 126 crianças e adolescentes, integrantes das famílias acompanhadas, em conjunto com 86 alunos, durante a execução das ações das PIEESC III e IV (o que equivale a 1,5 paciente/aluno ou três pacientes por dupla de aluno). Essa proporção pode ser considerada insuficiente, para a prática na área de pediatria, direcionada à Atenção Básica de Saúde, entretanto, no nosso meio, não existem parâmetros para inferir proporção adequada, segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais 2014, sendo omissa neste quesito, assim como em relação à carga horária direcionada para esse conteúdo, nos anos que antecedem ao estágio curricular obrigatório (Internato médico – 5º e 6º anos).

Sobre o ensino/aprendizagem da Pediatria/Hebiatria

Analisando apenas pelo aspecto quantitativo, as PIEESC III e IV funcionam como etapa introdutória do aluno

ao atendimento clínico na comunidade, preparando-o para o internato de pediatria (5º e 6º ano). Porém, o processo de ensino-aprendizagem da pediatria/hebiatria nas PIEESC III e IV adiciona precocemente aspectos qualitativos na formação do aluno de 3º e 4º ano, como escuta qualificada da família e da criança/adolescente, observação da criança/adolescente-índice no contexto das relações familiares e estimula à assunção de postura ético-profissional frente a situações de vulnerabilidade de um ser em desenvolvimento. Deste modo, a atuação do pediatra difere dos demais profissionais médicos, porque lida com indivíduos considerados juridicamente incapazes e com uma invariável vulnerabilidade que é a fase de crescimento e desenvolvimento. Assim, ao mesmo tempo em que atua na medicina clínica sobre essa característica orgânica, o pediatra mantém atenção nos aspectos preventivos da saúde psicossocial também em desenvolvimento, durante sua prática médica diária¹⁴.

Entre as peculiaridades das PIEESC III e IV no atendimento às crianças e adolescentes, vale salientar que são os alunos que recepcionam e acolhem a família na Unidade de Saúde. Ao chegar à Unidade, familiares e pacientes aguardam por 10 a 15 minutos, na recepção, enquanto alunos e docente preparam o ambiente, de acordo com a idade da criança ou adolescente, número de acompanhantes, tempo necessário ainda para esclarecer dúvidas sobre procedimentos, condutas, de acordo com o caso. A adaptação de ambiente mais frequentemente necessária é o fechamento das janelas para garantia da privacidade, abrindo mão da ventilação, pois as casas destinadas ao funcionamento das Unidades de Saúde da Família, na maioria, não atendem aos dois critérios simultâneos. A priorização do aspecto ético e a mediação docente perante as dificuldades estruturais dos serviços de saúde são aspectos bastante enfatizados e trabalhados durante todo o processo de trabalho docente - assistencial.

As dúvidas mais frequentes dos alunos antes de iniciar o atendimento são sobre as siglas utilizadas no roteiro da anamnese e como se comportar durante o choro e/ou recusa da criança durante o exame físico. A abertura de espaço para as dúvidas e redução da ansiedade dos discentes é princípio básico do ensino centrado no aluno, constituindo uma prioridade do trabalho docente. Segundo estudiosos, falar pouco e estimular a reflexão sobre a vivência constitui elemento de captação de significados, fundamentais para o processo de ensino/aprendizagem¹⁵. Portanto, os alunos podem sentir-se à vontade, pela certeza de intervenção do docente, se necessário, e pela garantia de espaço para discussão e reflexão do que será vivenciado.

A introdução e acolhimento da família no espaço físico do consultório são realizados pelos estudantes e docente. Nesse momento, alguns esclarecimentos são repassados à família, tais como, duração da consulta tempo mais ou menos alargado e consentimento para a realização da entrevista e exame físico pelos alunos, com supervisão docente. Durante os três anos da experiência, não houve caso de recusa da presença

dos alunos, entretanto essa prática é mantida como forma de ensino/aprendizagem dos aspectos éticos, quanto à abordagem sigilosa, respeitando a autonomia do paciente/família.

A anamnese é conduzida por um ou dois alunos de forma complementar, sempre com supervisão docente e intervenções oportunas. O exame físico é conduzido pelo docente, junto aos alunos, ressaltando ser um momento de estresse para a criança ou adolescente. Os alunos, em geral, repetem as manobras e aferições de dados vitais realizadas pelo docente, buscando-se realizar todos os procedimentos com calma e sempre na presença de familiar. Nos casos de crianças pequenas, a mesma pode permanecer no colo da mãe/familiar, para procedimentos básicos de inspeção de pele, tecido celular subcutâneo, fâneros, musculatura, assim como ausculta pulmonar e cardíaca. Na maca, deitada, examina-se abdome, genital, membros e alguns reflexos. A contenção da criança na maca, nos casos de estresse, a forma de conter, o que examinar ou deixar de examinar, naquele contexto específico de consulta, são terrenos férteis para o ensino/aprendizagem da consulta e da clínica pediátrica ampliada. O aluno, ao observar como o professor/pediatra se comunica com as mães, vai delineando sua atitude perante o atendimento, segundo um modelo de aprendizado¹⁶.

O levantamento dos problemas biopsicossociais e diagnósticos, ao final da consulta, é outro momento de extrema riqueza para o processo de ensino/aprendizagem quanto aos principais problemas de saúde da comunidade^{4,5}. Durante os três anos desta experiência, quase todos os problemas/diagnósticos trataram de doenças ou problemas prevalentes ou comuns da infância e da adolescência. Nesse aspecto, a pediatria e a hebeatria favorecem o exercício da clínica ampliada na medicina, pois a quase obrigatoriedade do envolvimento da família leva a uma visão integral da criança e seu contexto familiar, cujo enfoque não está centrado apenas na doença ou no diagnóstico, mas também, no indivíduo, que é o resultado do seu meio social¹⁷. Durante o período dessa experiência, foram levantados alguns problemas psicossociais envolvendo crianças e adolescentes das famílias atendidas pelas PIESC III e IV, os quais não poderiam ter sido identificados sem o exercício da clínica ampliada na medicina, como, por exemplos: a violência intrafamiliar castigos físicos; abandono físico e emocional; negligência; *bullying*; *bullying* na escola; o abuso sexual; comportamento reativo a conflitos familiares; pobreza extrema; convivência com usuários de drogas lícitas e ilícitas; elevado risco para desmame precoce; escola de péssima qualidade; residência em local de tráfico de droga; entre outros.

Nas PIESC III e IV, o plano diagnóstico e terapêutico (composto de atividades/intervenções, metas e resultados esperados) é discutido com o paciente/família, de acordo com a necessidade e condições oferecidas pelo Sistema de Saúde. A implementação desse plano torna-se viável devido ao conhecimento prévio da dinâmica do Sistema de Serviços de Saúde adquiridos por esses mesmos alunos durante o 1º e 2º ano do curso médico nos componentes

curriculares denominados PIESC I e II, com destaque para o papel dos Agentes Comunitários de Saúde e da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, entre outros agentes de interlocução. Essa percepção está alinhada com Prearo^{16:1045} que diz: “o conhecimento do cotidiano da Unidade de Saúde, as tarefas ali desenvolvidas são, portanto, os primeiros passos para que o estudante perceba a realidade deste cenário de aprendizagem e de cuidado”, referindo-se ao cenário de ensino/aprendizagem da Atenção Primária a Saúde.

Para finalizar o atendimento, o paciente e a família são liberados com agendamento do retorno ou com a previsão de seguimento através de visita domiciliar, também agendada ou acordada naquele momento. Essas medidas são de fundamental importância para a construção do vínculo entre estudante/docente-usuário¹⁶ e, conseqüentemente, para a efetividade das intervenções para a resolução dos problemas de saúde. Essa experiência concorda com Prearo¹⁶ ao constatar a formação de vínculo do estudante com a família. O docente Pediatra/Hebiatra permanece na Unidade de Saúde por três a quatro semanas, em sistema de rodízio com os docentes de Ginecologia/Obstetrícia, enquanto o seguimento e a execução dos PTF são continuados pelo docente de Saúde Coletiva e pelos discentes das PIESC III e IV.

Sobre o ensino/aprendizagem da Ginecologia/Obstetrícia

No ensino da Ginecologia/obstetrícia (GO), o acesso, o acolhimento e o número de atendimentos seguem o padrão do processo de ensino/aprendizagem descrito pela Pediatria/Hebiatria, No período 2013 a 2016, correspondente a três anos letivos, foram atendidas 126 pacientes do sexo feminino, em todas as faixas etárias, integrantes das famílias acompanhadas, em conjunto com 86 alunos.

As patologias ginecológicas mais frequentemente diagnosticadas nesses ambulatorios são passíveis de completa resolução no próprio serviço, como: corrimentos vaginais; dismenorréias; infecções do trato urinário; sangramentos menstruais irregulares e sintomas climatéricos. Poucos casos necessitam de encaminhamento para unidades secundárias ou terciárias, como casos de miomatose uterina e patologias mamárias que necessitam tratamento cirúrgico. Esse resultado está de acordo com uma pesquisa¹⁷ que mostrou a experiência clínica em atendimentos de GO ambulatorial, no nível primário de atenção, onde casos comuns tiveram abrangência de 80%, entre os atendimentos de alunos do quarto ano médico. Foi ainda observado, nessa pesquisa, que as patologias frequentes foram homogêneas entre as seis Unidades Básicas de Saúde, garantindo similaridade de experiências clínicas aos alunos.

Na experiência das PIESC III e IV de Feira de Santana, as dificuldades encontradas foram: 1) desconforto inicial das pacientes pela presença dos alunos; e 2) Insegurança dos alunos no interrogatório sobre a sexualidade da mulher e na realização do exame genital. Essas dificuldades foram superadas pela presença continua do docente, ora intervindo,

ora supervisionando, desde a fase do acolhimento, até a aplicação dos protocolos padronizados.

Como facilidades da experiência das PIESC III e IV, observou-se que as aulas expositivas e as práticas em simuladores e modelos anatômicos nos primeiros anos do curso médico facilitaram o ensino da atenção ambulatorial da ginecologia e obstetrícia. Ao se deparar com a experiência prática, a maioria dos alunos demonstrou aquisição de conhecimento prévio.

Ao final dos atendimentos das pacientes selecionadas através dos PTF, além do estabelecimento das condutas diagnósticas e terapêuticas adequadas, foram indicadas informações sobre serviços, fluxos e protocolos, para desenvolvimento das ações referentes à saúde da mulher disponíveis na rede municipal. Foram capacitados discentes para referenciar pacientes para os níveis de maior complexidade (secundário e terciário), assim como gestante com alterações de exames complementares, sempre seguindo os protocolos validados pela FEBRASGO/MS; Foram encaminhadas mulheres com citologia alterada, presença de HPV, Schiller positivo, grandes ectopias e pólipos nódulos mamários (todos), derrame papilar, mamografia suspeita de câncer para a atenção secundária, além de orientação para as pacientes de alto risco com passado de câncer de mama ou história da doença em parentes de primeiro grau (mãe, irmã ou filha). Todas as pacientes foram encaminhadas através da central de marcação portando formulário de referência e contra-referência carbonado com motivo, história, exame clínico e exames complementares já realizados.

As ações educativas desenvolvidas pelos alunos e docente junto à equipe possibilitam um maior diálogo entre o profissional de saúde e a mulher, como também favorecem maior conhecimento e discussão sobre preservação da saúde, prevenção de doenças e integridade do corpo, fortalecendo assim o vínculo médico-paciente, resgatando o direito à vida e à cidadania. Em conformidade com o Art. 7º das DCN⁴, o graduando deverá corresponsabilizar-se pela própria formação inicial, continuada e em serviço, com autonomia intelectual, responsabilidade social, ao tempo em que se compromete com a formação das futuras gerações de profissionais de saúde.

Nesse processo de ensino/aprendizagem, todos os envolvidos são beneficiados. Ao professor resulta a responsabilidade do dever cumprido e o prazer do ensinar ao aluno a possibilidade de treinar competências e ao paciente, o acesso humanizado ao tratamento especializado, e o conhecimento sobre cuidados e formas de prevenção de doenças.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência integral à saúde da mulher, da criança e do adolescente passa pela construção de uma prática que exige envolvimento e capacitação de toda a equipe profissional através do trabalho multidisciplinar, especialmente na Atenção Primária, principal porta de entrada para os Serviços de Saúde. Nesse sentido, o ensino da Pediatria/Hebiatria e

Ginecologia/Obstetrícia foi instrumento útil na demonstração da resolubilidade da Atenção Primária à Saúde.

A metodologia utilizada nas PIESC do curso de medicina da UEFS favorece o exercício da Clínica Ampliada, contribuindo assim para a formação de médicos generalistas, com forte postura ética e princípios humanistas direcionados à promoção da saúde e bem estar da família e seus integrantes, independente de sexo ou faixa etária, enquanto integrantes da comunidade onde se encontram inseridos. Desta forma, atende perfeitamente as Diretrizes Curriculares para o curso médico, lançadas em 2014.

Vale salientar que a maioria das Unidades de Saúde integrantes do Sistema de Atenção Básica, não conta com estrutura e capacidade de articulação com ações complementares e necessárias ao adequado desempenho das equipes e das ações propostas pelas PIESC, em atendimento às reais demandas das famílias e das comunidades. Os desafios são para garantir atendimento humanizado e de qualidade, assim como disponibilização de aparato técnico necessário, insumos e medicamentos essenciais para a resolução dos problemas de saúde mais frequentes.

REFERENCIAS

1. Campos FE, Aguiar RAT, Belisario SA. A formação superior dos profissionais de saúde. In: Giovanella L et al. (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
2. Sant'Anna CC. O ensino da puericultura e da pediatria no Rio de Janeiro: a propósito do bicentenário da faculdade de medicina da UFRJ. **Revista de Pediatria SOPERJ**. 2009; 10(1): 16-20.
3. Puga TF, Benguigui Y. **Ensino de Pediatria em escola de medicina da América Latina**. Washington: Organização Panamericana de Saúde, 2003. Disponível em: <www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-alape.portugues.pdf>. [02 nov 2016].
4. Brasil, Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES N° 4**, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15864-rces004-01&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192>. [23 nov 2016].
5. Brasil, Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES N° 3**, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192>. [23 nov 2016].

6. Rossiaud J. Sexualidade. In: Le Goff J, Schmitt JC (orgs) **Dicionário Temático do Ocidente Medieval**. Bauru-SP: EDUSC; 2002. Vol. II, p. 477-492.
 7. Peixoto MT, Carvalho RC, Martins ALL, Silva KLO, Silva MO. Projeto Terapêutico Familiar: uma tecnologia para a gestão do cuidado. In: **Anais do XXVI Congresso da ALASS - CALASS 2015**, 2015, Ancona - Itália. Actas CALASS 2015, 2015. Disponível em: <http://www.alass.org/cont/priv/calass/docs/2015/sesion17/0309_sesion17_4_pt.pdf>. [23 nov 2016].
 8. Brasil, Ministério da Saúde. **Assistência Pré-natal: Manual técnico**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Ministério da Saúde; 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf>. [23 nov 2016].
 9. Sociedade Brasileira de Imunização (SBIm). **Calendários SBIm**. Disponível em: <<http://sbim.org.br/calendarios-de-vacinacao>>. [24 jan 2017].
 10. Brasil, Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: <bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf>. [23 nov 2016].
 11. Brasil, Ministério da Saúde. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico**. 4ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencial.pdf>> [23 nov 2016].
 12. Brasil, Ministério da Saúde. **Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do Câncer do Colo do Útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2012. Disponível em: <www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Diretrizes_rastreamento_cancer_colo_uterio.pdf>. [23 nov 2016].
 13. Brasil, Ministério da Saúde. **Consenso Câncer de mama, 2004**. Disponível em: <bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/consensointeg>. [23 nov 2016].
 14. Marcondes E. A pediatria e o ensino da atenção primária. **Pediatria** 1998; 20(3): 171.
 15. Moreira MA. Abandono da narrativa, ensino centrado no aluno e aprender a aprender criticamente. **Ensino, Saúde e Ambiente** 2011; 4(1): 2-17.
 16. Prearo AY, Pires Rizzato AB, Ferreira Martins ST. O ensino de pediatria na atenção básica em saúde entre as fronteiras do modelo biomédico e a perspectiva da integralidade do cuidado: a visão dos médicos supervisores. **Interface (Botucatu)** 2011; 15(39): 1039-1051.
 17. Amaral E, Zeferino A, Nadruz W, Antonio MA, Sarian L, Inhaia C. Successful accomplishment of educational goals with clinical experience at public primary care facilities. **Med Teach** 2007; 1-6. [*Epub ahead of print*].
-

Endereço para correspondência

Márcia Reis Rocha Rosa
Colegiado de Medicina - CAU I
Universidade Estadual de Feira de Santana
Av. Transnordestina, s/n - Novo Horizonte
CEP: 44036-900 - Feira de Santana - BA
Telefone: (75) 3161-8188
E-mail: marciareisrosa@yahoo.com.br