

Por uma clínica ampliada na formação médica: uma experiência de ensino

Carla Ribeiro Guedes¹

Marilene Cabral do Nascimento²

Resumo

Este artigo tem como objetivo relatar uma experiência de ensino na graduação de medicina, focada na aquisição de habilidades e competências no âmbito das tecnologias leves, caracterizada pelos modos relacionais de agir no ato de cuidar. Com uma metodologia ativa, a disciplina visa o desenvolvimento de atividades educativas, através de grupos de sala de espera, nos ambulatórios de um hospital universitário, de uma universidade pública no estado do Rio de Janeiro. Concluímos constatando que podemos produzir novos sentidos para o cuidado médico ao introduzir na formação marcadores advindos da tecnologias leves. Referenciais como acolhimento, vínculo, responsabilização, negociação, estímulo à autonomia do paciente nos mostram que é possível criar novas 'marcas' que possam contribuir para a construção de uma clínica ampliada.

Palavras-chave: clínica ampliada, tecnologias leves, grupos educativos, experiência de ensino, graduação de medicina.

Abstract:

For an expanded clinic in medical training: a teaching experience

This article aims to report a teaching experience in medicine graduation, focused on acquisition of abilities and competences in the light technology scope characterized by the listed means of behaving in the care act, with a live methodology, the discipline focus on the development of educational activities through waiting rooms' groups, within a clinic of a public hospital of a university in Rio de Janeiro. We concluded that, we can produce new meanings for the formation of medical caring when introducing the formation of markers coming from light technologies. References such as a caring welcome, bonds,

¹ Universidade Federal Fluminense

² Universidade Federal Fluminense

responsibility, negotiation, stimulus to independence of patients show that it is possible to create new "brands" that contribute to the construction of a new expanded clinic.

Keywords: expanded clinic, light technologies, educational groups, teaching experience, medicine graduation.

Introdução

As novas diretrizes curriculares do Ensino Médico foram homologadas, em 2001, pelo Conselho Nacional de Educação, tendo como eixo norteador, o papel social do aparelho formador. As premissas enfatizadas nas novas diretrizes incluem: integração entre teoria e prática, pesquisa e ensino, e entre conteúdos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais do processo saúde-doença, além da inserção precoce e responsável dos estudantes em atividades formativa nos serviços de saúde e o estímulo à participação ativa destes na construção do conhecimento¹.

O documento aponta para mudanças na formação médica – com o seguinte 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 produtor da saúde integral do ser humano².

Campos³ ao apontar diretrizes para uma reorientação da formação médica, assinala a importância da reformulação do saber e da prática tradicional em saúde. É recomendado que haja uma reformulação e ampliação do saber clínico, com a incorporação de conceitos e instrumentos originários da saúde coletiva, saúde mental, ciências sociais, e de outros campos de conhecimento que permitam aos profissionais de saúde lidar com o processo saúde-doença, considerando as dimensões sociais e subjetivas, bem como realizar a gestão do trabalho em equipe e em sistema de redes.

O conceito de clínica ampliada foi formulado por Campos⁴ e vem sendo discutido em diversos trabalhos^{5,6}. A ampliação da clínica pressupõe tanto a

incorporação das fragilidades subjetivas e das redes sociais do sujeito, quanto a ampliação de seu repertório de ações, que incluiria a produção de maiores graus de autonomia e autocuidado dos sujeitos. Assim, os médicos seriam capazes de lidar com a singularidade de cada paciente, a família, o trabalho, a religião e suas influências culturais sem abrir mão da ontologia das doenças e suas possibilidades de diagnóstico e intervenção.

Dentre as questões primordiais para uma clínica ampliada no ensino médico, destacamos a incorporação da dimensão relacional entre profissional de saúde e usuário.

De acordo com Merhy⁷, as tecnologias em saúde abarcam diferentes dimensões tanto material quanto de ordem não material. Essas dimensões são divididas em três categorias: dura, leve-dura e leve. A tecnologia dura seria representada pelos equipamentos e máquinas; a leve-dura corresponderia aos saberes clínico e epidemiológico; e a leve seria dada pelos modos relacionais de agir no ato de cuidar.

Assim, um modelo de saúde deveria estar centrado nas tecnologias leves e leve-duras, ao contrário do que se vê no modelo atual, com ênfase nas tecnologias duras e leve-duras. Concordamos com Merhy⁷ (2000) que a biomedicina precisa produzir novos sentidos para os atos de cuidar, uma vez que a finalidade de qualquer trabalho em saúde é operar com saberes tecnológicos que levem a produção de cuidado.

Para a produção do cuidado é preciso que as equipes multiprofissionais possam desenvolver tecnologias de relacionamentos, como um meio de restabelecer diálogos, acolher sofrimentos, resolver os problemas, estabelecer vínculos e responsabilidades e estimular a autonomia dos usuários. Para tal, os profissionais precisam de capacidade e disponibilidade de se comunicar e ouvir as necessidades de seus usuários, levando em consideração seus contextos e seu modo de levar a vida. O que pressupõe uma superação do paradigma biomédico, e uma concepção de clínica que possibilite que outros aspectos do sujeito, que não o apenas biológico, possam ser compreendidos e trabalhados pelos profissionais de saúde.

Silva Jr., Merhy e Carvalho⁸, defendem que a introdução de formação específica no campo relacional poderia instrumentalizar a melhor atuação dos profissionais de saúde. De acordo com eles, é preciso recuperar conteúdos e

estratégias educacionais que permitam contemplar o conhecimento de tecnologias leves, e ao mesmo tempo, oferecer oportunidade de vivência constante dessas abordagens em suas realidades institucionais.

Este artigo tem como objetivo relatar uma experiência de ensino na graduação de medicina, focada na aquisição de habilidades e competências no âmbito das tecnologias leves. Com uma metodologia ativa, a disciplina que tem como foco trabalhar a comunicação e educação em saúde –, visa o desenvolvimento de atividades educativas nos ambulatórios no hospital de uma universidade pública, localizada no estado do Rio de Janeiro.

A Educação e Comunicação em Saúde

Existem diferentes concepções de educação e de compreensão do processo saúde-doença, visto que são conceitos histórico, social e culturalmente construídos. As práticas em saúde e em educação organizaram-se com objetivos e interesses bastante diversos: transmissão de informações e de conhecimentos, mudanças de comportamento, reprodução de concepções, valores e desigualdades sociais, ou como potencial transformador das relações sociais⁹.

Concordamos com Soares⁹ que a educação é um processo de construção de autonomia, de formação de sujeitos críticos, éticos, responsáveis, solidários, democráticos e que se constrói nas práticas sociais e pessoais. Além disso, reafirmamos os pressupostos defendidos pela autora de indissociabilidade entre o técnico e o político, e a razão e o afeto, o indivíduo e seu contexto. Portanto, nessa perspectiva a educação não objetiva a mudança de hábitos e comportamentos, nem tampouco a transmissão de conhecimentos meramente. Ela é compreendida de forma ampla, integralizada, como prática social e dinâmica.

Partimos do pressuposto que toda prática social é mediatizada pela educação, nas instituições de ensino, nas instituições de saúde e, de modo não-formal, no cotidiano das relações em sociedade. Desse modo, a educação em saúde não está presente apenas em campanhas educativas, em folhetos, cursos, mas também nas consultas médicas, e em todas as relações estabelecidas entre profissionais e usuários dos serviços.

Nos modelos tradicionais de educação sanitária, visão ainda hegemônica de educação em saúde, os profissionais fortalecem os valores e interesses das classes dominantes, em um discurso pedagógico autoritário que exclui o paciente. Desse modo, o que ocorre é um processo de inculcação – em que se impõe às maiorias ideias e concepções que são do interesse de poucos. Para Soares⁹, a monopolização do saber é uma maneira de manutenção do poder muito utilizada por profissionais de educação em saúde.

Na construção da autonomia, o profissional de saúde pode ter como objetivo construir junto com o usuário, paciente ou colega, de forma compartilhada, o crescimento e a autonomia do outro através de uma forma dialógica e interativa. Sendo assim, defender a autonomia do paciente significa defender o fortalecimento das relações entre pacientes e profissionais de saúde, entre pacientes e seus familiares, uma vez que essas redes são fundamentais para o cuidado e para a saúde.

Pensar a educação e autonomia em saúde é reconhecer que os sujeitos envolvidos devem ter espaço e voz, com respeito às diferenças de valores, expectativas, demandas, mas sobretudo, reconhecendo que o principal sujeito do processo terapêutico é a pessoa doente. As medicinas, as tecnologias médicas e os profissionais de saúde podem se colocar como mediadoras no processo terapêutico. Por sua vez, os doentes podem ser estimulados a se tornar mais ativos, conscientes e responsáveis pelo processo saúde-doença⁹.

A partir desse referencial teórico, apresentaremos a seguir a proposta de construção de atividades educativas no âmbito da sala de espera.

Atividade educativa em sala de espera

A literatura sobre atividades educativas de grupo de sala de espera em graduações de medicina é escassa no Brasil, ao contrário das demais graduações em saúde, com experiências expressivas no âmbito da enfermagem, psicologia e saúde coletiva.^{10,11,12,13}

Abordaremos a atividade educativa em grupo de sala de espera como uma habilidade a ser adquirida pela medicina, sobretudo, no que tange às tecnologias relacionais. Essa abordagem traz vários elementos do cuidado

médico que envolve uma clínica ampliada⁴, tais como o acolhimento, o vínculo, o diálogo, a escuta, responsabilização e o estímulo a autonomia dos sujeitos.

A sala de espera é o lugar onde os usuários aguardam o atendimento dos profissionais de saúde nos contextos da unidade de saúde e em ambulatórios hospitalares. Trata-se de um território dinâmico, com o trânsito de pessoas à espera de um atendimento. Nem sempre essa atividade é realizada em uma sala, pode ser um corredor, onde as pessoas estão sentadas aguardando um atendimento, ou mesmo pode ser realizada em um local mais apropriado para essa finalidade, inclusive com recursos didáticos (televisor, vídeo, câmera, cartazes, etc.).^{10,11}

Nesse território dinâmico ocorrem vários fenômenos psíquicos, culturais, singulares e coletivos, tais como a presença de guardas, os profissionais de saúde que chamam os pacientes para as consultas, a presença de crianças que choram e usuários que ficam satisfeitos pelo acolhimento recebido. Neste espaço as pessoas também conversam entre si e trocam suas experiências¹¹.

O grupo pode ser caracterizado por um conjunto de pessoas, reunidas em determinado tempo e espaço, que compartilham algum objetivo e se colocam em interação para atingi-lo.¹⁴ Os usuários de uma sala de espera não constituem um grupo propriamente dito, mas um agrupamento. Essas pessoas não se conhecem e tampouco mantêm um vínculo entre elas. No entanto, como ressaltam,¹⁵ todo agrupamento tem a potencialidade de se tornar um grupo. Quando a atividade educativa é introduzida pelos profissionais de saúde, forma-se, então, um trabalho de grupo.

Os conhecimentos das ciências humanas e sociais são fundamentais para o desenvolvimento de atividades de educação em saúde que visam a promoção da saúde e a prevenção de agravos. Nessa perspectiva o estudante de medicina precisa ter conhecimento de dinâmica de grupo, capacidade de se relacionar com pessoas, administrar suas emoções, desenvolver uma habilidade discursiva no processo de comunicação, trabalhar com diferentes práticas e representações a fim de que preconceitos e estereótipos não interferiam nas suas ações¹¹.

Desse modo, a prática de ensino-aprendizagem de educação em saúde no âmbito da sala de espera possibilita que o aluno desenvolva sua capacidade de comunicação e interação com os usuários. Desenvolvendo um trabalho que

reconhece a realidade sociocultural dos sujeitos, suas representações, conceitos, preconceitos e os saberes populares: “realiza-se um contato estreito com a cultura e as representações dos sujeitos sobre saúde, doença e cuidados com o corpo.”¹¹⁻³²⁰

Nesse processo ocorre a possibilidade de diálogo entre o saber popular e o saberes técnico-científicos:

Nessa interface, enquanto os clientes aguardam o atendimento, eles falam das aflições, de suas doenças, da qualidade do atendimento na instituição e da vida cotidiana. Ocorre, então, uma troca de experiências comuns, do saber popular e das distintas maneiras de cuidado com o corpo, de modo que o linguajar popular interage com os saberes dos profissionais de saúde.¹¹⁻³²¹

Além da interação entre saberes, comunicação, acolhimento, dentro do contexto grupal, desenvolve-se outra estratégia de trabalho no âmbito das tecnologias leves: a escuta. Através da qual torna-se possível acessar dimensões singulares nos processos de saúde-doença.^{10,16}

Após apresentarmos e refletirmos sobre as ações educativas em grupos, traremos a nossa experiência docente no ensino, na graduação de medicina, da educação e comunicação em saúde no âmbito dos grupos em sala de espera.

Relato da experiência

A disciplina, que tem como foco a comunicação e educação em saúde, é oferecida no terceiro período da faculdade de Medicina, com carga horária semestral de 30 horas, o que consiste em torno de sete aulas de quatro horas semanais.

O objetivo da disciplina é propiciar que o aluno reconheça diferentes modelos de educação e comunicação em saúde e que possa planejar, desenvolver e avaliar atividades educativas e comunicativas junto a usuários dos ambulatórios do hospital universitário.

Para fins didáticos iremos apresentar a experiência em etapas, tal como desenvolvemos em nosso cronograma.

Etapa 1: Plano da disciplina, definição das equipes de trabalho e visita aos ambulatórios.

No primeiro encontro com a turma, iniciamos apresentando a proposta e o cronograma da disciplina. Esclarecemos que a disciplina tem um caráter teórico-prático, com dois momentos: uma primeira fase de discussão teórica e preparação da atividade educativa em sala de aula e uma segunda etapa de desenvolvimento de ações de educação em saúde nos ambulatórios do hospital universitário.

A etapa de discussão teórica e preparação da atividade educativa consiste em discussões de texto, assim como da concepção, planejamento e ensaios da ação educativa em sala de aula.

A atividade desenvolvida nos ambulatórios inclui uma apresentação oral em que orientamos que seja planejada de forma a utilizar uma dinâmica pedagógica interativa, participativa, lúdica e com elementos concretos de demonstração. Também é solicitado que as equipes preparem um material educativo/ comunicativo que pode ser em formato de banner, cartaz ou folder a ser entregue aos usuários. Sugerimos que a abordagem seja de prevenção de doença ou agravamento/ promoção da saúde, com a presença de três tópicos: “o que é”, “fatores de risco” e “medidas de prevenção / promoção”. Para essa preparação, solicitamos que os estudantes busquem fontes oficiais: Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde e Sociedades Médicas.

Em seguida, fazemos a divisão das equipes de trabalho. As turmas comumente tem cerca de quarenta alunos e sugerimos que se formem oito equipes. Desse modo, na ocasião das apresentações no ambulatório, quatro grupos apresentam a atividade educativa por dia, acompanhados pelos outros quatro, que tem a função de observar e avaliar o trabalho de seus pares. Na semana seguinte a dinâmica inverte-se, aqueles que apresentaram passam a ser observadores de seus pares e os observados assumem a responsabilidade de realizar a ação educativa (execução/observação de atividades educativas/comunicativas).

Uma vez que os grupos estão formados, passamos para a etapa de escolha de temas a serem trabalhados na atividade educativa. Apresentamos a seguinte lista: hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, estresse e ansiedade, câncer, DST/AIDS, alzheimer, tabagismo, amamentação,

alimentação e saúde e direitos dos pacientes. No entanto, deixamos claro que se trata de uma sugestão, as equipes têm autonomia para sugerir outros temas. O que tem ocorrido frequentemente, temas como violência doméstica e sexual, qualidade de vida, insônia, sedentarismo, entre outros, já foram escolhidos pelos alunos.

Passamos então, para os esclarecimentos sobre a avaliação, que se dá de forma processual, configurada da seguinte forma: a) resenha de texto de apoio (2,0 pontos), b) planejamento de atividade educativa (2,0 pontos), c) material educativo - banner, folheto, cartaz (3,0 pontos), d) execução e avaliação da atividade educativa (3,0 pontos).

Após a apresentação da disciplina e da definição das equipes de trabalho, passamos para uma apresentação dos ambulatórios. Nesse momento, dividimos os alunos em grupos de aproximadamente dez componentes e fazemos uma visita guiada. É importante ressaltar que a disciplina oferece uma oportunidade para que os estudantes tenham um primeiro contato com o hospital universitário, e a oportunidade de desenvolverem e oferecem um serviço aos usuários dos ambulatórios.

A expectativa de desenvolver um trabalho de prevenção e promoção da saúde dentro do espaço hospitalar gera bastante interesse e motivação por parte do aluno para fazer a disciplina.

Etapa 2: Discussão dos textos de apoio e plano inicial de atividades educativas para usuários dos ambulatórios.

No segundo encontro com a turma, realizamos a discussão teórica de três textos de apoio, os quais são passados previamente para os alunos e solicitado que façam uma resenha individual dos mesmos. Para cada grupo é designado um artigo diferente, sendo que dois ou três grupos fazem a leitura de um mesmo material.

Inicialmente reunimos os alunos que leram os mesmos textos, propomos que discutam os pontos principais do texto a serem apresentados para a turma e designem dois relatores para anotarem os pontos discutidos e fazerem a apresentação. Através dessa dinâmica, os textos são apresentados e discutidos entre a turma.

O referencial teórico escolhido para o debate em sala de aula tem a característica de se tratar de relatos de experiências de grupos desenvolvidos por estudantes da área de saúde. Dois artigos descrevem ações em grupo conduzidas por estudantes de enfermagem em unidades básicas de saúde com temas gerais e com doenças crônicas não-degenerativas^{11,16} e um artigo narra um grupo de sala de espera coordenado por residentes multiprofissionais – psicólogos, nutricionistas, enfermeiros e assistentes sociais¹⁰ em um serviço especializado, no âmbito da atenção às doenças sexualmente transmissíveis – DST.

A apresentação e o debate do texto oferecem um momento de ensino-aprendizagem em que pontos fundamentais do referencial teórico do trabalho de grupo são abordados. Além disso, o contato com o relato de uma experiência concreta de educação em saúde fornece meios e inspiração para que o aluno possa conceber a sua própria atividade educativa.

Após essa etapa, solicitamos que os grupos se reúnam e façam um primeiro planejamento da atividade educativa a ser realizadas nos ambulatórios do hospital universitário. Nesse momento, os alunos tem a oportunidade de exercerem a criatividade e a autonomia de conceberem um projeto de intervenção singular e de dividirem as tarefas entre os membros do grupo. Enquanto os estudantes se reúnem, os professores da disciplina supervisionam os projetos e podemos reforçar noções fundamentais para que a ação tenha seus objetivos cumpridos, tais como a criação de uma dinâmica que favoreça o diálogo; a interação; a troca de saberes populares e técnico; o estímulo a autonomia e ao autocuidado dos usuários.^{4,9,11}

Etapa 3: Ensaio de atividades educativas

A terceira etapa pedagógica consiste em realizar um ensaio em sala de aula das atividades educativas. Didaticamente dividimos essa fase em duas aulas, com a apresentação de quatro grupos por dia para que tenhamos tempo de fazer as devidas sugestões e acertos.

Os grupos apresentam exatamente como pretendem realizar a atividade educativa na sala de espera dos ambulatórios. De posse do material educativo e dos recursos didáticos, podemos analisar o linguajar utilizado, as estratégias

para proporcionar o acolhimento, a criação de vínculo e estimular a capacidade dialógica e reflexiva junto aos usuários.

Trata-se de um momento de muita interação entre os alunos e professores, onde podemos trabalhar de forma concreta a aquisição de tecnologias leves. Uma das questões trabalhadas é a linguagem, apontamos jargões técnicos utilizados e nomenclaturas que são de difícil assimilação do público leigo, e estimulamos que a turma auxilie o grupo a pensar em formas mais claras de se expressar. Momento em que podemos ver a criação de metáforas para o esclarecimento do funcionamento do organismo e a substituição de palavras técnicas por sinônimos mais acessíveis.

O mesmo processo coletivo é feito na análise das dinâmicas utilizadas por cada grupo, alguns apresentam dificuldades de sair do modelo convencional de palestras e mesmo de seminários usados largamente nas formações. Quando isso ocorre, os professores estimulam o grupo a pensar em alternativas, e também a turma sugerir uma forma de se trabalhar aquele conteúdo de forma mais concreta, lúdica que propicie uma melhor comunicação e interação com os usuários. Normalmente temos uma grande participação dos alunos nesse processo, já vimos a turma sugerir o uso de jogos como 'mitos' e 'verdades' em substituição a uma apresentação formal, a utilização da metodologia da 'problematização'¹⁰ com a estratégia de lançar perguntas aos usuários em vez de já dar respostas prontas, entre outros.

As apresentações são ricas em exemplos concretos e em metodologias ativas que mostram como os recursos didáticos criados podem propiciar uma facilitação das habilidades e competências narrativas e de fortalecimento de vínculo médico-paciente, no caso, entre estudante de medicina e usuários. Alguns grupos criaram recursos concretos para demonstrar processos saúde-doença, por exemplo, como funciona um pulmão de um fumante e um outro saudável com o uso de bolas de soprar ou a demonstração da quantidade açúcar existente em alguns produtos muito consumidos pela população para tratar o tema da alimentação, obesidade ou mesmo da diabetes mellitus.

Dentre os recursos pedagógicos, também encontramos as dramatizações, um dos grupos, por exemplo, encenou cenas relacionadas ao tema da violência doméstica e solicitava que os usuários comentassem a

situação; um outro dramatizou um consultório médico com um paciente de alzheimer e seu cuidador, e pedia para que os usuários analisassem a cena.

Observamos que esses recursos são propiciadores também da escuta ao usuário. Ao fazer um jogo, uma brincadeira ou uma encenação há o momento dos estudantes falarem e também escutarem aquilo que os usuários têm a dizer sobre a sua percepção do processo de saúde-doença, da realidade social vivenciada ou ainda sobre suas formas de cuidado. Destacamos a importância de ser uma escuta acolhedora, mesmo que o aluno não esteja de acordo com o ponto de vista do usuário. Somente ao escutar, acolher a fala, respeitar aquela verdade, é possível estabelecer um diálogo e construir um vínculo médico-paciente¹⁶.

Durante os encontros também analisamos coletivamente o material educativo produzido (folder, banner, cartaz). Procuramos nos assegurar que mantenha o foco da disciplina que é o de prevenção e promoção da saúde, com a presença dos tópicos sugeridos ('o que é', 'fatores de risco' e 'medidas de prevenção'), linguagem acessível, conteúdo adequado e uso de linguagem visual. Essas são orientações gerais que seguimos, mas sempre damos espaço para adequações e procuramos respeitar a autonomia e o processo criativo dos grupos.

Etapa 4: Execução e observação de atividades educativas e avaliação em sala das atividades

Conforme descrevemos anteriormente, essa etapa divide-se em dois encontros, a cada dia quatro equipes desenvolvem suas ações educativas em saúde nas salas de espera dos ambulatórios do hospital universitário. As intervenções ocorrem simultaneamente nos diferentes ambulatórios de especialidades e são escolhidas pelas equipes a partir da temática a ser trabalhada.

O momento de entrada dos alunos nos ambulatórios é cercado de muitas expectativas, a responsabilidade de conduzir uma ação educativa em saúde parece dar a real dimensão do território da sala de espera. Devido a uma obra no hospital universitário, há ambulatórios improvisados no hall de entrada, nos corredores e ao ar livre, locais pequenos compartilhados com muitas

especialidades, além do barulho de construção, lotação e grande movimento de pessoas.

O impacto inicial referente ao território, é atenuado quando o grupo se apresenta nominalmente, como estudantes da faculdade de medicina e ao pedirem autorização para realizarem a atividade educativa.¹¹ O que observamos é que de forma geral, os usuários se mostram muito receptivos e acolhedores a proposta dos alunos. No decorrer da intervenção, há grande participação do público, tornando concreto o diálogo e a interação entre estudantes e usuários.

Vemos que os usuários participam até mesmo em temas considerados polêmicos em nossa sociedade, como a sexualidade e a violência. Um grupo que discutia o abuso sexual, por exemplo, foi surpreendido por relatos emocionantes de pessoas que já tinham sido abusadas, uma outra equipe que abordava a temática de DST/ HIV ouviu relatos de mulheres que foram traídas e suas questões sobre o uso de preservativo na relação conjugal. Nessa construção narrativa, os estudantes escutaram, exerceram sua capacidade empática e abordaram as questões tratadas sem olhares julgadores ou preconceituosos.

Outra característica presente nas intervenções dos alunos são os estímulos dos grupos à autonomia dos usuários, ou seja, que os mesmos possam construir suas estratégias para lidarem da melhor maneira com o processo saúde-doença abordado. O uso da metodologia problematizadora tem sido bastante utilizado, e em vez de darem respostas prontas em forma de prescrições ou normas, os estudantes fazem perguntas e provocam a reflexão. “Como inserir no seu dia-a-dia as atividades físicas?” “Como substituir os produtos industrializados ricos em sódio ou açúcar”? Cada usuário pode construir junto ao seu médico o seu projeto terapêutico,¹⁷ desde que seja possível conversar, negociar, assumir responsabilidades compartilhadas e estabelecer vínculos.¹⁸

A participação nas dinâmicas propostas tem grande adesão: jogos de perguntas e respostas, de memória e adivinhações, dramatizações, alongamentos, relaxamentos e meditações. Muitas vezes a atividade se realiza mesmo em condições adversas, um grupo que trabalhou o tema ‘estresse e ansiedade’ propôs uma meditação para encerrar, enquanto ao fundo ouvia-se o ruído da obra que ocorre no hospital. Surpreendentemente, todos os pacientes

fecharam os olhos e deixaram-se conduzir pela atividade proposta. Outra equipe propôs um relaxamento com as gestantes da ginecologia, num espaço de grande movimentação, as mesmas aderiram, se emocionaram e falaram sobre o fortalecimento do vínculo mãe-bebê que foi proporcionado.

As atividades educativas são concebidas para durarem em torno de 20 a 40 minutos e ao término os alunos agradecem a participação e se colocam à disposição para esclarecimentos e dúvidas. É muito frequente o *feedback* positivos dos usuários que agradecem, estimulam que esse tipo de atividade se repita, pedem folders para levarem aos familiares, e por várias vezes cercam os estudantes com comentários, dúvidas e esclarecimentos.

Todo esse processo é observado por estudantes de uma outra equipe de trabalho, os quais analisam a intervenção, se motivam e também podem aperfeiçoar ação a ser realizada na semana seguinte.

Ao fim da atividade nos ambulatórios, realizamos uma análise coletiva do dia de trabalho, cada grupo é convidado a fazer uma auto análise a partir de três perguntas norteadoras: 'como foi a atividade?' (descrição para a turma de como ocorreu a ação), 'como se sentiram?' (exposição dos sentimentos e fatores subjetivos que permearam a atividade), 'quais foram os seus aprendizados?' (sistematização do que foi aprendido de mais relevante) e finalmente 'se você fizesse a atividade novamente, o que mudaria?' (reflexão sobre pontos a serem aperfeiçoados). Os grupos que fizeram a observação também colaboram com o processo avaliativo ao falarem sobre as suas impressões e ao darem sugestões para o aperfeiçoamento da ação educativa.

Os alunos costumam relatar um nervosismo e insegurança inicial, seguido de entusiasmo ao constarem a participação e a receptividade dos usuários durante a ação educativa. Ressaltam também os aprendizados que tiveram em relação a melhor capacidade de se comunicar, de escutar, de dialogar, de acolher, e de respeitar sem julgamento a fala dos pacientes. Revelando, portanto, a aquisição de habilidades relacionadas às tecnologias leves⁷.

Considerações Finais

Através desse relato de experiência procuramos delinear o processo de ensino-aprendizagem com ênfase nas tecnologias relacionais em uma disciplina na graduação de medicina. Com a colaboração das ciências humanas, de seus referenciais da educação em saúde e a estratégia metodológica dos grupos de sala de espera, pretendemos colaborar para que uma outra forma de lidar com o adoecer possa a ser incorporada na formação médica. A tradicional visão biomédica, narrada por Camargo Jr¹⁹, voltada para a díade lesão-doença, com a conseqüente negação dos fatores subjetivos, sociais e culturais, pode se modificar e o olhar médico dirigir-se no sentido de uma clínica ampliada⁴.

Postura muito diferenciada da biomedicina, onde constata-se um grande anseio por uma prática clínica científica e de objetivação do paciente. Esse olhar clínico se estruturou no século XIX, com o advento da anatomia patológica²⁰. Entretanto, Freud no início do século XX, propôs uma clínica diferenciada, baseada não somente no olhar, mas na escuta. A proposta freudiana coloca no centro da relação clínica a escuta e a fala do paciente, e não mais a visão objetiva do profissional. Contudo, os médicos continuam a cindir essas duas dimensões e chegam a criar *settings* distintos para trabalhar com elas. De um lado, as consultas médicas – puro olhar e externalidade – e de outro lado, consultas psicológicas – pura escuta.⁶ Pretendemos com essa disciplina (associada a outras na grade curricular), a construção no processo de ensino-aprendizagem de um ‘novo agir’, (re) colocando essas duas dimensões integradas.

Concluimos o nosso relato de experiência constando que podemos produzir novos sentidos para o ato de cuidar ao introduzir na formação marcadores advindos das tecnologias relacionais. Referenciais como acolhimento, vínculo, responsabilização, negociação, estímulo à autonomia do paciente nos mostram que é possível criar novas ‘marcas’ que possam contribuir para uma clínica ampliada, com a inclusão dos aspectos subjetivos do adoecer.

Referências

1. Nogueira MI. Retratos da formação médica nos novos cenários de prática. São Paulo: Hucitec; 2012.
2. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES n.4/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União. D.F: Brasília; 2001.
3. Campos GW. Papel da Rede de atenção básica em saúde na formação médica – Diretrizes. Documento preliminar. Cadernos ABEM. 2007; 3: 6-10.
4. Campos GW. Saúde Paidéia. São Paulo; Hucitec; 2003.
5. Campos GW. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GW et al, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 669-688.
6. Onocko-Campos RT; Campos GW. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GW et al, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 669-688.
7. Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. Interface (Botucatu). 2000; 6:109-125.
8. Silva Jr. AG, Merhy EE, Carvalho LC. Refletindo sobre o ato de cuidar da Saúde. In: Pinheiro R.; Mattos RM, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO; 2003. p.113-128.
9. Soares J. Reflexões sobre as dimensões educativas das práticas em saúde. In: Nascimento MC; Guedes CR, organizadores. Saúde, Sociedade e Cultura: ciências sociais e humanas para graduações em saúde. São Paulo: Hucitec; no prelo.
10. Zambenedetti G. Sala de espera como estratégia de educação em saúde no campo da atenção às doenças sexualmente transmissíveis. Saude Soc. 2012; 21 (4): 1075-1086.
11. Teixeira ER, Veloso RC. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. Texto contexto - enferm. 2006; 15 (2): 320-325.
12. Paixão NRD, Castro ARM. Grupo de sala de espera: trabalho multiprofissional em Unidade Básica de Saúde. Boletim da saúde. 2006; 20 (2): 71-78.

13. Santos SS, Santos NA, Souza MR, Barcelos ISC. Educação em saúde na sala de espera: uma abordagem sobre amamentação. Em extensão. 2013; 12 (1): 129-134.
14. Osório LC. Psicologia grupal: uma nova disciplina para o advento de uma era. Porto Alegre: Artmed; 2006.
15. Zimermam DE; Osório LC, organizadores. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artmed; 1997.
16. Simonetti A. Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.
17. Oliveira GN. O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde. São Paulo: Hucitec; 2010.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica Ampliada e Compartilhada. D.F: Brasília; 2009.
19. Camargo Jr KR. Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec; 2003.
20. Foucault M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2001.