

Instrumentalização do aluno de Medicina para o cuidado de pessoas na Estratégia Saúde da Família: o relacionamento interpessoal profissional

Training medicine students for care in the family health strategy: the professional interpersonal relationship

Entrenamiento de estudiantes de medicina para los cuidados en la estrategia salud de la familia: la relación interpersonal profesional

*Wânia Regina Veiga Martines**
*Ana Lúcia Machado***

RESUMO: O estudo tem por objetivo descrever experiências relacionadas à formação do aluno de graduação em Medicina do Centro Universitário São Camilo, especificamente seu processo de instrumentalização, no que se refere ao relacionamento interpessoal profissional. Este é direcionado às atividades práticas de estágio que ocorrem nas Unidades Básicas de Saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF), no município de São Paulo. O relato de experiência baseia-se na formação de três turmas de alunos (que encontram-se no segundo semestre do curso) durante o período de 2008-2010. São previstas aulas teóricas e prática de campo, destinadas às várias modalidades de cuidado prestados ao usuário, com ênfase nos procedimentos básicos de enfermagem, por meio da disciplina Integração Academia Ensino e Comunidade II. Observa-se que o investimento específico nas noções de relacionamento interpessoal profissional e comunicação tem facilitado o que consideramos ser o processo crescente de aprendizado relacional, no momento do aluno se aproximar das pessoas que compõem o cenário do cuidado: usuários, famílias, profissionais e pessoas da comunidade. Qualifica-se como essencial a aquisição de habilidades relacionais para desenvolver as demais habilidades, que dizem respeito aos procedimentos, e sobretudo, para sustentar a produção ampliada de cuidados na ESF, que tem a integralidade da assistência como eixo condutor, da qual o aluno participa ativamente, ao longo do semestre.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de saúde. Educação médica. Saúde da família.

ABSTRACT: This study aimed at describing experiences related to Medicine students training from University Center São Camilo, specifically as regards the professional interpersonal relationship and having as object in-service practical activities that occur in the Basic Units of Health of the Family Health Strategy (ESF) in the city of São Paulo. The experience report is based on the training of three groups of second semester students in the period 2008-2010. We propose theoretical lessons and practical works aimed at some modalities of care with an emphasis in basic nursing procedures by means of the disciplines Academy-Teaching Integration and Community II. We observed that the specific investment in the notions of professional interpersonal relationship and communication has facilitated what we consider to be the increasing process of relational learning, at the moment the student has to approach the people who compose the care scenery: users, families, professionals and people in general. The acquisition of relational abilities is characterized as essential to develop the many abilities related to procedures, and over all to support extended care giving in the ESF, which has integral assistance as a guiding principle, all of them activities in which the students take an active part throughout the semester.

KEYWORDS: Health care. Medical training. Health of the family.

RESUMEN: Este estudio describe experiencias relacionadas con los estudiantes de medicina que se entrenan en el Centro Universitario São Camilo, específicamente en lo que concierne a la relación interpersonal profesional y teniendo como objeto actividades prácticas en servicio que ocurren en las unidades básicas de salud de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) en la ciudad de São Paulo. El relato de experiencia se basa en el entrenamiento de tres grupos de estudiantes del segundo semestre en el período 2008-2010. Proponemos que las lecciones teóricas y los trabajos prácticos tengan como meta algunas modalidades del cuidado con un énfasis en procedimientos básicos de enfermería por medio de las disciplinas Integración Academia-Enseñanza y Comunidad II. Observamos que el énfasis específico en las nociones de relación y de comunicación interpersonal profesional ha facilitado lo que consideramos ser el proceso creciente de aprendizaje relacional, en el momento en lo que el estudiante tiene que acercarse a la gente que compone el escenario del cuidado: usuarios, familias, profesionales y la gente en general. La adquisición de capacidades relacionales se caracteriza como esencial como para desarrollar las diversas capacidades relacionadas con los procedimientos, y sobretudo para apoyar el cuidado extendido que se da en la ESF, que tiene la asistencia integral como principio rector, todas actividades en las cuales los estudiantes toman una parte activa en el semestre.

PALABRAS LLAVE: Cuidados médicos. Entrenamiento médico. Salud de la familia.

* Enfermeira. Doutoranda do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Professora Assistente do Curso de Graduação em Medicina do Centro Universitário São Camilo. E-mail: wanregina@terra.com.br

** Enfermeira. Professora Livre-Docente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. E-mail: almachad@usp.br

Introdução

A implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF), para reestruturar a Atenção Básica à Saúde no país, faz com que as equipes multiprofissionais, e demais recursos da rede de atenção setorial e intersetorial tenham que articular um cuidado alinhado com o eixo da integralidade da assistência. Integralidade construída nas ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação, a fim de melhorar o perfil de saúde-doença de territórios delimitados, em que pessoas, famílias e comunidade desenvolvem seus modos específicos de viver.

Por sua vez, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, lançadas pelo Conselho Nacional de Educação, têm em seu Art. 3º, uma convergência com esta abordagem: “O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano”¹.

Isso explica, em parte, o esforço em aliar a composição curricular dos cursos de Medicina, nas últimas décadas, a uma dada consonância com as políticas instituídas pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação, com ênfase na reorientação das práticas formativas de profissionais de saúde e do desenvolvimento dos recursos humanos em atuação².

Busca-se, portanto, estimular a formação de um aluno crítico, refle-

xivo, com capacidade de articular a teoria com a prática, vivenciando o contato precoce, já no início do curso, com o sistema de saúde do país, população usuária, comunidade e equipes multiprofissionais.

Neste sentido, hoje, a Atenção Básica à Saúde é concebida como a principal porta de entrada do sistema de atenção à saúde; é previsto que tenha capacidade resolutiva para 80% dos problemas de saúde da população e para isto, deve estar fortalecida em três eixos: acolhimento à demanda e busca ativa com avaliação de vulnerabilidade; clínica ampliada; procedimentos de saúde coletiva³.

Por meio do primeiro eixo, compreende-se que o *acolhimento à demanda e busca ativa com avaliação de vulnerabilidade*, diz respeito à capacidade do serviço e dos profissionais em acolherem as múltiplas e complexas demandas, em avaliar riscos e vulnerabilidades de indivíduos, famílias e território. Para tanto, a condição de estabelecimento de vínculo e confiança é imprescindível, de modo que profissionais e equipes possam disponibilizar escuta e interesse em ocasiões de demanda agendada e também de demanda espontânea, aquela considerada imprevista.

O segundo eixo, o da *clínica ampliada*, fala das possibilidades de ação em um cenário de complexidade, à medida em que o núcleo biomédico pode (e deve) ser expandido, na direção da perspectiva subjetiva, social e singular de cada caso.

O terceiro eixo traz a expectativa de composição de uma *saúde coletiva*, onde equipes e estratégias estejam implicadas com modos de intervenção da rede que conjuguem prevenção, promoção, mas também resolutividade clínica de boa qualidade³.

É no cenário da ESF, em Unidades Básicas de Saúde (UBS) instaladas no município de São Paulo, que

os alunos de Medicina do Centro Universitário São Camilo são inseridos, desde seu ingresso no curso, por meio da disciplina Integração Academia, Ensino e Comunidade (IASC), onde os três eixos são vivenciados, em conjunto com as equipes que os recebem em campo.

No primeiro semestre do curso, o IASC I, com uma carga horária total de 140 horas (40 h. de teoria, 100 de prática), tem-se como objetivos gerais “possibilitar a compreensão do processo de construção do conhecimento da saúde coletiva correlacionando com a atuação dos profissionais no campo prático; e, conceituar aspectos importantes do Sistema Único de Saúde Brasileiro e sua aplicabilidade na prática de estágio”⁴.

São formados grupos de 10 alunos cada, que, por sua vez, são fidelizados à uma equipe, em uma UBS da ESF, sob supervisão de um docente da universidade (médico ou enfermeiro) e um preceptor local, médico de família e comunidade.

As atividades práticas, na UBS, se constituem em: reconhecimento das características do território (recursos, população atendida, contexto sócio-epidemiológico) e visita domiciliar com médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou agente comunitário de saúde, que são os profissionais que compõem a equipe nuclear da ESF. Também há uma carga horária destinada à vivência/observação de todos os setores de atendimento da UBS, participação em reunião de equipe, acompanhamento de consulta médica e consulta de enfermagem, grupos educativos, grupos de promoção à saúde, uso do SIAB (sistema de informação da atenção básica), acompanhamento do fluxo de vigilância epidemiológica, aplicação de genograma familiar para discussão posterior dos mesmos. Além disso, é reservado um dia do estágio para visitar e conhecer a lógica de

funcionamento de alguns equipamentos da rede referenciada local: uma AMA (Assistência Médica Ambulatorial), um Ambulatório de Especialidades e um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial).

No segundo semestre, ou seja, no IASC II, a carga horária também é de 140 horas: (40 h. de teoria, 100 h. de prática), onde o objetivo central é a aplicação (pelo grupo de alunos) de um projeto de intervenção comunitária, relacionado à prevenção ou promoção da saúde, como também iniciar os procedimentos de enfermagem com os pacientes: aferição de sinais vitais, glicemia capilar, coleta laboratorial, peso e altura, cálculo de índice de massa corpórea de adultos, uso do gráfico de crescimento pondero-estatural das crianças, vacinação, administração de medicação, oxigenoterapia, curativos, dentre outros. Visitas domiciliares e demais atividades do IASC I também são mantidas.

A descrição acima é importante para ressaltar que o aluno permanece fixado na mesma equipe por 2 semestres, o que perfaz 200 horas de estágio prático supervisionado.

Desta forma, o contato e a aproximação são inevitáveis, são imprescindíveis: o sair de si, ir de encontro ao outro, seja o paciente, o profissional da equipe, o familiar, o vizinho, o gerente da UBS, o colega de grupo, o docente ou o preceptor.

A partir de 2008, percebeu-se a necessidade de implementar, em sala de aula, um conteúdo específico sobre relacionamento interpeessoal profissional destinado aos alunos do IASC II, logo no primeiro encontro do semestre, dada a expressão de insegurança e medo que estes demonstravam, frente aos procedimentos com os pacientes: de não saber “por onde começar”, receio de errar, de não conseguir utilizar a técnica correta, de ferir o

paciente indevidamente, de provocar prejuízos.

Enquanto docentes, observávamos a dificuldade que se expressava em maior grau: o receio de se aproximar do paciente, a falta de jeito para se apresentar, conversar, explicar o procedimento, pedir a colaboração do paciente, informar, ouvir, responder às perguntas feitas por ele. Ainda mais: o acolhimento da ansiedade do paciente no momento de procedimentos invasivos e, provavelmente, dolorosos. Ou seja, presenciávamos a maior dificuldade residindo no momento da relação, da comunicação, ponto de partida para colocar em prática o desenvolvimento das “outras” habilidades, digamos, de cunho clínico ou curativo.

Metodologia

A pesquisa qualitativa, neste relato de experiência, é vista como a modalidade que melhor se aplica para perceber, observar e narrar o que sujeitos têm a dizer sobre a realidade; neste caso, a experiência envolve docentes e alunos, em torno da temática do relacionamento interpeessoal profissional.

A pertinência da abordagem qualitativa, aplicada ao estudo em questão, deve-se à possibilidade dela permitir a identificação de nuances de “intensidade” e “essência”, podendo revelar núcleos de maior profundidade, bem como conteúdos dialéticos que se desdobram, ao longo da extensão do fenômeno⁵.

O “estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem”⁶, encontra no método qualitativo a forma de dar expressão àquilo que caminha pela perspectiva da experiência vivida.

O recurso utilizado para obtenção dos dados foram as anotações de diário de classe, além das anotações

sistemáticas em diário docente, onde foram registrados: conteúdo ministrado, número de alunos presentes, nível de participação e reações dos alunos, como comentários, brincadeiras, perguntas e expressão de temores.

O período delimitado para a observação foi de 3 semestres, de 2008 a 2010, tempo que corresponde à inclusão desta temática teórica no IASC II.

Resultados/Achados

A abordagem teórica que vem sendo utilizada baseia-se primeiramente na conceituação, ou seja, o relacionamento interpeessoal profissional se diferencia do relacionamento interpeessoal social, uma vez que o primeiro evoca a necessidade do aluno desenvolver, na medida do possível, “modos calculados de sentir, pensar e agir, superando a forma casual, impensada, automática e impessoal”⁷, diante do paciente e do contexto de cuidados, que existe em função de necessidades, sinalizações ou pedidos de ajuda.

A partir daí, quatro aspectos centrais são cuidadosamente desenvolvidos: a) a qualidade da comunicação; b) a preocupação em adquirir e aprimorar conhecimentos que facilitem a aproximação; c) o desenvolvimento de habilidades que permitam entrar em contato com a “diferença”; d) a clareza sobre os objetivos de nossas ações no processo saúde-doença, que dizem respeito ao uso de determinadas tecnologias.

O número de alunos por turma é de, aproximadamente, 50. Cada aula teórica tem a duração de 5 horas/aula, sendo ministrada na universidade, por duas docentes da disciplina. Em algumas ocasiões, há a presença e a participação de preceptores do campo, que atuam cotidianamente na realidade da Estratégia Saúde da Família.

Pode-se dizer, á princípio, que a participação dos alunos é tímida. O silêncio absoluto na sala é um fenômeno que fala por si só; assemelha-se ao clima de um filme de suspense. Por este motivo, o estímulo utilizado é buscar alunos que já tenham formação anterior e/ou que tenham tido contato com pacientes.

Cerca de 20% trazem experiências, por já terem concluído (ou iniciado) algum curso de graduação: biomedicina, enfermagem, odontologia, farmácia, fisioterapia, por exemplo. Outros trazem relatos de contatos anteriores, por serem filhos de profissionais médicos, enfermeiros e, conseqüentemente, acompanhar, esporadicamente, os pais em suas atividades de trabalho na dimensão assistencial.

Estes alunos ajudam a descontrair o ambiente, contam histórias, fazem comentários, falam de acontecimentos “curiosos” ou tristes, de seus próprios comportamentos equivocados e da observação crítica aos assistir outros profissionais interagindo com os pacientes. Aproveitando o “clima”, docentes e preceptores aproveitam para contar algo sobre seus primeiros contatos com pacientes, geralmente episódios engraçados, em que sentiam-se inseguros ou desajeitados para chegar à condição de proximidade. De certo modo, falamos sobre as lembranças de experiências que nos marcaram, e que vêm marcando nossas vidas profissionais.

Dessa forma, os demais alunos vão se soltando até, geralmente, começarem a falar dos temores e ansiedades que sentem diante das exigências do momento atual da disciplina: a realização dos procedimentos básicos de enfermagem, no atendimento direto aos pacientes, na ESF.

Em uma das aulas, foi feito um registro no quadro, daquilo que

os alunos traziam: receio de tocar o corpo do outro, grande expectativa, mistério diante da reação do paciente, ansiedade, sensação de colocar a mão na massa (contato com sangue, com dor, com sofrimento), dúvida na compra de aparelhos de qualidade (especialmente estetoscópio), como pedir ajuda à família do paciente para que este colabore, o que dizer quando o paciente contar coisas tristes e você não souber o que dizer, como conscientizar o paciente a se tratar corretamente (melhorar a adesão), como apresentar-se ao paciente, como informar e explicar o procedimento, como dar a notícia (do valor da pressão arterial alterada, por exemplo), o que fazer se o paciente se negar a ser atendido por estudante.

De certa forma, podemos categorizá-las como representações sobre o universo relacional, que começa a se presentificar diante do aluno, sob a forma provisória de suposições, de fantasias, até que a realidade seja, de fato, percebida como tal.

Discutimos as mais frequentes, nos comprometendo a fazer esta escuta mais aprofundada e individualizada, nos grupos menores, posteriormente, no campo de estágio, onde cada aluno traz dificuldades e facilidades específicas, até porque, no conjunto da sala, as brincadeiras muitas vezes são maneiras de ocultar/diluir a existência de temores importantes e limitantes.

Finalizamos com uma reflexão sobre o “encontro” que caracteriza a aproximação entre profissionais, pacientes e familiares, lendo juntos um relato de Ayres⁸, que fala justamente deste momento, da cena do encontro médico-paciente, que pode ser estereotipado, ou não... podendo dar vazão ao verdadeiro ato de escutar e acolher o pedido de ajuda do outro.

Discussão

Pensando nos quatro núcleos centrais do conteúdo teórico ministrado, temos o primeiro, que é a qualidade da comunicação. É, sem dúvida, ponto fundamental a ser trabalhado, já que ela é considerada um importante instrumento para viabilizar a construção do relacionamento interpessoal profissional⁹.

Tratamos aqui a comunicação interpessoal como conceito ampliado, em que aspectos verbais e não-verbais são utilizados para “entender o mundo, relacionar-se com os outros e transformar a si mesmo e a realidade”¹⁰. Podemos igualmente tomá-la como “um processo de compreender, compartilhar mensagens enviadas e recebidas, sendo que as próprias mensagens e o modo como se dá seu intercâmbio exercem influência no comportamento das pessoas nele envolvidas a curto, médio ou longo prazo”¹¹.

Assim, o aluno é estimulado a rever sua maneira de se comunicar, especialmente pela vivência cotidiana no contexto social, em que, usualmente, há adoção de gírias, jargões e expressões de difícil compreensão, inclusive o uso frequente de terminologias excessivamente “científicas”.

Também é proposta uma reflexão acerca de “como” nos colocamos ao paciente: o tipo de vestimenta que adotamos, a apresentação pessoal (higiene), o tom de voz, a postura corporal, como nos aproximamos, como direcionamos o olhar, como demonstramos interesse. Isso ocorre sem o intuito de apontar polarizações como certo ou errado, mas serve para pensarmos, juntos, que tipos de percepções e sentimentos podemos mobilizar no outro.

Ao se comunicar, a linguagem é o ingrediente que possibilita a constituição de canais de aproximação,

diálogos, afetos e distanciamentos, fruto de humanos que interagem entre si, com intenções específicas, necessidades e repertórios pré-existent da dimensão cultural, social e conhecimento sobre o cuidado: o paciente sabe coisas e nós, profissionais e alunos, supostamente, sabemos “outras coisas”, de cunho técnico-científico.

Se a linguagem é matéria prima do diálogo, “desse mútuo engendramento de sujeitos e de mundos”, se considerarmos que “sujeitos são diálogos”⁸, devemos nos esforçar para utilizá-la de maneira acessível e compreensível, tanto quanto possa ser absorvida pelo paciente e por nós (pelo aluno), personagens que constroem o diálogo.

Dialogar significa dar passagem à mais de uma lógica, e vamos aprendendo a fazer isto gradativamente, mesclando ingredientes do modo verbal e do não-verbal, tendo consciência de que não há padrões de regularidade para ensinar e agir, dada a complexidade do universo de cada pessoa envolvida na produção de cuidados, como também da própria modalidade de cuidado que se opera em oportunidades específicas: em grupo, individualmente, em atendimentos familiares.

No contexto da prática, a forma cuidadosa de produzir expressão (por gestos ou palavras) e de abrir-se à escuta do outro é um exercício rico e, certamente, trabalhoso para o aluno, mas favorece a percepção mais ampliada do paciente, na perspectiva de concebê-lo como sujeito da relação de cuidado horizontalizada, de modo que ela permita negociações sobre procedimentos, tratamentos, escolhas, hábitos e crenças.

É, essencialmente, no processo de comunicação que podemos desenvolver atitudes terapêuticas previstas pelo relacionamento interpeSSoal profissional: “a empatia, a aceitação incondicional, a coerência, a disponibilidade, o envol-

vimento emocional e a escuta”¹², elementos essenciais para entrar em contato com a ordem das vulnerabilidades das pessoas, sejam elas sociais, clínicas ou afetivas; aquelas que buscam resposta na “clínica ampliada”, e que requerem a formação de vínculo.

O segundo núcleo se caracteriza pela preocupação em adquirir e aprimorar conhecimentos que facilitem a aproximação. Obviamente não se discute a importância do conhecimento técnico-científico, no entanto é preciso lembrar que na ESF podemos conhecer mais sobre o paciente: onde vive, como vive, quem é seu ambiente familiar, comunitário e social, como é seu lazer, e demais aspectos relacionados à sua subjetividade. Se o conhecimento serve para favorecer a aproximação, devemos ter sensibilidade para perceber aquilo que o outro quer saber... e o que ele rejeita, no momento de informar, orientar e cuidar.

Esta sensibilidade diz respeito a uma qualidade que o aluno deve desenvolver, na medida em que observamos neste uma grande ansiedade em transmitir ao paciente o máximo de conhecimentos sobre determinadas temáticas. Um exemplo é a hipertensão arterial sistêmica: o que fazer, o que não fazer para evitar a doença. Esbarra-se no risco de adotar generalizações/protocolos e travar um diálogo disfuncional, que se torna monólogo, pois, frequentemente, as informações já são mais sabidas pelos pacientes, do que o aluno pode imaginar. O desinteresse toma conta de um espaço que poderia ser utilizado para aproximar, mas, na verdade, distancia, tendo em vista que a ação prescritiva apaga o sujeito do cuidado e tudo aquilo que ele possui para expressar, confrontar, trocar.

O terceiro núcleo menciona o desenvolvimento de habilidades que permitam entrar em contato com a “diferença” e na ESF é o

que mais precisamos fazer a cada segundo, a cada atendimento, a cada encontro. Significa abrir-se à compreensão da realidade social, ambiental, cultural, aos valores, princípios e crenças das pessoas e da comunidade local.

Quanto ao paciente, o diferente e a diferença podem aparecer na forma de fazer acontecer a vida cotidiana (alteridade), no conteúdo (movido por crenças, experiências e lógicas próprias) e na linguagem (ainda que nem sempre seja clara, pensando em um imigrante ou uma pessoa em sofrimento mental). Forma, conteúdo e linguagem falam dos significados/sentidos que podem ser observados na produção de cuidados, mas também falam de “ajudas” que a pessoa eventualmente precisa para viver o concreto do cotidiano.

Quanto ao aluno, diferenças e diferentes exigem um saber escutar/observar sem formular julgamentos (ética), percebendo as necessidades do outro (e não as dele). Além disso, é preciso discutir com a equipe as possibilidades de ação, percebendo e aceitando os próprios limites e dificuldades, assim como de cada integrante da equipe, pois lidar com a diferença exige sensibilidades e habilidades que são apreendidas no fazer, na prática, no contato com o outro.

É preciso destacar o momento da realização de procedimentos, em que o aluno observa outros profissionais “fazendo diferente”, quanto à (não) utilização de princípios corretos de biossegurança, como também das técnicas utilizadas, que, eventualmente, apresentam “erros”, em comparação ao que foi ensinado em sala de aula e laboratórios, na universidade. As conversas entre alunos e docente, nesses momentos, já fazem parte do desenrolar do estágio, já que esta é uma excelente oportunidade para discutir o relacionamento interpeSSoal profissio-

nal entre membros da equipe: como devemos nos comportar quando identificamos um problema? como apontar erros do outro? como conversar sobre divergências?

Por fim, o quarto núcleo significa termos clareza sobre os objetivos de nossas ações no processo saúde-doença, que dizem respeito ao uso de determinadas tecnologias.

De acordo com os princípios da ESF, a missão à qual todos devem se debruçar é a de reduzir riscos, prevenir o que é possível, promover qualidade de vida, tratar adequadamente os agravos à saúde, ou seja, modificar positivamente a condição de vida de pessoas, famílias, como também o ambiente comunitário, o espaço coletivo que as abriga e as reúne. Em síntese, espera-se que sejam feitas intervenções no perfil de morbi-mortalidade.

Assim sendo, a ação combinada de tecnologias destina-se a produzir, logicamente, melhorias no processo saúde-doença. A tecnologia oriunda dos conhecimentos específicos (como a farmacologia, a fisiologia), assim como a tecnologia correspondente aos equipamentos e recursos materiais podem ser potencializadas pela tecnologia relacional, também denominada de *tecnologia leve*, aquela que propicia o vínculo e o acolhimento¹³.

É a tecnologia essencial que dispara, perpassa e movimenta todas as demais tecnologias, todas as dimensões do cuidado, sobretudo na Estratégia Saúde da Família. A tecnologia leve é compreendida, portanto, como pano de fundo para as múltiplas possibilidades aproximativas e contratuais, nos encontros, nos atendimentos que envolvem e vinculam (ou não) trabalhadores da equipe multiprofissional entre si, e destes com a comunidade¹⁴.

A combinação simultânea das tecnologias para a geração de um cuidar integralizador é uma noção ainda a ser desenvolvida com os

alunos, que ora estão devidamente sensibilizados para as condições sociais, ora se voltam para um tecnicismo extremo no momento do procedimento, o que demarca dificuldades em abordar o paciente como alguém que vive (e produz) diversidade, complexidade.

O espaço de supervisão docente aberto, que possa ser continente e compreensivo diante da angústia e frustração do aluno, faz parte de nossa forma de “ensinar”; é aquele que não tem paradigmas prontos, mas busca identificar os recursos do universo particular de cada um, do ponto de vista cognitivo, afetivo e técnico, e procura fortalecer suas aptidões e habilidades para o “estar em relação”. A discussão de casos e a conversa do vivido ao final de cada dia são formas de conduzir este tipo de supervisão, que não tem formato pré-estabelecido, tampouco respostas para todas as situações do campo.

Conclusão

A inserção do aluno nos serviços que operam a Estratégia Saúde da Família requer a construção de um espaço de conhecimento teórico-prático onde o relacionamento interpeessoal profissional possa ser colocado em prática, já que o aluno deverá estabelecer intensa relação de proximidade com os usuários e profissionais, sem a qual são inviabilizadas as ações, não só dos procedimentos em si, mas aquelas previstas pela ideia de integralidade da ESF: grupos, visitas domiciliares, etc.

O relato de experiência destina-se também a registrar a melhora gradativa das turmas, à medida em que são mais cobradas, em campo, as propostas apresentadas em sala de aula, referentes ao relacionamento interpeessoal profissional. Nos atendimentos aos pacientes, em grupos educativos, em procedimentos, embora as dificuldades iniciais sejam pronunciadas, per-

cebe-se o esforço da maioria dos alunos, no sentido de receber, conversar e escutar o paciente com menos tensão, e como algo necessário ao seu comportamento profissional.

Igualmente, notamos uma maior interação do aluno com os profissionais do serviço, quando parece se sentir mais à vontade para perguntar, ir à busca de esclarecimento de dúvidas, além da adoção de formas de expressão sem tantas gírias, evitando expressões pouco compreensíveis, ou uso de frases estereotipadas.

Elementos como a escuta atenta e o uso de expressões mais claras e cuidadosas começam a despontar como ingredientes obrigatórios na interação aluno-usuário (e aluno-profissional), seja no momento da coleta laboratorial ou numa visita de puerpério, o que sinaliza a apreensão de um referencial que parece estar se incorporando, tanto quanto os referenciais mais tecnicistas, corroborando a ideia de que “relações interpeessoais e interações sociais são compreendidas como a base do existir humano e antecedem mesmo as técnicas terapêuticas, inscrevendo-se na dimensão cidadã e política do cuidado”¹⁵.

Observa-se que o investimento específico nas noções de relacionamento interpeessoal profissional e comunicação tem facilitado o que consideramos ser o processo crescente de aprendizado relacional, no momento do aluno se aproximar das pessoas que compõem o cenário do cuidado: usuários, famílias, profissionais e pessoas da comunidade.

Qualifica-se como essencial a aquisição de habilidades relacionais para desenvolver as demais habilidades, que dizem respeito aos procedimentos, e sobretudo, para sustentar a produção ampliada de cuidados na ESF, que tem a integralidade da assistência como eixo condutor, da qual o aluno participa ativamente, ao longo do semestre.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38.
2. Pereira JG. Articulação ensino-serviço para a construção do modelo da vigilância da saúde: em foco o Distrito do Butantã [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.
3. Campos GWS. Papel da Rede de Atenção Básica em Saúde na formação médica – diretrizes. Cad ABEM, Rio de Janeiro. 2007;3.
4. Campinas LLSL. Plano de ensino: Integração Academia, Serviço e Comunidade I; 2010. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/novo/portalaacademico>, curso de Medicina.
5. Demo P. Pesquisa qualitativa: busca de equilíbrio entre forma e conteúdo. Rev Latino am Enferm. 1998;6(2):89-104.
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.
7. Daniel LF. Atitudes interpessoais em enfermagem. São Paulo: EPU; 1983.
8. Ayres JRCM. Sujeito, subjetividade e práticas de saúde. CiêncSaúde Coletiva. 2001;1(6):63-72.
9. Machado AL, Colvero LA. O cuidado de enfermagem: olhando através da subjetividade. Acta Paul. Enf. 1999;12(2):66-72.
10. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Editora Gente; 1996.
11. Stefanelli MC. Comunicação com o paciente: teoria e ensino. São Paulo: Robe; 1993.
12. Machado AL, Colvero LA, organizadores. Saúde Mental: texto de referência para auxiliares e técnicos de Enfermagem. São Caetano do Sul: Difusão; 2009.
13. Merhy EE, Chakkour M, Stéfano E, Stéfano ME, Santos CM, Rodrigues RA, et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 113-50.
14. Martines WRV. Compreendendo o processo de sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.
15. Nunes M. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública. 2008;24(1):188-96.

Recebido em 18 de novembro de 2009
Versão atualizada em 8 de dezembro de 2009
Aprovado em 4 de janeiro de 2010