

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Jean Carlos de Souza Barros

**NARRATIVA CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O CURSO DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

**Visões e opiniões sobre a metodologia construtivista empregada no curso de
medicina da UFSCar na formação do profissional.**

São Carlos, SP

2023

Jean Carlos de Souza Barros

**NARRATIVA CRÍTICO REFLEXIVA SOBRE O CURSO DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

**Visões e opiniões sobre a metodologia construtivista empregada no curso de
medicina da UFSCar na formação do profissional.**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao departamento de
medicina, como requisito necessário
para a obtenção do título de bacharel em
medicina.

Orientador: Prof. Ms. Petterson de Jesus Floriano

São Carlos, SP

2023

DEDICATÓRIA

Dedico este documento a todos aqueles que de alguma forma juntos comigo estiveram nesta caminhada, e a todos aqueles que pensam em seguir caminhos semelhantes neste curso e nesta universidade, que minhas humildes palavras sirvam de alguma fonte de informação ou orientação aos interessados pelo curso.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, que sem ele eu apenas não seria.

Aos meus pais, Antonio Carlos Soares Barros e Maria Eliane de Souza Barros, que me foram suporte durante toda a vida, dando-me as condições mais que suficientes para que eu aqui esteja, sem pedir nada em troca e em retorno receberam minha ausência por longos seis anos.

Aos meus familiares, que não me arrisco a citá-los nominalmente para que não cometa a injustiça do esquecimento se, porventura, minha falha memória falhar.

Aos meus colegas e amigos, aos que permanecem e ao que já se foi, que ao meu lado coabitaram, caminharam e bons momentos proveram.

E por fim, aos preceptores e docentes que me acompanharam e me formaram, em especial, à Dra. Alice Miguel, à Dra. Andreia de Luca, à Dra. Esther Ferreira, ao Dr. Gerhard Lauterbach, ao Dr. Leonardo Moscovici, ao Dr. Rafael Izar e ao Dr. Rafael Luporini, pois cada um em seu aspecto e área, mesmo sem saber, serviram-me de exemplo e inspiração ao que pretendo ser como profissional.

RESUMO

Introdução: Este trabalho se constrói em uma narrativa autobiográfica e crítico-reflexiva sobre o curso de medicina da Universidade Federal de São Carlos, apresentando as facilidades e dificuldades do aprendizado autodirigido proposto pela faculdade, sua importância como metodologia e suas falhas conforme a opinião autoral segundo as realidades vividas.

Objetivo: Expor fatos e opiniões sobre método construtivista e sua aplicação no curso de medicina da UFSCar, gerar reflexões sobre o como é posto em prática e como a figura do aluno a recebe. **Método:** A metodologia empregada para este trabalho de conclusão de curso consiste em relatos autorais e revisão da literatura com consulta de materiais eletrônicos encontrados em SCiELO sobre a metodologia construtivista. **Conclusões:** É possível concluir que houve um esforço importante do curso de medicina Universidade Federal de São Carlos em se manter fiel ao método construtivista baseado em problemas. Todavia, nem todos, por mais que desejassem o método, se adaptaram plenamente ao método, culminando em inseguranças, medos e ansiedades pela falta de métodos tradicionais de avaliação ou pela introdução precoce do aluno nos serviços de saúde, mesmo que despreparados.

Palavras-chave: educação médica, espiral construtivista, metodologia construtivista, aprendizado baseado em problema, PBL.

ABSTRACT

Introduction: This work is built on an autobiographical and critical-reflexive narrative about the medical course at the Federal University of São Carlos, presenting the facilities and difficulties of self-directed learning proposed by the faculty, its importance as a methodology and its failures according to the author's opinion according to lived realities. **Objective:** Expose facts and opinions about the constructivist method and its application in the medical course at UFSCar, generate reflections on how it is put into practice and how the student figure receives it. **Method:** The methodology used for this course completion work consists of author reports and literature reviews with consultation of electronic materials found in SCiELO about the constructivist methodology. **Conclusions:** It is possible to conclude that there was an important effort by the medical course at the Federal University of São Carlos to remain faithful to the constructivist method based on problems. However, not everyone, as much as they wanted the method, fully adapted to the method, culminating in insecurities, fears and anxieties due to the lack of traditional assessment methods or the early introduction of the student to health services, even if unprepared.

Keywords: medical education, constructivist spiral, constructivist methodology, PBL, problem based learning.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAD	Aprendizagem Autodirigida.
APS	Atenção Primária à Saúde.
AVC _H	Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico.
AVC _I	Acidente Vascular Cerebral Isquêmico.
ACLS	<i>Advanced Cardiovascular Life Support.</i>
ATLS	<i>Advanced Trauma Life Support.</i>
CM	Clínica Médica.
DM	Diabetes Mellitus.
DMG	Diabetes Mellitus Gestacional.
DMed	Departamento de Medicina.
ES	Estação de Simulação.
EUA	Estados Unidos da América.
ENPE	Ensino não Presencial.
FMB	Faculdade de Medicina de Botucatu.
GO	Ginecologia e Obstetrícia.
HU	Hospital Universitário.
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica.
HDA	Hemorragia Digestiva Alta.
HDB	Hemorragia Digestiva Baixa.
IC	Iniciação Científica.
LINEU	Liga de Neurologia e Neurocirurgia da UFSCar.
MEC	Ministério da Educação.
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde.
PA	Pronto Atendimento.
PE	Pré-Eclâmpsia.
PP	Prática Profissional.
PBL	<i>Problem Based Learning.</i>
POE	<i>Predict-Observe-Explain.</i>

PTS	Projeto Terapêutico Singular.
RP	Reflexão da Prática.
SP	Situação Problema.
SAI	Saúde do Adulto e do Idoso.
SCR	Saúde da Criança.
SFC	Saúde de Família e Comunidade.
SMU	Saúde da Mulher.
SMU-SC	Serviço Médico de Urgência da Santa Casa de São Carlos.
TORCHS	Acrônimo para indicar as principais infecções congênitas: toxoplasmose congênita, rubéola congênita, citomegalovirose congênita, herpes congênito e sífilis congênita.
UPA	Unidade de Pronto Atendimento.
USE	Unidade Saúde Escola.
USF	Unidade de Saúde da Família.
UTI	Unidade de Terapia Intensiva.
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos.
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde.
UNESP	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

SUMÁRIO

Sumário

DEDICATÓRIA.....	3
AGRADECIMENTOS.....	4
RESUMO.....	5
ABSTRACT.....	6
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	7
SUMÁRIO.....	9
INTRODUÇÃO.....	10
Método construtivista.....	10
A narrativa crítico-reflexiva como ferramenta.....	12
SÍNTESE PROVISÓRIA DE SEIS ANOS DE CURSO – VIVÊNCIAS.....	13
Ciclo básico.....	14
Ciclo clínico.....	17
Internato.....	20
Estágios em ambulatórios.....	21
Estágios em pediatria.....	21
Estágios em ginecologia e obstetrícia.....	23
Estágios em cirurgia.....	24
Estágios em saúde da família e comunidade.....	25
Estágios em clínica médica.....	27
Métodos avaliativos da UFSCar.....	30
ATIVIDADES EXTRACURRICULARES E ELETIVAS.....	32
REFERÊNCIAS.....	35

INTRODUÇÃO

Método construtivista

O método construtivista de aprendizagem baseada em problemas está cada vez mais popular entre as escolas médicas no Brasil, e isso ocorre em função da reflexão sobre o perfil do egresso em medicina.

Passou a ser entendido que o recém-formado em medicina estava despreparado para lidar com as condições mais comuns da comunidade, muito embora a formação adequada e o conhecimento clínico satisfatório. A relação entre profissional e paciente era, em geral, comprometida negativamente, e como uma via de solução para esta questão, a metodologia de aprendizagem baseada em problemas (PBL – problem based learning) introduz o estudante já nos primeiros anos do curso com a finalidade de mostrar ao aluno as características factuais da comunidade e estabelecer uma relação com o tempo de universidade-comunidade-serviço de saúde (Cesar, 2010).

Ao aluno, a finalidade última da aplicação da metodologia ativa é formar médicos (profissionais da saúde, como um todo) com uma visão ampla do paciente cuidado. Para tanto, ela permite ao aluno o papel de centro do processo de ensino-aprendizagem, e na construção do conhecimento, é capaz de abranger as diversas matérias, antes (no ensino tradicional) vistas de maneira individual e desconexa, em um único caso problema (CESAR, 2010).

A discussão acerca do método PBL, embora pareça nova, já existe, e por existir entendemos “é implantada”, há aproximadamente duas décadas, com a criação, no ano de 2002, do “Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares na Educação Médica” (Promed), por esforços conjuntos do Ministério da Educação (MEC) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e, em 2003, com a sua ampliação para outras áreas da saúde além da medicina, com o Pró-Saúde – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, que incluiu os cursos de enfermagem e de odontologia. Tamanho são os benefícios do método, que para além da saúde o método construtivista se expande. Áreas de exatas há um tempo já experienciam o método, como as turmas de mecânica na Universidade da Carolina do Norte, EUA, e de outras mais de 250 universidades estadunidenses. O sistema para essas, no entanto, não é o PBL, mas o que fora chamado de POE, sigla para Predict-Observe-Explain. Resguardadas as devidas qualidades e comparações, ainda se estabelece como um método centrado no aluno e em sua experiência (uma estratégia de promoção à aprendizagem em alguns cursos de exatas, como química e física), embora sua origem tenha sido apenas servir de método de avaliação formativa (SANTOS, 2015).

Um argumento muito convincente por Cesar et al (2010) em relação à importância da introdução precoce do aluno da saúde no cenário prático é o reconhecimento das demandas reais para guiar o aprendizado. Métodos tradicionais que evitam a inserção precoce têm a carga horária preenchida com temas pré-determinados pelos professores sem, contudo, avaliar as necessidades das comunidades em que estão inseridos. Temas/doenças raras por vezes serão apresentadas aos alunos, doenças essas que talvez o estudante e futuro médico jamais tenha contato na vida, sobretudo com o grande e assíduo desejo da “superespecialização”. Essas mesmas doenças, na carga horária, serão muitas vezes distribuídas igualmente com

condições prevalentes na comunidade. Desta forma, fica claro o distanciamento destes sujeitos (universidade/aluno e comunidade). Via método construtivista, por sua vez, as demandas da comunidade tornam-se conteúdo essencial e com foco especial, garantindo desta forma (e como dito antes), que os egressos do método PBL entrem no mercado de trabalho preparados para lidar com aquela comunidade.

A narrativa crítico-reflexiva como ferramenta

As narrativas crítico-reflexivas são uma das ferramentas usadas pelo método construtivista, que permite a avaliação longitudinal do estudante em sua jornada de indagações, de assimilação de fatos, de discussões, de aprendizagem e mesmo de aprender a aprender (termo este muito usado ao longo do curso de medicina da UFSCar que traduz a nossa evolução na busca do conhecimento pretendido).

Essa forma de narrativa é exigida partindo-se do pressuposto que o graduando constrói seu conhecimento não apenas a partir da recepção de informações (sobretudo quando o método tradicional), mas também por outros componentes que são essenciais a este movimento [de construção do conhecimento] como as reflexões e as indagações acerca do conteúdo analisado. Além disso, outro aspecto muito importante para a capacidade assimilação de conteúdo é o choque entre novo e o pré conceito. Este choque, embora abstrato, torna-se facilmente compreendido quando a organização das atividades propostas pelo método construtivista é desenhada – imersão na realidade, síntese provisória, busca de informações/conhecimento, nova síntese. O choque, então, é visto quando confrontamos a síntese provisória e a nova síntese. Sucintamente, a síntese provisória é o momento em que a realidade presenciada (imersão da realidade) é discutida em função apenas dos conhecimentos prévios dos estudantes, não significando que a conclusão (hipótese) estabelecida acerca do caso disparador esteja correta. A nova síntese, por sua vez, ocorre após um estudo prévio, estudo esse guiado pelas hipóteses estabelecidas outrora para a explicação e resolução do caso estudado. O choque, portanto, entre o novo e o pré conceito, reside quando as hipóteses estabelecidas são confrontadas pelas respostas obtidas ao longo do estudo que se desenrolou.

O aluno, portanto, em utilizando um portfólio com narrativas reflexivas ao longo do curso, é capaz de construir seu conhecimento a partir das reflexões e indagações por ele realizada a partir dos cenários reais. Seus registros permitem o acompanhamento da evolução de seu papel enquanto estudante e uma avaliação do próprio cenário prático no qual ele está inserido. Novamente, é mais um movimento que permite a aproximação entre universidade/aluno e comunidade. “Registros sistematizados auxiliam o estudante a organizar seu pensamento, sua vivência e suas buscas teóricas” (FORTUNA, 2012, p.458).

SÍNTESE PROVISÓRIA DE SEIS ANOS DE CURSO – VIVÊNCIAS.

Variadas possibilidades podem ser pensadas para organizar seis anos de bacharelado. Tradicionalmente, a divisão imediata conhecida é de ciclos, ao todo, três – ciclo básico, ciclo clínico e internato, que comportam, respetivamente, primeiro e segundo anos, terceiro e quarto anos, e quinto e sexto anos. Esta diferença, no entanto, embora clara na maioria das faculdades, ao autor que vos escreve assim apenas se tornou quando já ao final do segundo ciclo, o que significa dizer por volta do quarto ano da faculdade.

A dificuldade pessoal na distinção dos primeiros dois ciclos assim ocorreu dada a própria metodologia de espiral construtivista, que permite a retomada de temas ao longo de todos estes 4 anos, e assim escrevo sem discernir as atividades curriculares pois tal fenómeno era onipresente.

Este fato gerou angústias constantes durante os anos, pois como aos alunos a ementa não era de hábito apresentada antes das sínteses provisórias, havia sempre um ar de desconhecimento sobre “desde onde” e “até onde” deveria ser iniciado e aprofundado os estudos. Em todos os grupos vivenciados, sempre existiu um movimento de fixar este “desde onde”, tornando o conteúdo inerente ao ciclo básico como presente em todas os ciclos.

Ao leitor desatento, a impressão gerada é de uma formação básica muito além do satisfatório, todavia, o que fora percebido tanto pessoalmente quanto em outrem, é o total oposto. A falta de foco em temas específicos de cada ciclo, embora “compensada” pela repetição do assunto ao longo dos anos, gerou conhecimento aquém do esperado. Algumas áreas básicas e relativamente simples apenas não existiram na graduação, como farmacodinâmica e farmacocinética, tangentes discussões sobre citologia, histologia e bioquímica, e um relâmpago de matéria de genética, que fora vista e discutida em mesa redonda em atividades curriculares não mais que três ou quatro vezes durante os seis anos.

Ciclo básico.

Restringindo, então, o ciclo básico – os dois primeiros anos do curso –, comenta-se de sua estruturação em função das atividades curriculares propostas: situação-problema (SP), prática profissional (PP), reflexão da prática (RP) e estação de simulação (ES).

A SP, nestes dois anos, almejou as áreas básicas com pinceladas na área mais clínica. Realizadas com grupos de, em média, 10 pessoas, sendo dois a mais do que o próprio método sugere, o autor teve a oportunidade de ser preceptorado por uma das responsáveis pela implementação do método no departamento de medicina (DMEd), o que lhe conferiu uma fidedignidade do método.

No primeiro semestre, muita dificuldade fora notada pelo autor, não por causa do método, mas por conta das ferramentas que dispusera. Como um matriculado em penúltima chamada, pouco contato teve com as personagens e estruturas do curso antes de ser lançado às atividades ordinárias. Deste modo, fontes e métodos de pesquisa não estavam facilmente ao acesso por desconhecimento próprio, conferindo-lhe horas a mais de estudos para abordagem de assuntos. Tanto por isso que abdicou de muitas atividades extracurriculares no primeiro ano, por incapacidade de conciliar horas de estudo obrigatória com demais horas (ligas, iniciação científica, lazer, etc.).

Com o passar do tempo, no decorrer de tantas atividades, o movimento de síntese provisória, especialmente a elaboração de questões de aprendizagem, tornou-se algo automático, com pouca relevância ao autor e a outros colegas, permanecendo como algo mais “burocrático” para manutenção do método aplicado. O que ainda permanecia mais atrativo e dinâmico era a discussão sobre os casos problemas e a elaboração de hipóteses. Ao fim dos encontros, as questões eram, basicamente, estudo das áreas básicas pertinentes ao caso, por exemplo, a discussão de um caso de diarreia aguda naturalmente faria pesquisar sobre histologia, anatomia e fisiologia do sistema gastrointestinal. O que objetivava, portanto, aprendizagem baseada e dirigida para cada caso, tornou-se apenas pesquisas motivadas por casos clínicos que, de fato, pouco interferiam nos objetivos do estudo. O que corroborava com isso era o próprio formato de ementa, apresentada aos alunos após cada nova síntese e que habitualmente descrevia de forma ampla e genérica os objetivos da SP trabalhada (ex.: “o estudante deve ser capaz de compreender a anatomia, a histologia e a fisiologia do aparelho digestivo”). E a partir da compreensão de que as ementas eram assim construídas, que as elaborações de questões deixaram de ser agradáveis – em resumo, eram minutos do encontro que gastávamos para elaborar sentenças as quais deveriam ser respondidas com estudos que desde o início já era sabido que deveriam ser realizados.

O argumento principal para a elaboração do movimento de formação de hipóteses e questões consiste na ideia de uma melhor fixação do conteúdo quando é necessário confirmá-lo ou refutá-lo. Todavia, a concepção autoral (baseado em gostos pessoais), é de que seria muito mais prático, e tão eficiente quanto, o anúncio explícito da ementa em cada síntese provisória, o que permitiria foco, eficiência e organização durante as AADs, isso porque eventualmente era deixado de discutir algum aspecto psicossocial do caso, o que nos sobrecarregava nas semanas seguintes, quando era necessário, além de estudar os posteriores casos, estudar também que fora deixado para trás dos casos anteriores (isso não ocorreria se os temas de estudo fossem claros ainda na síntese provisória).

Quanto às atividades de prática profissional e reflexão da prática no ciclo básico, infelizmente, poucos elogios é trazido, sobretudo por conta da carga horária e da real funcionalidade.

Alunos de 1º ano, já nas primeiras semanas de curso, com pouco conhecimento prévio, eram inseridos para realizar atividades na atenção primária à saúde (APS), em unidades de espaço físico limitado, onde por vezes mais de um grupo deveria se estabelecer, e infelizmente, por vezes com profissionais descontentes com a presença dos estudantes. O pressuposto era que a partir do cenário real, disparadores seriam gerados para o estudo e discussão em grupo, a RP.

Os ciclos básicos apresentam propostas claras de estudo, do conhecimento que o estudante de medicina deve obter antes de ascender aos próximos anos. Colocar alunos totalmente despreparados em cenários reais era apenas sobrecarregar o ambiente da APS e tirar pouco mais de oito horas por semana de AAD, cujos temas se fossem explícitos logo nos primeiros encontros, poderiam ser mais bem pesquisados e discutidos em RP. Outro aspecto considerável era o acesso às unidades de saúde. Longos trajetos de veículos pela rodovia, em uma cidade cujo sistema de transporte público não coopera. A saída encontrada fora o compartilhamento de caronas com os colegas que dispunham de veículos, caso contrário, tornar-se-ia quase impraticável tal atividade.

Os encontros de RP mantinham o padrão de dinâmica daquilo que já fora dito sobre as SPs, embora o foco não fosse discussões de áreas básicas ou clínicas ao longo do primeiro ano, mas sim, interpretação de ciclos de vida e estudo sobre as estruturas da saúde, em especial, da rede de atenção básica, assim como seus princípios, ferramentas e objetivos. Novamente, reforço, uma temática condizente, importante e de acordo com as exigências curriculares, porém, ofuscada parcialmente pela própria PP. Houve anos que poucas RPs eram feitas, com encontros apenas a cada 2 semanas, ou seja, [ao curso] era preferível manter estudantes pouco eficientes e ainda sem conhecimento satisfatório na APS a realizar discussões teóricas ou conceder tempo de AAD.

Por fim, a ES do primeiro do ano. Atividade mais bem estruturada, com objetivos bem definidos e aplicabilidade satisfatória. O foco inicial era o ensino da propedêutica – anamnese, exame físico geral e especiais e, com o passar do tempo, aumento da importância para elaboração de hipóteses diagnósticas. Nestas atividades, ao estudante restava o nervosismo das primeiras simulações. O único aspecto que sempre foi incômodo era a ausência de oportunidade de fazer uma simulação após nova síntese, de tal forma que pudesse ser observado e avaliado após a aquisição do conhecimento. O tempo que restante para fazer isso era o da prática profissional, porém, por vezes não havia a direta observação por profissional algum nos primeiros anos, já que a predominante atividade de visita domiciliar (VD) tirava o estudante dos olhos dos profissionais capacitados. Insisto no mesmo ponto: uma redução da carga horária de práticas bem permitiria ter o feedback claro do docente após nova síntese na ES, pois ao autor sempre foi frustrante a simulação insatisfatória na ausência do conhecimento sem a oportunidade de uma nova simulação e feedback após AAD.

Para finalizar a dissertação sobre o primeiro ciclo, introduzo a experiência de ligante, no segundo ano curso, o prazer de participar da Liga de Neurologia (LINEU) do curso, embora nunca tenha tido aptidão ou interesse pessoal na área de neurologia e neurocirurgia. O interesse era puramente acadêmico. A partir de conversas informais, fora

percebido um deficit no ensino de neurologia pela escola. Assim sendo, a LINEU era opção inteligente para o contato com este conteúdo tão profundo, e correspondeu às expectativas, além de apresentar dinâmicas e discussões clínicas importantes e diferentes do que até então era experienciado pelo curso, desenhando o *avenir* dos próximos 4 anos.

Ciclo clínico.

Ingressando no ciclo clínico, esse se tornou inegavelmente mais interessante, e assim como o internato, foi essencial para revelar lacunas do ciclo básico e, como dito no início do texto, ocupado por demasiadas horas de revisão e introdução de conteúdos básicos, os quais em qualquer outra faculdade de método tradicional teriam sido vistos satisfatoriamente nos primeiros anos. As repetições sobre esses fatos deixam claro o desânimo do autor sobre essa condição, mas é injusto não contrabalancear com os prós da metodologia. Os, que só agora é percebido, longos períodos de AAD_s permitia tais revisões e introduções de conteúdos básicos ao mesmo tempo em que novos conteúdos, agora mais clínicos, deveriam ser aprendidos. Apenas, é frustrante chegar em um terceiro ou quarto ano e perceber que o básico não fora, ainda, esgotado. A vantagem é que a capacidade de “aprender a aprender” estava em constante evolução ao longo do curso, e o que demoraria três ou quatro dias para ser estudado, com o passar dos anos não demandava mais que algumas horas.

As SP_s, então, permaneceram com os modelos de trabalho semelhantes, a novidade era a divisão clara das áreas e a dinâmica de discussão, já que a abordagem clínica se tornou mais evidente e havia um claro estímulo ao raciocínio clínico por alguns facilitadores. A escrita diferente entre SP_s também permitia uma certa surpresa nas atividades. Alguns casos eram escritos de tal forma que o diagnóstico não era claro, e seriam os alunos a tentar o fazer a partir de diagnósticos sindrômicos. Outros casos nos traziam toda a história e o diagnóstico, mas dada a complexidade dos temas, pouco isso significava, apenas clareava ao estudante o que estudar. Quanto a clara divisão de áreas, o que percebemos foi introdução de siglas que nos acompanhariam pelo resto do curso: saúde de família e comunidade (SFC), saúde do adulto e do idoso (SAI), saúde da mulher (SMU) e saúde da criança (SCR). Era uma atividade funcional, sem grandes aspectos a serem citados, até o quarto ano de faculdade, quando a dinâmica global se tornou refém da pandemia do Sars-Cov-2.

Assim como a SP, a PP e RP também se tornaram funcionais e prazerosas. Diferentemente dos primeiros dois anos, em que o desconhecimento teórico-prático obscurecia as virtudes da PP, a partir do terceiro, com alguma base já bem estabelecida e a constante e rápida introdução a novos temas e assuntos pelas três frentes disponíveis (SP, PP/RP ES), foi permitido aos alunos um grande aproveitamento. As atividades na unidade também mudaram. Se antes as visitas domiciliares tomavam a maior parte do tempo da prática, a partir do terceiro ano, a organização se deu para que os alunos pudessem realizar as consultas na própria unidade, e que neste momento não mais se restringia a um único endereço. Da mesma forma que os temas de SP_s se dividiram em áreas, nestas mesmas áreas as práticas se organizaram. Invariavelmente, sempre havia três dias por semana de prática profissional, sendo um dia de SFC, outro de SAI e o terceiro dia se dividia ao longo de mês em SMU e SCR.

As RP_s deixaram de ser feitas à parte, como antes. Elas ocorriam ao final de cada expediente de PP, com discussão de temas pré-determinados. As discussões das RP_s passaram a ser focadas na área clínica, abrangendo, obrigatoriamente, quatro principais pilares: etiologia e fatores de risco, manifestações clínicas, abordagem diagnóstica e tratamento. Com essa nova dinâmica, também foi possível sentir que os alunos da UFSCar estavam realmente contribuindo para algo no cuidado do paciente, pois a partir destes estudos e atualizações em

condutas, eram implementados os planos terapêuticos na unidade, conferindo palpabilidade daquilo que outrora estava restrito aos livros. Outro aspecto importante foi o próprio conhecimento prático do funcionamento da rede de saúde em São Carlos. Aquele que vos redige desconhecia, por exemplo, limites de prescrições ou solicitações na APS, com exames e medicamentos específicos podendo ser solicitados apenas pelo especialista. Algo decepcionante e ao mesmo tempo compreensivo. Decepcionante pois ficava claro a limitação da APS na abordagem diagnóstica de diversas condições. Compreensivo pelo óbvio, tais recursos são gastos, que devem ser racionalizados no serviço público, e infelizmente, são perceptíveis gastos desnecessários apenas com exames sem indicações, seja na APS com exames de rotina e triagem desnecessários para determinados casos, ou em atenção secundária ou terciária, com a solicitação de exames mais complexos, porém de forma desnecessária ou precoce. De qualquer modo, tal desapontamento com a realidade da APS, que limita a propedêutica armada para a contenção de gastos, não fora capaz de tornar a atividade até então preterida no ciclo básico como aquela mais agradável e aguardada durante as semanas, isso pelo fato do novo formato empregado a partir deste momento.

As ESs, assim como as SPs, se tornaram mais atraente, com dinâmica semelhante. As simulações elevaram a importância do raciocínio clínico, avaliando-nos também a partir de nossas hipóteses diagnósticas e condutas. De variados temas também organizados entre SFC, SAI, SMU e SCR (além da inclusão de saúde mental, SME), permitiu uma conclusão do segundo ciclo com harmonia e consonância entre cada frente do curso. Além disso, a ES introduziu um método de avaliação diferente do que fora aplicado até então e muito interessante, pensando até mesmo em futuras provas práticas. Anteriormente, o método avaliatório era baseado na avaliação longitudinal do estudante e no desempenho de cada simulação. A novidade, agora, era a avaliação conjunta de todas as estações vistas no ano letivo em atividades práticas limitadas a poucos minutos – marcado por tempo, o estudante entrava em uma sala na qual lá se deparava com algum caso clínico, e em questão de poucos minutos, deveria fazer a atividade demanda pelo docente que naquela sala estava (seja diagnosticar e prescrever um caso de úlcera genital em APS, ou realização de exame especular e coleta de material para colpocitologia oncótica, ou realizar exame físico em criança, ou descrever um trauma de face e montar a mesa cirúrgica). Assim que esgotado o tempo, o estudante deveria se dirigir à sala ao lado para realizar a próxima tarefa.

O ciclo clínico assim se manteve enquanto terceiro ano. Iniciado o quarto ano, em 2020, apreensões já pairavam com as notícias iniciais envolvendo a epidemia de COVID-19 em países asiáticos, com casos crescendo de forma acelerada na Europa. E tudo mudou a partir de março de 2020.

O quarto ano, destes seis anos, fora sem dúvida o mais decepcionante, não apenas pelo que foi, mas pelo que prometia ser, pois o gosto pelas atividades estava em ascensão dada as novas dinâmicas que o ciclo clínico introduziu em relação ao ciclo básico, e de fato, era o ano pré internato, no qual era esperado que nossa capacidade de exame clínico e raciocínio clínico fortalecesse de forma a preparar o estudante para o ambiente hospitalar. Todavia, o advento da pandemia minou todas estas expectativas. A suspensão das atividades contrastou o gosto pela estadia de estar São Carlos com o retorno a São Paulo, que nunca fora comum durante os períodos letivos. Tornou [o autor] a coabitar com os pais e tivera o privilégio de, diferentemente de muitos, ter passado boas e produtivas horas em casa estudando, sem que o ritmo que havia adquirido fosse interrompido. As incontáveis horas de paralisação pela

pandemia transformaram-se em AADs, com revisão de matérias, reelaboração de resumos, participação em múltiplos cursos do UNA-SUS e realização de cursos preparatórios para residência médica. Tudo isso em ambiente doméstico, longe de qualquer prática, infelizmente.

A totalidade do tempo passou a ser dentro de quatro paredes a partir de março de 2020 e já nos primeiros dias fora entendido que sem organização ou rigidez de horário, a projeção para um retorno às atividades era péssima, com provável piora da capacidade prática e intelectual comparada a existente imediatamente antes à paralisação. O mínimo que seria esperado, pelo autor, então, era de retornar às atividades, da mesma forma como as interrompeu. A criação de horários e cronogramas e estudos por metas, assim como uma visão mais prática das tarefas, foram bem implementadas. Ao menos um tema por dia era conseguido ver e resumir. O repertório clínico aumentara de forma significativa de tal forma que se hoje ainda existe um medo ou alguma ansiedade em se formar, sem dúvida, se este tempo pandêmico não tivesse sido conduzido da maneira que foi, muito mais medo e ansiedade existira hoje. É inegável, no entanto, que a falta de prática, de ter um paciente a frente para construir uma anamnese e realizar exame físico tornou-se evidente com o retorno das atividades presenciais, mas que em pouco tempo puderam ser trabalhadas e, talvez, igualadas ao estado pré-pandemia.

Antes da volta as atividades presenciais, no entanto, ainda houve atividades na modalidade de ensino não presencial (ENPE). Pessoalmente, o ENPE para as atividades teóricas foi encarado com bons olhos. A busca pela praticidade durante a pandemia foi o que o tornou positivo. Problemas de locomoção foram resolvidos, e a participação pessoal [do autor] tornou-se melhor, e tal desempenho é creditado à maior eficiência de estudo – de fato, é tanto mais fácil se posicionar em discussões quanto mais conhecimento há sobre um assunto.

A volta das atividades práticas ocorreu em 2021. Inicialmente, a dificuldade natural da interação com o paciente e da elaboração de exame clínico satisfatório foi presente, mas que aos poucos fora sendo suplantada. Além disso, outro problema que foi recorrente foi a falta de pacientes em algumas áreas, sobretudo na frente de SCR, que passou a ser realizada na Unidade Saúde Escola (USE). A frente mais prejudicada, sem dúvida, foi a SFC, pois o grupo passou a ir em número reduzido para as unidades o que foi necessário estabelecimento de rodízios entre os alunos, ou seja, horas de prática perdidas. Aliado a isso, era importante que fosse feito um projeto terapêutico singular (PTS) nesta fase do curso, no entanto, a falta de pacientes e a dificuldade de manter seguimento com aqueles que eram sugeridos impediu o autor de criar um PTS real. Entendemos que esta falta de pacientes não era a redução do número de pessoas na área abrangida, mas sim, a redução do número de pessoas dispostas a ir com frequência em consultas não urgentes ou de receber visitas domiciliares. A solução encontrada e sugerida pela docente responsável era criar um PTS a partir de algum caso, família ou paciente atendido na unidade, embora a implementação real dele não fosse viável, dado que não existia de fato uma relação de cuidado, entre o paciente e o aluno naquele momento. Como nome fictício, assim foi feito e entregue. Problemas impostos pelo momento e soluções [ou contornos] disponíveis, *c'est la vie*.

Internato

O internato são os últimos dois anos do curso de medicina, correspondendo, portanto, ao quinto e sexto ano. Ele objetiva a vivência 100% prática do profissional médico, abrangendo todas as áreas já estabelecidas a partir do quarto ano: SFC, SAI, SMU e SCR. No internato, no entanto, elas se destrincharam um pouco, com o estágio de SFC convertendo-se tanto em SFC quanto em SME e saúde coletiva; a SAI se tornando, na verdade, estágios de Clínica Médica (CM), cirurgia e ambulatorios; a SCR se torna estágio em neonatologia e pediatria; e a SMU é destrinchada em ginecologia, obstetrícia e mastologia.

Dada as exigências curriculares, este documento de conclusão de curso não pôde ser redigido após a experiência completa do internato, todavia, faltando menos de 2 meses para sua conclusão, é impossível não fazer julgamentos e reflexões, e mesmo podendo estar sendo traído pela memória [dita, outrora, falha], é o ciclo em que o estudante mais tem oportunidade de crescer. Aproximadamente 40 alunos, com um grupo de sete indivíduos, este autor não ousa ser voz de ninguém a não ser de si mesmo, e assim sendo, é verdadeira a afirmativa que as melhores horas acadêmicas vividas no curso se concentraram em sua maioria nestes últimos dois anos, com a oportunidade de conviver com colegas até então conhecidos apenas pela vista durante o curso, sentir-se finalmente em uma zona de conforto quando dentro dos domínios do Hospital Universitário e da Santa Casa de Misericórdia de São Carlos, poder experenciar no plano real todas aquelas SP_s que ao longo de quatro anos foram apresentadas, ter contato com novos preceptores competentes e pacientes para a docência.

O internato é/foi um momento que demandava estudo ágil e eficiente, pois era necessário conciliar os temas obrigatórios cobrados pelos docentes, e os temas pessoais conforme as necessidades dos pacientes que eram acompanhados. É fato que a falta de estudo voltada para o paciente talvez não mude em nada o cuidado dele, dado que os residentes e os preceptores chefes acompanham em conjunto e deles saem as últimas palavras. Uma frase escutada sobre um aluno específico [de outra universidade] na maternidade da Santa Casa marcou comicamente: “o trabalho será feito com você [estudante], sem você e apesar de você”. Não discordo em vírgula desta frase, porém, vejo que o bom trabalho do interno que se cobra não só auxilia positivamente residentes e preceptores, como faz a presença do estudante [e da universidade] ser bem quista naquele local e gera enriquecimento profissional.

Foi no internato, percebendo a dinâmica de cada área e de cada tipo de serviço, que houve uma forte identificação com a CM e, especialmente, com a rotina do médico hospitalista, além de tomar gosto pelos serviços de urgência e emergência – até então temidos, apenas. Obviamente, ainda existe um temor quando no serviço médico de urgência da Santa Casa (SMU-SC), até porque não é um departamento que é sabido o que ocorrerá (como ocorre em ambulatorios e enfermaria), mas tão grande quanto o temor que existe, é a empolgação de lá estar. O que é dito como um bom plantão pelos preceptores, ironicamente era um plantão tachado [pelo autor] como ruim – período ocioso, sem muitos pacientes, sem muitos afazeres, “plantão tranquilo”. Não há dúvidas que futuramente, quando com alguma experiência e anos sobre estas costas recaírem sobre o autor, haverá a torcida para este “plantão tranquilo”, mas por enquanto, pelo menos enquanto interno, quanto mais conturbado, melhor, pois quanto mais assim for, mais essencial e útil a figura do aluno se torna e mais “mão” é adquirida antes

de que seja lançado para fora da faculdade, sem mais supervisão ou alguém do lado para nos auxiliar.

Estágios em ambulatórios.

O primeiro ano do internato, especificamente as primeiras sete semanas (duração de cada um dos cinco estágios), foram decisivos para o reconhecimento do gosto menos intenso pelas consultas ambulatoriais. Iniciado pelo estágio de ambulatório, rodando cada dia da semana em alguma especialidade diferente, mas que independente da área, mantinha a dinâmica, consultas novas e retornos, com posterior discussão do caso com o docente (as vezes na presença do paciente, as vezes na sua ausência), e por fim, tomada de conduta. Foi um momento muito importante para pegar o ritmo das consultas mais objetivas, com duração de no máximo 20 minutos, tempo este não alcançado no início, uma vez que o modelo de consulta vigente até o momento era aquele adotado na estratégia de saúde da família. A paciência e orientação dos docentes e residentes foram essenciais para este desenvolvimento.

Todos os pontos positivos, embora muito e também superiores em quantidade, não foram capazes de encobrir momentos negativos e marcantes. Docentes – e aqui colocamos esta palavra no plural não para definir uma pluralidade de professores, mas sim para indefinir os sujeitos, ou o sujeito (no singular) – que abertamente proferem o desgosto por ali estar, a cobrança desrespeitosa e injusta recaindo sobre o interno, de tal forma que aspectos pessoais eram postos à mesa como forma de ataque, a incapacidade de compreender o papel da docência e a distinção entre um interno e um residente (algo muito comum, a crença, por estes docentes, de que o conhecimento do interno era tal qual o do residente primeiranista ou segundanista de clínica médica). Ante a estas situações, o movimento predominante foi o de ignorar a forma como o conteúdo era passado (por vezes, difícil), e concentrar apenas na mensagem quando esta de alguma forma fosse enriquecedora (nem sempre era). Infelizmente, não foi a integralidade dos colegas que assim conseguiu se portar (e não era obrigação de ninguém assim agir, mas sim da personagem docente de se colocar de forma minimamente profissional e interessada no cargo em que ocupa). Felizmente, temos a ADPEA para dar o feedback ao curso sobre estas atividades, mas ponho em xeque a seriedade desta avaliação uma vez que de tantos relatos e opiniões em relação a tal docente (ou docentes), nada mudou ao longo dos meses e, mesmo, ao longo dos anos, uma vez que não foi só no internato que os primeiros contatos e “agressões” foram presenciados.

Tornado aos aspectos positivos, que não foram encobertos por tais acontecimentos, foi de grande valia compreender e participar do fluxo de pacientes pelo SUS. Compreender como os pacientes chegavam no ambulatório de especialidade e como lá permaneciam até o momento da alta deste nível de atenção. E por fim, destas primeiras setes semanas, destacamos a ascensão no desenvolvimento do raciocínio clínico. Experimentado em USFs e UBSs, até o momento, nunca houvera uma cobrança de conduta do aluno tão intensa quanto passou a ocorrer neste estágio. Infelizmente, isto não se manteve por muito tempo, uma vez que nos estágios subsequentes na Santa Casa, os internos eram mais responsáveis pela avaliação e evolução do prontuário no sistema do que das condutas como assim era nos ambulatórios.

Estágios em pediatria.

O estágio de pediatria foi uma surpresa boa, não devido dinâmica ou expectativas do estágio, mas sim por conta da área, que sempre fora a preterida em relação às outras. O estágio foi dividido em dois momentos: pediatria no hospital universitário, e neonatologia na Santa Casa de Misericórdia de São Carlos. Para isso, o grupo foi dividido em metades, de tal forma que enquanto um estava no HU, ou outro estava na Santa Casa. Começando pela Santa Casa, na neonatologia, o autor caiu em erro ao deixar de estudar a fundo os casos que atendia, uma vez que em média, não ficávamos com o mesmo paciente por mais de 3 dias, dado que eles iam de alto do hospital. Este erro criou uma percepção de um estágio relativamente tranquilo, com janelas de descanso maiores do que as já vivenciadas nos estágios anteriores. No final da primeira semana, no entanto, os questionamentos temáticos durante as discussões na Santa Casa e ausência de resposta tornou evidente o déficit de estudo que não apenas este autor, mas os colegas vivenciaram, ao ponto de terem tido, justamente, a atenção chamada pela docente. A partir de então, todo aquele tempo de janela ociosa não mais existiu, o peso e a carga do estágio tornaram-se evidentes. O destaque à neonatologia, também, é a oportunidade que a área deu para manter o seguimento dos aprendizados em obstétrica. Muitos temas foram retomados, outros muito temas foram continuados, como por exemplo, sífilis na gestação, visto na obstetrícia, e sífilis congênita, visto na neonatologia. O ponto negativo que expressado em ADPEA_s sobre o estágio foi o tempo demasiadamente limitado, que gerou ansiedade sobre o aprendizado em neonatologia. Até então, o que estava muito claro era que em dois anos de internato, apenas 3,5 semanas seriam vivenciadas na neonatologia. Equívoco. Novo contato houve durante a pediatria do 6º ano.

Finalizando a pediatria do quinto, o estágio em pediatria (não neonatologia), no Hospital Universitário. Muito anseio houve antes de seu começo, dado relatos de relações extremamente conturbadas e conflitos explícitos entre docentes, preceptores e alunos. Embora todo este ar, pessoalmente, foi um estágio muito tranquilo e proveitoso. A preceptora visivelmente em seu tom de voz deixava claro uma posição de hierarquia, o que a alguns poderia ser visto até mesmo como afrontas. Todavia, nenhum problema houve com tal persona, pelo contrário, o relacionamento era de extremo profissionalismo e, mesmo que por vezes citada como alguém desinteressada na presença do aluno, mostrou-se disposta em ensinar, cobrando-nos enfaticamente (mas sem jamais desrespeitar) postura ética, compromisso, semiologia e raciocínio clínico. Tão bom quanto fora a neonatologia, assim também foi a enfermagem pediátrica do Hospital Universitário.

No sexto ano, a pediatria tornou a ser na enfermagem do HU e, na Santa Casa, na maternidade aos sextanistas da UFSCar era atribuída somente a função de recepção do RN, enquanto no prédio principal, o trabalho era junto à enfermagem pediátrica, à UTI (pediátrica e neonatal) e ao berçário.

A pediatria do HU manteve-se semelhante ao que já era, todavia, restrito ao serviço de pronto atendimento – a enfermagem era de responsabilidade os quintanistas. A UTI deste estágio foi, de fato, o primeiro contato com pacientes em UTI, o que gerou ansiedade (positivamente) – do estágio de pediatria, era o serviço mais almejado. O berçário se tornou

quase que uma extensão daquilo que era feito dentro da maternidade, porém, na presença de pacientes com demandas mais específicas, como sífilis congênita, investigação apropriada de outras TORCHS e ganho de peso. A enfermaria pediátrica por sua vez, com dinâmica semelhante àquela do HU no quinto ano, trouxe novos casos que não eram frequentes no HU, como ingestão de corpo de estranho, nefropatias e cardiopatias. A UTI, por sua vez, dada a presença única da UFSCar, e em apenas um aluno por área (um aluno na UTI pediátrica e um aluno na UTI neonatal), a discussão não era tão ampla ou didática como ocorria na enfermaria e berçário, todavia, a atenção “exclusiva” aos pacientes acompanhados pelos alunos trazia um aprofundamento um pouco maior dos casos.

Estágios em ginecologia e obstetrícia.

O estágio de ginecologia e obstetrícia, trabalhado tanto na maternidade (enfermaria e centro obstétrico) quanto no HU (ambulatorios), foi, na verdade um estágio exclusivamente de obstetrícia (seria seguido pelo estágio de ginecologia apenas no sexto ano da graduação). As atividades no HU ocorriam uma a duas vezes por semana, no acompanhamento de gestantes de alto risco. Foi um estágio muito produtivo e com ensinamentos práticos relevantes, mesmo àqueles que não pretendem seguir a área de ginecologia e obstetrícia, isso porque houve a oportunidade de não só aprender mas de conduzir as gestantes diabéticas gestacionais e diabéticas pré gestacionais, manejo esse que embora seja delegado ordinariamente ao pré-natal de alto risco, pode muito bem ser realizado (de forma adicional) na própria atenção básica – setor muito atrativo aos recém-formados (principalmente da UFSCar, dada a importância dada durante o curso de medicina).

Na Santa Casa, a enfermaria foi dividida em duas: enfermaria patológica e a enfermaria puerperal. Na patológica, eram encontradas as principais comorbidades gestacionais, enriquecendo a experiência e o conhecimento nos temas de DMG, DM, síndromes hipertensivas gestacionais (incluindo PE e síndrome HELLP). Na enfermaria puerperal, o contato com a parte mais “fisiológica”. O que tornava, então, interessante, era o contraste entre as pacientes, a diferença visível nas tomadas de condutas e raciocínios clínicos estabelecidos entre um grupo de paciente e o outro grupo. As personagens lá encontradas também foram de grande valia para o bom proveito do estágio: residentes e, sobretudo, os preceptores, com destaque para a Dr. Bruna Parreira. Finalizando a maternidade, a carga horária em PA. Como uma insegurança maior rondava nesta área, dado perfil de paciente recebido – gestantes –, os primeiros dias em PA foram pouco livres para orientações e condutas, todavia, com os estudos pessoais, as atividades teóricas segundo ENPE e a própria “experiência” dos dias, a atividade de PA tornou-se tão prazerosa quanto era as atividades na SMU-SC pela cirurgia geral. Mais convicção e segurança para oferecer uma consulta completa, examinar, orientar, avaliar exames e sugerir condutas.

No segundo ano de internato (sexto ano da graduação), as atividades na GO tenderam mais para o “G” – mais ginecologia e menos obstetrícia. As atividades em ginecologia eram na enfermaria da Santa Casa, tendo contato íntimo e repetitivo com patologias do ovário e útero, sobretudo. A dinâmica não diferia em quase nada das outras enfermarias, apenas os temas de estudo, basicamente. Além da enfermaria, houve acompanhamento no serviço de mastologia da Santa Casa Clínicas. Embora poucos pacientes atendidos pelos internos, a

dinâmica era extremamente didática, com o chefe responsável paciente e disposto a auxiliar tanto na compreensão da patologia, quanto nos raciocínios clínicos estabelecidos ao longo da avaliação diagnóstica e no entendimento da abordagem terapêutica. Na Santa Casa, ainda houve atividade no pré-natal de alto risco e, embora o gosto pela dinâmica de enfermagem já tenha sido bem estabelecido desde o quinto ano, as consultas ambulatoriais no pré-natal de alto risco foram tidas como a atividade preferida em GO durante o sexto ano, uma vez que aos alunos havia já a responsabilidade de fazer as consultas de forma prática para que a quantidade relativamente grande de pacientes pudesse ser vista durante o tempo limitado de ambulatório, ou seja, estavam ali estudantes, em parte, para “tocar serviço”, mas ao final de cada consulta, havia explicações e discussões enriquecedoras com o preceptor, que entendia que, apesar da importância deste movimento de “tocar serviço”, ainda eram ali alunos da graduação cujo conhecimento ainda deveria ser lapidado durante o internato. A última atividade que dividia lugar na grade horária da GO era o PA, que junto com o pré-natal de alto risco, trazia um pouco da obstetrícia para o sexto ano.

Estágios em cirurgia.

O estágio de cirurgia no quinto ano infelizmente não foi muito prazeroso. É possível que interesse pessoal pela clínica médica torne esta opinião pouco imparcial, todavia, algo consensual entre os membros do grupo de internato foi a redundância de temas em urologia, o pouco contato com os fundamentos básicos da cirurgia geral em detrimento de conhecimentos mais especializados que eram ensinados muito devido à própria área de atuação dos preceptores. Em geral, os dias de prática eram satisfatórios, sem nada a reclamar do que se era feito, mas a ausência de conteúdos mais básicos era o que realmente afligia.

As atividades em centro cirúrgico, para alguém que pretere a área não era a melhor parte do dia. A saída pessoal para tornar a experiência mais interessante dentro da sala de operações foi procurar o que de mais clínico havia naquele ambiente: anestesiologia. E desde o quinto ano, houve um contato pouco mais aprofundado com as drogas de sedação e analgesia, sequências rápidas, técnica de intubação (até o momento, apenas como expectador) e manejo das drogas vasoativas (intraoperatório).

Além das atividades ambulatoriais e de centro cirúrgico, houve ótimas experiências com simulações propostas pelo docente Dr. Rafael Luporini e pela preceptora e veterana da UFSCar Dra. Pâmela Campos, para manejo de HDA_s nos serviços de urgência e emergência. Aulas teóricas e apresentações pelos alunos de temas específicos também foram de importância ímpar na construção do conhecimento ao longo deste estágio, dando foco para as doenças intestinais inflamatórias, síndrome de abdome agudo, HDA, HDB e síndrome hemorroidária e doenças orificiais. Houve, também, com o docente Dr. Rafael Izar, um “minicurso” de ATLS, o qual foi de imensa importância pela importância do tema (não apenas para provas, para a prática médica).

Finalizando a cirurgia do quinto ano, houve também as atividades em SMU-SC, local no qual existiram oportunidades inúmeras de pôr em prática o que fora aprendido nas simulações e aulas teóricas de HDA, síndrome de abdome agudo e ATLS, dada recorrência de pacientes com tais quadros no serviço da Santa Casa. Politrauma e síndrome de abdome

agudo são os quadros mais recorrentes na SMU-SC da cirurgia geral. Sair deste internato sem o conhecimento e capacidade de manejo minimamente satisfatório, arrisco dizer, que é quase impossível.

A cirurgia no sexto ano, por sua vez, apresentou uma dinâmica totalmente diferente, introduzindo a enfermaria de cirurgia e estágio em anestesiologia. Novamente, a enfermaria, pela própria dinâmica em si, era demasiadamente agradável, exceto pelos horários não tão convencionais (entrar 4 a 5h da manhã, para poder passar o caso as 7h). O contato com o pós-operatório de algumas cirurgias e conhecimento de técnicas cirúrgicas essenciais, como cirurgia à Hartmann ou hernioplastia à Lichtenstein, foram de extrema importância, não apenas pensando em provas de residência, mas na elaboração de raciocínios clínicos quando pensando em planejamento para futuras ou abordagens cirúrgicas ou complicações pós-operatórias.

Em anestesiologia, houve uma educação continuada que vinha desde o quinto ano, mas neste momento, com mais segurança, a oportunidade de intubar e realizar procedimentos invasivos outros como raquianestesia – não era de grande interesse a raquianestesia em si, mas sim, a técnica para acessar o espaço subaracnoideo. Com no máximo dois a três procedimentos por dia, foi sentido durante os últimos dias na anestesiologia o conhecimento técnico prático para intubação ou para punção lombar. Todavia, espera-se que os novos estágios, por melhores que sejam, não “esfriem” a técnica obtida. Esta redação está sendo finalizada na primeira semana do estágio de clínica médica e não mais será alterada após o dia 20 de janeiro. Haverá a oportunidade de rodar na UTI apenas em fevereiro. Espero que lá seja o momento para que este autor seja posto a prova em relação as técnicas adquiridas na anestesiologia, sem que a ausência de procedimentos mais invasivos neste momento lese minha memória prática deles [procedimentos], uma vez que o conhecimento técnico permanece.

Por fim, o serviço médico de urgência da cirurgia geral permaneceu semelhante ao do ano anterior, com o perfil de pacientes e hipóteses diagnósticas inalterados: prevaleceu HDA, abdome agudo e trauma. A diferença, então: aptos ao manejo de tais quadros, fazíamos de forma mais autônoma, com passagem rápida e acordo com residente, que apenas tinha o trabalho de assinar as condutas.

Estágios em saúde da família e comunidade.

O estágio de saúde da família e comunidade, realizado apenas no sexto ano, como previsto, foi um estágio dividido, na verdade, em três frentes: saúde de família e comunidade, saúde mental e saúde coletiva. Integralmente, teve seus pontos positivos e negativos.

A começar pela SFC, ela foi realizada em USFs. Infelizmente, nem todas as unidades eram fisicamente preparadas para a recepção de alunos, e em dupla, delegado a uma unidade sem salas planejadas para o trabalho com alunos. O que restou foi realizar atendimentos na sala da ginecologia, todavia, era uma sala frequentemente de usufruto da equipe de enfermagem e, assim sendo, havia um limite de horário para serem realizadas as consultas, normalmente até 9 a 10h, quando com sorte. Os atendimentos eram feitos com os computadores particular, e [os alunos] por não terem acesso ao portuário eletrônico,

solucionaram a questão escrevendo a anamnese em documento de texto ordinário e, posteriormente, e enviando a história clínica ao preceptor, por e-mail ou por WhatsApp. Embora limitados pelo horário e, portanto, frustrados com o potencial de atendimentos que poderiam ser feitos em condições ideais, mas que assim não era possível, na prática, bons momentos ocorreram durante os atendimentos, o que permitiu maior agilidade global – em anamnese, exame físico, criação de uma linha de raciocínio clínico e formulação de hipótese diagnóstica, assim como formulação de condutas pertinentes ao caso. Como auxílio, era feito uso de livros de clínica médica (físico e virtual) para que não fosse pedido exames a mais ou menos e que orientações não deixassem de ser passadas. E então, eis uma das frustrações do estágio, por dois motivos principais. Por vezes, os exames sugeridos, embora bem pensados e logicamente demandados não eram realizados, e era visto as condutas pessoais serem apagadas e substituídas por algumas que, por vezes, eram tidas como duvidosas, como por exemplo, mulher jovem com quadro sugestivo de doença inflamatória (hipótese inclusive concordada com preceptor) que recebia alta sem um exame especular ou toque vaginal ou antibioticoterapia, mas apenas como uma referência para ginecologia. A outra frustração residia na realidade já conhecida: hipóteses que não poderiam ser diagnosticadas em APS dada a impossibilidade na solicitação de exames mais específicos, como por exemplo, paciente feminina jovem com dor abdominal em câimbra associada à perda de peso e fezes sanguinolentas e muco, fadiga e perda de peso, e episódios febris discretos. Eis a antropomorfização do capítulo de doença inflamatória intestinal. Mas não importava o quão característico era, apenas não poderiam ser solicitados exames diagnósticos específicos. Restava a referência à gastroenterologia. Talvez este aspecto, muito mais que eventuais más decisões (pelo autor, assim julgadas) do preceptor, fez-me preterir a saúde da família e, infelizmente, não ter tido uma experiência tão boa quanto o esperado.

A saúde mental, por sua vez, foi uma surpresa. Como de hábito, teme-se aquilo que não é conhecido, a insegurança paira face ao novo, e era isso que a saúde mental era pessoalmente, algo desconhecido, uma área pouco trabalhada individualmente ao longo dos anos de curso. Era, de fato, o calcanhar de Aquiles deste autor, na qual, suas condutas eram duvidosas, postas em xeque por ele próprio. Assim sendo, o estágio na psiquiatria, ao mesmo tempo que causador de grande nervosismo e medo, gerava ansiosos de dias melhores. Era nele que se vislumbrava a oportunidade da aproximação e, quiçá, de um conforto na área. E graças aos profissionais envolvidos, assim foi. O conhecimento cobrado das principais entidades clínico psiquiátricas foi aos poucos, nos primeiros dias a semanas, tomando uma forma no mínimo satisfatória. Se antes a evolução na enfermaria psiquiátrica era motivo de apreensão, tornou-se apenas mais um dia em enfermaria com o decorrer do estágio. Os docentes eram compreensíveis com a relativa fraqueza na psiquiatria com que os alunos frequentemente chegavam neste estágio, e identificando o problema, trabalhavam focado. Compreendiam que estavam formando “generalistas”, não especialistas. Desta forma, objetivavam o conhecimento básico que o recém-formado deveria ter para identificar e conduzir casos psiquiátricos. Objetivo cumprido com sucesso.

As atividades na psiquiatria, portanto, foram montadas dentro do hospital universitário e dentro da unidade saúde escola. Em ambas, aos alunos eram ofertados os tempos apropriados para realizar consultas ambulatoriais ou visita em leito de enfermaria e, ao final, discussão sobre os casos vistos e, em seguida, discussão temática pertinente. Ainda nos ambulatorios da USE, além destas discussões, o tempo era trabalhado permitindo que nos

minutos finais, fosse possível a discussão de temas pré-definidos, para os quais os estudantes já deveriam vir com conhecimento de nova síntese (estudo prévio). O resultado de todo este trabalho na saúde mental pode ser visto, em parte, nas consultas em UBS pela saúde da família, onde não raramente, era tida a presença de casos de pacientes com diagnósticos psiquiátricos, como esquizofrenia, síndrome psicótica a esclarecer, transtorno depressivo maior e transtorno afetivo bipolar. No começo do estágio inseguro, ao final, tão tranquilo quanto em um atendimento a um paciente com infecção de vias aéreas superiores – obviamente, casos diferentes, com necessidades totalmente distintas, mas cuja ansiedade do atendimento de um, não era mais tão maior quanto a do outro.

A saúde coletiva, por fim, foi a terceira frente deste estágio de saúde de família e comunidade. Ela foi feita a partir de atividades em sala de pequenos grupos, com dinâmicas de simulação de casos e preenchimento de documentos fictícios para treinar o aluno para os momentos semelhantes da prática. É trazido, então, dois pontos, um positivo e outro negativo. A atividade foi predominantemente de saúde do trabalhador, o que conferiu muitas horas e aprofundamento importante no tema, sem dúvida, tornando os alunos capacitados ao manejo adequado, tanto clínico quanto burocrático, de acidentes de trabalho. Foi, de fato, o primeiro contato curricular com a área, e um contato muito satisfatório e enriquecedor na área de medicina do trabalho. O ponto negativo, por sua vez, parte do pressuposto de que o estágio é em saúde coletiva, algo que abrange mais que saúde do trabalhador, todavia, este a mais não fora visto nem trabalhado, ou seja, embora um contato muito importante e benéfico em saúde do trabalhador, isto demandou um sacrifício de outros temas inerentes à saúde coletiva. Em outras palavras tivemos um excelente estágio em saúde do trabalhador, mas um estágio insatisfatório em saúde coletiva. Entendida esta realidade [saúde do trabalhador x saúde coletiva], indaga-se: será que as seis semanas, se trabalhadas de forma a abranger todos os conteúdos ou, pelo menos, os mais importantes, em saúde coletiva teriam conferido um aprendizado “satisfatório”? Ao que este autor entende, não. A medicina do trabalho foi bem conduzida porque tomou a integralidade das horas em saúde coletiva, caso contrário, creio que os alunos, assim que formados, seriam insatisfatórios nesta área [saúde do trabalhador]. A solução para um estudo satisfatório em saúde coletiva: o estágio (do internato) de saúde coletiva deveria ser apenas de saúde do trabalhador (como foi na prática) e, assim sendo, os demais temas em saúde coletiva deveriam ser obrigatoriamente espalhados ao longo dos anos anteriores, sobretudo nas práticas profissionais e reflexões da prática nos primeiros anos. Na humilde compreensão deste que redige, é entendido este como o cenário ideal.

Estágios em clínica médica.

Finalizando a explanação do internato, a tão querida Clínica Médica. Infelizmente, dado o gosto pela área, uma ideal imparcialidade nos relatos feitos a partir de agora não serão possíveis. O gosto pela clínica médica sempre existiu, mas seu predomínio ocorreu a partir do quinto ano, ainda no estágio de ambulatorios. O selamento da decisão de carreira, foi então, durante o estágio de Clínica Médica, ainda do quinto ano.

No primeiro ano do internato, a clínica médica apareceu como um divisor de águas: estar no curso de medicina e não gostar de clínica médica, é sinônimo de não gostar de medicina. Obviamente, compreendo a redução de significados desta frase. A medicina é algo

muito maior que apenas a clínica médica, todavia, minha escolha do curso, há aproximadamente 10 anos, fora feita observando a clínica médica (o que na época, não sabia). A experiência deste estágio foi quase que integralmente positiva. Foi quando finalmente houve o sentimento de estar onde um dia foi desejado estar, na dinâmica que queria ter, com os casos que queria acompanhar.

A enfermaria era um baú rico em casos clínicos dos mais diversos, interessantes, alguns já diagnosticados e outros ainda investigados. A questão inicial foi: como evoluir pacientes? E como fazer a passagem de caso na enfermaria da clínica? Questões essas resolvidas na primeira semana, o foco passou a ser o estudo de caso, seja pessoal ou de colegas, os quais achava interessante ou importante. E assim se seguiu as semanas de enfermaria, sem novidades na dinâmica, mas com variedades (limitadas – explicar-se-á a seguir) satisfatórias, que impediam a monotonia. Cabe ressaltar as personagens envolvidas, dando destaque para duas pessoas, merecidamente nominadas na sessão de agradecimentos: Dr. Gerhard Lauterbach e Dra. Alice Miguel. Excelentes médicos hospitalistas, cujas didáticas tornavam quase palpáveis seus raciocínios clínicos. E se um dia escutou-se do Dr. Gerhard que outrora olhava seus docentes de clínica médica e almejava ter o conhecimento deles, hoje o olhar deste autor para os seus [docentes] (incluindo ambos) os admira o mesmo anseio.

A pena que trago da clínica médica é “variedade não tão variada”. Encontrávamos diversas especialidades ao longo dos leitos, insuficiência cardíaca, asma exacerbada, doença pulmonar obstrutiva crônica exacerbada, cirrose e suas complicações (ascite, peritonite bacteriana espontânea, síndrome hepatorenal), hanseníase, síndromes epiléticas, sepse, osteomielite, síndromes medulares, etc. Admirado com esta variedade de temas (no quinto ano), quando passando em estágio de cirurgia no sexto ano, criou-se o hábito de ficar com um ouvido na discussão da cirurgia geral e outro ouvido na discussão da clínica médica. E lá na Santa Casa, uma diversidade ainda maior fora apresentada – mieloma múltiplo, linfomas, derrames pleurais a esclarecer, lúpus, granulomatose de Wegener, entre outras a mais do que eram vistas no HU. Para que fosse possível experimentar um pouco da CM de Santa Casa, a prioridade passou a ser buscar acompanhar pacientes da cirurgia geral que eram acompanhados em conjunto com a equipe da clínica médica, em especial, aqueles que cuja admissão hospitalar via SMU era pela CM, e não pela cirurgia.

Como a clínica não é apenas enfermaria, discorremos um pouco sobre as outras atividades: ambulatório e PA. Os ambulatórios pós-alta foram trazidos como satisfatórios. Na dinâmica ordinária de qualquer ambulatório: consulta e posterior e discussão do caso com o docente. Não por desgosto dos temas, mas pela falta de afinidade pessoal descoberta com a consulta ambulatorial ainda no estágio de ambulatórios (em detrimento da dinâmica de enfermaria clínica), as consultas não foram tão atrativas, mas não foram insatisfatórias. Ver a progressão clínica do paciente pós-alta, realizar os ajustes finos, é algo importante e essencial na prática médica. Embora falta de gosto com a dinâmica, *lesson learned*. O PA, por sua vez, atividade satisfatória, sem considerações. O nervosismo pela formatura e o conhecimento de que na grande parte das vezes os serviços de urgência e emergência são vagas acessíveis de emprego fez focar neste tipo de atendimento, incluindo ACLS. O estágio em PA, portanto, fora de grande valia, e uma forma capaz de acalmar em relação ao que se é esperado neste tipo de serviço – não por conta de facilidades ou dificuldades quanto aos casos, mas pelo simples conhecimento do tipo de caso que acaba parando nestes serviços e nos recursos humanos e inumanos comumente disponíveis em mãos.

Finalizamos o texto sobre internato com a clínica médica do sexto ano, ironicamente, o estágio que finaliza oficialmente os seis anos da graduação. Como já dito ao longo do texto, esta redação ocorre ainda durante o estágio, com mais exatidão, durante o primeiro dia de estágio na clínica médica (16/01/2022). O que podem ser trazidas, então, sobre este último estágio, e experiências de cinco horas de estágio e expectativas.

As cinco horas passadas corresponderam ao esperado quanto a dinâmica. Satisfatório. O desconhecimento residia/reside sobre os preceptores. Felizmente, houve neste primeiro dia contato com uma preceptora que já trabalhou com na CM do quinto ano. Didática excelente, postura adequada e respeitosa para com os internos e para com os pacientes. Sem considerações a serem feitas. Assim sendo, apenas aumenta a expectativa para um ótimo estágio ao longo dessas próximas e últimas seis semanas. Particularmente, uma expectativa maior reside na quinta semana de estágio, que ocorrerá na UTI sob supervisão do Dr. Gerhard. Estágio esse esperado ansiosamente, dada importância do conhecimento no manejo de drogas vasoativas, analgesia do paciente crítico e intubado, nos manejos dos parâmetros de ventilação mecânica e suporte hidreletrolítico intensivo. Nada mais pode ser dito. Este texto objetiva ser crítico-reflexivo. O que está por vir reside no plano das expectativas. *Que sera, sera.*

Métodos avaliativos da UFSCar.

As avaliações do curso sempre foram de muito estranhamento. Conforme o método, é feito uso dos conceitos “satisfatório”, “insatisfatório” e “precisa melhorar”. Termos vagos que não permitia uma avaliação objetiva das respostas [a partir do ponto de vista do aluno], não deixando claro falhas e aspectos os quais seriam interessantes prover melhorias.

As duas principais formas avaliativas que o curso oferece são: AD e ADPEA (avaliação de dissertativa e avaliação do desempenho do processo de ensino-aprendizagem). A AD consiste em uma prova ordinária, com os temas vistos ao longo do semestre ou do ano letivo, dissertativa e que para cada resposta é dado o conceito de satisfatório ou precisa melhorar – ao final do ciclo, no entanto, após planos de melhorias (explicado posteriormente), o conceito precisa melhorar é substituído por insatisfatório. Desta forma, não existe, portanto, uma avaliação objetivo das questões, mas sim, se o conhecimento transcrito naquelas linhas é considerado satisfatório para a formação médica ou não. As ADPEAs, por sua vez, são documentos que avaliam as atividades curriculares, o próprio estudante e os docentes. É uma forma prática e direta de feedback a cada uma dessas personagens. Assim como a AD, ao final é possível estabelecer o conceito satisfatório ou insatisfatório. Aos alunos, as ADPEAs traduzem uma avaliação longitudinal (ao longo dos diversos encontros) de cada preceptor que contato teve com os discentes. O plano de melhoria, por sua vez, é uma nova avaliação, conferida àqueles que obtiveram conceito “precisa melhorar”. Este plano portanto, não é baseado em uma prova completo, mas em questões, ou seja, um prova (AD) com 20 questões, das quais apenas uma questão fora avaliada como “precisa melhorar”, mesmo atingindo 95% de acerto, o estudante será submetido a uma nova prova (o plano de melhoria), todavia, uma prova específica da questão (ex.: se a questão tida como “precisa melhorar” foi sobre síndrome nefrótica, o docente elaborará uma nova prova ou algumas novas questões sobre síndrome nefrótica, preferencialmente algo que relacionado ao erro do estudante – ou seja, dois alunos podem ter tirado “precisa melhorar” na mesma questão sobre síndrome nefrótica, todavia, o plano de melhoria de cada um, embora ambos sobre síndrome nefrótica, pode ser diferente entre si, pois o “precisa melhorar” de cada um pode corresponder a coisas diferentes, um pode ter obtido tal conceito dado um conhecimento insatisfatório na fisiopatologia da síndrome, enquanto o outro pode ter conhecimento insatisfatório na abordagem diagnóstica da síndrome).

A partir do quinto ano, quando o pensamento em provas de residência se tornara mais forte, um novo aspecto começou a ser incômodo. O baixo número de avaliações, provas, aos quais o estudante era submetido ao longo do curso e, querendo ou não, infelizmente as aprovações em residência médica não se resumem em conhecimento, mas também em saber fazer provas. A falta de hábito com provas, foi, assim, motivo de importante inquietação nos últimos dois anos e, de forma mais hiperbólica, nos últimos 4 meses (a partir de novembro/2022), quando os exames de residência médica para 2023 começaram.

Como solução para a ansiedade, por conta, houve a busca na resolução de provas avaliativas e neste movimento, outra surpresa viera à tona. A deficiência em bioestatística e medicina baseada em evidências que o curso oferece. Este não é um tópico que pode ser comparado às outras faculdades, sobretudo de método tradicional, dado o desconhecimento do autor sobre o que é ensinado nestas outras escolas, porém, ficou evidente que tópicos

aparentemente básicos (dada a recorrência de alguns temas nas provas) não foram vistos ou, quando vistos, discutidos muito superficialmente nos encontros ao longo dos anos. Por “sorte”, se assim pode dizer, é que ao longo de quatro anos, durante as atividades de PP e RP, um dos colegas com quem o autor tivera o prazer de dividir cenário clínico já era [é] doutor em Ciências Biológicas – Genética, pelo Instituto de Biociências da Unesp, e foi quem agregou imensamente ao grupo trazendo conteúdo de bioestatística e de medicina baseada em evidências.

Finalizando este aspecto, é salientado também que a ausência de avaliações objetivas no final do curso não falta apenas como método de avaliação ou de treinamento para as provas de residência, mas permite a falta de algo concreto e palpável de feedback para o próprio aluno. Poder ver o desempenho pessoal de forma concreta, física em um papel, com as respostas corrigidas e assinaladas corretas (ou não) é de grande valia para um estudante que está prestes a se formar, nervoso e ansioso com o novo ciclo que está por vir. Este feedback mais objetivo acaba sendo algo um pouco distante, por vezes, da realidade do curso. Não raramente, são dados feedbacks “genéricos” a partir das ADPEAs, com respostas padrões/semelhantes para diferentes alunos. Que seja claro, no entanto, que esta realidade não é uníssona. Existem docentes que optam por “gastar” um tempo a mais redigindo ADPEAs claramente dirigidas aos alunos, algo bom e ideal, mas infelizmente este movimento não é comum a todos.

ATIVIDADES EXTRACURRICULARES E ELETIVAS

Como último tópico desta narração reflexiva, as atividades extracurriculares e eletivas. E é contexto que residem as maiores incertezas e “se” deste autor, assim como os maiores arrependimentos.

No primeiro ano, houve o aconselhamento para que cada aluno já procurasse com seus orientadores possibilidade de iniciação científica (IC). A dificuldade para estudar bem e de forma eficiente foi impedimento para buscar qualquer atividade extracurricular no primeiro ano de curso.

No segundo ano, com uma eficiência de pesquisa um pouco superior ao primeiro, o interesse por ligas acadêmicas se acendeu, sendo então cursada a LINEU. Todavia, o interesse em projetos científicos ainda não existia e assim permaneceu até o final do terceiro ano do curso.

O terceiro ano, embora sem interesse por IC, o desejo de se manter em ligas permaneceu, e a troca da LINEU pela Liga de Hematologia da UFSCar foi a opção, já que um interesse em hematologia já estava um pouco presente desde o segundo ano (após atividade eletiva) e o interesse pela área de neurologia se esvaiu.

Iniciado o quarto, e já com um afeto pela área de hematologia, conversas foram iniciadas para um projeto de IC na especialidade. Infelizmente, com a pandemia, os planos foram alterados e o plano não se tornou realidade.

A partir do quinto ano, não mais havia esperanças de realizar qualquer atividade de IC, pois sabia que não conseguiria conciliar internato e estudo para residência com IC. O objetivo, então, seria recompensar os pontos não ganhos na avaliação de currículo, com boas notas nas provas objetivas.

Sobre as eletivas, estas foram realizadas online e presencialmente. A primeira eletiva, no segundo ano, foi em patologia na UNESP, quando surgiu o interesse por hematologia, após aulas de leucemia e linfoma com os alunos de quarto ano da FMB. Embora isso, os arrependimentos são por avaliação retrograda. Se com eficiência e discernimento dos aspectos mais importantes a serem vistos, o estágio teria sido muito mais proveitoso – a avidez pelo estudo clínico ofuscou o estudo de áreas básicas que teria sido bem mais valioso naquele contexto do que em qualquer outro.

As demais eletivas presenciais foram realizadas todas na Santa Casa de Misericórdia de São Carlos, no departamento de Clínica Médica, sobre preceptorial da Dra. Pamela e Andrea de Luca, ambas hematologistas, quisera o destino; no departamento de Cardiologia, sob supervisão do Dr. Henrique Nogueira Mendes; e na SMU-SC da Cirurgia Geral, sob coordenação dos professores Dr. Rafael Izar e Dr. Rafael Luporini. Apenas são trazidos elogios com a dinâmica de cada serviço. Em especial, a SMU-SC, que permitiu horas de atendimento em urgência e emergência, reduzindo inseguranças e nervosismo deste contexto.

Por fim, as eletivas não presenciais. Método encontrado para preencher as horas complementares, de grande utilidade para atualizações nos temas mais comuns na APS, mas é inegável que a ausência da prática, do ambiente hospitalar, e do preceptor faz toda a

diferença. Tais eletivas podem ser considerados, pessoalmente, apenas como satisfatórias, ou seja, permitiu a aquisição ou renovação de conhecimentos básicos, mas não permitiu experiências vividas concomitantes, as quais são, inegavelmente, essenciais na construção do conhecimento. Em outras palavras, é dado o conceito “satisfatório” pois os objetivos dos cursos foram atingidos (atualizações em arboviroses, no manejo das descompensações de DM e HAS, introdução a onco hematologia e sua abordagem na atenção primária à saúde, etc.), todavia, é evidente que estudo somado à experiência clínica é muito mais rico e prazeroso do que o estudo exclusivamente teórico, na ausência de um paciente. Muito mais fácil lembrar do manejo de um paciente com AVC_I e sumarizar mentalmente o atendimento ofertado, os momentos, o passo a passo daquela conduta em emergência, do que apenas ler que “em até 20 minutos o paciente deve realizar um exame de imagem”, ou que “o paciente deve ter sido avaliado com o NIHSS”, por exemplo. Este, na verdade, é o evento que mais marcou as memórias deste autor, tornando perceptível e escancarado o contraste entre o estudo isolado e o estudo somado a prática. Como avaliar com o NIHSS no paciente com AVC_I? Em que momento? E novamente, foi quando o gosto pela CM permitiu sanar tais dúvidas. Durante o estágio pela cirurgia geral de SMU-SC, em um dia atípico, sem muitos pacientes, a decisão tomada para combate ao ócio foi de acompanhar a equipe da clínica médica, e foi quando um paciente com suspeita de AVC_I chegou ao serviço. Este dia foi profundamente marcante, com a clareza deste tipo de atendimento, até então lida apenas em apostilas e protocolos. A recepção do paciente que imediatamente se dirige a sala amarela (de cuidados intensivos), avaliação primária preconizado pelo ACLS e, logo em seguida, antes mesmo da avaliação secundária, avaliação do NIHSS, com a pesquisa de cada déficit motor possível e de seu grau quando presente. Algo que não durou mais que 1 a 2 minutos de forma bem-feita. Terminada avaliação primária e cálculo dessa escala, decida para sala de imagem em menos de dez minutos, assim como é preconizado pelo ACLS, enquanto é colhida a avaliação secundária com acompanhante, sobretudo, na pesquisa de contraindicações para trombólise. Excluído AVC_H em imagem e ausentes contraindicações para trombólise, faz-se a mágica da trombólise. Em menos de dois minutos já são notadas as primeiras movimentações no lado parético, em cinco a seis minutos, movimentação do membro contra a gravidade, em dez minutos, já nota-se melhora clara do desvio de rima e da fala. Imagens essenciais para organização do conhecimento que, contudo (voltando ao tópico que motivou todo este relato de experiência), as eletivas não presenciais não permitiram.

CONCLUSÃO

O método construtivista é um modelo de ensino que busca explicitamente colocar o aluno em contato com a comunidade, objetivando, deste modo, aproximar os mundos e formar egressos capazes de compreender as reais necessidades de saúde que permeiam seus futuros pacientes, além de ser um trabalho a longo prazo de estabelecimento de laços importantes entre a universidade, a comunidade e os serviços de saúde.

Em seus meios para um correto trabalho, destacam-se os portfólios narrativos críticos reflexivos, uma revolução completa dos sistemas de análise do aluno e uma ferramenta poderosa para autoavaliação do próprio estudante ante as suas experiências e desenvolvimentos.

Este trabalho de conclusão de curso, portanto, constrói-se como uma grande narrativa crítico-reflexiva do curso de Medicina da Universidade Federal de São Carlos. Na qual podemos notar um posicionamento autoral dividido entre o prazer de estar em um sistema PBL, que permite a liberdade do estudo sem as maçantes aulas e dinâmicas totalmente passivas de absorção de conhecimento, e o desconforto com a ausência de métodos avaliatórios tradicionais, com a precoce inserção dos alunos nas comunidades sem que, contudo, eles apresentem real utilidade à unidade de saúde na qual fora alocada, e desconforto com o prejuízo que algumas matérias de ciclo básico sofreram em virtude da metodologia.

O ser humano ordinário, não raramente, tende a perceber e valorizar os defeitos muito mais que o faz para as virtudes. Infelizmente, este autor está longe de ser extraordinário para agir diferente, permitindo que um dia de revolta ofusque outros seis dias de prazeres, ou que estes seis últimos meses de medo e ansiedade ofusquem os seis anos de enriquecimento pessoal e intelectual julgado como “satisfatório” pelos avaliadores.

Serve-se, então, este trabalho, como uma última narrativa, um último documento de avaliação deste autor, a reflexão de longos, porém prazerosos, seis anos no curso de Medicina da Universidade Federal de São Carlos.

REFERÊNCIAS

CEZAR, Pedro Henrique Netto et al. Transição paradigmática na educação médica: um olhar construtivista dirigido à aprendizagem baseada em problemas. *Revista Brasileira de Educação Médica* [online]. 2010, v. 34, n. 2 [Acessado 28 Dezembro 2022], pp. 298-303. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-55022010000200015>>. Epub 14 Jul 2010. ISSN 1981-5271. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022010000200015>.

FORTUNA, Cinira Magali et al. A produção de narrativas crítico-reflexivas nos portfólios de estudantes de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online]. 2012, v. 46, n. 2 [Acessado 28 Dezembro 2022], pp. 452-459. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000200025>>. Epub 07 Maio 2012. ISSN 1980-220X. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000200025>.

SANTOS, Robson José dos e SASAKI, Daniel G.G.. Uma metodologia de aprendizagem ativa para o ensino de mecânica em educação de jovens e adultos. *Revista Brasileira de Ensino de Física* [online]. 2015, v. 37, n. 3 [Acessado 28 Dezembro 2022], pp. 3506-1-3506-9. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1806-11173731955>>. Epub Jul-Sep 2015. ISSN 1806-9126. <https://doi.org/10.1590/S1806-11173731955>.