

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

RICARDO CARLINI

**IMPLANTAÇÃO DA DISCIPLINA DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO CURSO
DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ: ASPECTOS
PSICOSSOCIAIS E EDUCATIVOS**

**CURITIBA
2010**

RICARDO CARLINI

**IMPLANTAÇÃO DA DISCIPLINA DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO CURSO
DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ: ASPECTOS
PSICOSSOCIAIS E EDUCATIVOS**

Dissertação apresentada ao curso de Pós Graduação em Educação, setor de Educação – Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Educação, Área de Concentração, Cognição, Aprendizagem e Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria de Fatima Quintal de Freitas

**CURITIBA
2010**

Catálogo na publicação
Sirlei do Rocio Gdulla – CRB 9ª/985
Biblioteca de Ciências Humanas e Educação - UFPR

Carlini, Ricardo

Implantação da disciplina de Atenção Básica à Saúde no curso de Medicina da Universidade Federal do Paraná: aspectos psicossociais e educativos / Ricardo Carlini. – Curitiba, 2010. 154 f.

Orientadora: Profª Drª. Maria de Fátima Quintal de Freitas
Dissertação (Mestrado em Educação) - Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná.

1. Medicina - Atenção básica à saúde - estudantes de medicina. 2. Medicina - estudo e ensino. 3. Medicina - currículos - Universidade Federal do Paraná. 4. Medicina - psicologia social.
I. Título.

CDD 610.071



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

PARECER

Defesa de Dissertação de **RICARDO CARLINI** para obtenção do Título de MESTRE EM EDUCAÇÃO. Os abaixo-assinados, DR^a MARIA DE FÁTIMA QUINTAL DE FREITAS, DR^a JACYARA CARRIJO ROCHAEL NASCIUTTI, DR^a TANIA STOLTZ e DR^a SÔNIA MARIA CHAVES HARACEMIV argüiram, nesta data, o candidato acima citado, o qual apresentou a seguinte Dissertação: **“IMPLANTAÇÃO DA DISCIPLINA DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO CURSO DE MEDICINA DA UFPR: ASPECTOS PSICOSSOCIAIS E EDUCATIVOS”**.

Procedida a argüição, segundo o Protocolo aprovado pelo Colegiado, a Banca é de Parecer que o candidato está apto ao Título de MESTRE EM EDUCAÇÃO, tendo merecido as apreciações abaixo:

BANCA	ASSINATURA	APRECIÇÃO
DR ^a MARIA DE FÁTIMA QUINTAL DE FREITAS		APROVADO
DR ^a JACYARA CARRIJO ROCHAEL NASCIUTTI		APROVADO
DR ^a TANIA STOLTZ		APROVADO
DR ^a SÔNIA MARIA CHAVES HARACEMIV		APROVADO

Curitiba, 14 de dezembro de 2010.

Prof. Dr. Ângelo Ricardo de Souza
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Educação



A toda família, em especial a Márcia, minha esposa e companheira.

Aos agentes comunitários de saúde, sempre tão dispostos a colaborar.

Aos estudantes razão e estímulo para a realização deste trabalho, em especial para a menina Lívia Bonfim (*in memoriam*).

AGRADECIMENTOS

A Deus, sempre... por tudo

A Profª Drª Maria de Fátima Quintal de Freitas pela valiosa orientação, dedicação mas acima de tudo pela sensibilidade e apoio no momento difícil.

As professoras Drª Sonia Haracemiv e Drª Jacyara Nasciutti pela amável colaboração, durante o exame de qualificação deste trabalho e pelas valiosas contribuições durante a defesa desta dissertação.

A professora Tânia Stoltz, pela disposição em participar da defesa desta dissertação e pelas contribuições apresentadas.

Ao pessoal do Núcleo de Psicologia Comunitária, Educação em Saúde, vinculado ao PPGE da UFPR (NUPCES) em especial a Lygia.

A Luciana pela paciência e colaboração no dia a dia do consultório.

As famílias que sempre nos recebem de forma tão gentil, durante as visitas domiciliares.

RESUMO

Este trabalho é um estudo sobre a percepção que os estudantes de medicina têm sobre os significados da participação em uma disciplina voltada para atenção básica à saúde. Busca-se através destas percepções compreender quais contribuições esta modalidade de ensino traz, para atender o perfil médico formado, preconizado pelas diretrizes curriculares nacionais. Para a realização deste estudo foram coletados dados junto a estudantes que cursaram ou estão cursando esta disciplina, bem como observados seu perfil social e suas impressões frente ao curso de medicina. A análise quantitativa e qualitativa dos dados aponta como resultados que os estudantes valorizam a possibilidade de estarem inseridos na atenção básica ao iniciar uma prática profissional, bem como de acompanharem uma família vinculada à unidade de saúde, onde podem conhecer a realidade em que as pessoas moram e vivem identificando suas necessidades de saúde e propondo possíveis estratégias de intervenção. Embora reconheçam nesta modalidade de ensino, um importante valor para a formação geral do médico, não vêem nela um preparo para seu futuro mercado de trabalho, sendo que praticamente a metade dos estudantes, mostra uma opção por áreas especializadas da medicina.

Palavra chave: Educação médica, Estudante de Medicina, Atenção Básica à Saúde.

ABSTRACT

This work is a study on the perception that medical students have about the meanings of participation in a subject of primary health care. It seeks to understand through those perceptions which contributions this modality brings to attend the profile of the graduated physician, indicated by the national curriculum guidelines. For the accomplishment of such study, were collected data from students who are taking or have taken this subject, as well as to observe their social profile and their impressions about the Medicine College. The qualitative and quantitative analysis of the data show as results that the students value the possibility of being inserted in the basic attention starting a professional practice, as well to accompany a family connected to a health unit, where they can get to know the reality in which those people live, identifying their health necessities and proposing possible intervention strategies . Although they recognized this subject as an important formative value, they do not see in it a preparation for their future labor market, considering that practically half of the students show an option for specialized areas of Medicine.

Key words: Medical Education, Medicine student, Primary health care

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - ESTUDO COMPARATIVO ENTRE CANDIDATO-VAGA PARA RESIDÊNCIA MÉDICA/ ESPECIALIDADES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA/ OUTRAS ESPECIALIDADES.....	29
TABELA 2 - EMPREGOS PÚBLICOS EM SAÚDE POR ESFERA DE GOVERNO – BRASIL 1980 E 2005.....	34
TABELA 3 – RELAÇÃO ENTRE IDADE/GÊNERO/ESCOLA/TRABALHO REFERENTE AOS ESTUDANTES INGRESSANTES NA DISCIPLINA AIS-II.....	78
TABELA 4 - RELAÇÃO ENTRE GÊNERO/ESTILO DE VIDA E ESTUDO REFERENTE AOS ESTUDANTES INGRESSANTES NA DISCIPLINA AIS-II.....	79
TABELA 5 - RELAÇÃO ENTRE FAMÍLIA/PLANO DE SAÚDE E CARRO REFERENTE AOS ESTUDANTES INGRESSANTES NA DISCIPLINA AIS-II.....	80
TABELA 6 - RELAÇÃO ENTRE GÊNERO/SAÚDE/CONDUTA REFERENTE AOS ESTUDANTES INGRESSANTES NA DISCIPLINA AIS-II.....	81
TABELA 7 - RELAÇÃO GÊNERO MASCULINO/RAZÃO ESCOLHA DO CURSO DE MEDICINA/PONTUAÇÃO ENTRE OS ESTUDANTES INGRESSANTES NA DISCIPLINA AIS-II.....	82
TABELA 8 - RELAÇÃO GÊNERO FEMININO/RAZÃO ESCOLHA DO CURSO DE MEDICINA/PONTUAÇÃO ENTRE OS ESTUDANTES INGRESSANTES NA DISCIPLINA AIS-II.....	83
TABELA 9 - RELAÇÃO ENTRE GÊNERO MASCULINO/ SATISFAÇÃO/ SEQUÊNCIA NO CURSO REFERENTE AOS ESTUDANTES INGRESSANTES NA DISCIPLINA AIS-II.....	83
TABELA 10 - RELAÇÃO ENTRE GÊNERO FEMININO/SATISFAÇÃO/SEQUÊNCIA NO CURSO ENTRE OS ESTUDANTES INGRESSANTES NA DISCIPLINA AIS-II.....	83
TABELA 11 - RELAÇÃO ENTRE GÊNERO/INTERESSE NAS ATIVIDADES UBS ENTRE OS ESTUDANTES INGRESSANTES NA DISCIPLINA AIS-II.....	86
TABELA 12 - RELAÇÃO ENTRE GÊNERO/DIFICULDADES INTERPESSOAIS ENTRE OS ESTUDANTES INGRESSANTES NA DISCIPLINA AIS-II.....	86
TABELA 13 – DIFICULDADES COM A PRÁTICA MÉDICA/GÊNERO ENTRE OS ESTUDANTES INGRESSANTES NA DISCIPLINA AIS-II.....	88

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: TIPOLOGIA DE ESCOLAS MÉDICAS	38
Quadro 2: TIPOLOGIA DE ESCOLAS MÉDICAS.....	39

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - PUBLICAÇÃO DE TESES E DISSERTAÇÕES, SOBRE
EDUCAÇÃO MÉDICA/ BANCO DE DADOS CAPES/ PERÍODO 1990-2009.. 37

LISTA DE SIGLAS

- AB – Atenção Básica
- ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica
- ABP – Aprendizagem baseada em problemas
- ABRAPSO – Associação Brasileira de Psicologia Social
- ABRASCO – Associação Brasileira de Pós graduação em Saúde Coletiva
- ACS – Agente Comunitário de Saúde
- AIS – Atenção Integral a Saúde
- AIMC – Atenção Integral a Saúde da mulher e da criança
- AMB – Associação Médica Brasileira
- AMS/IBGE – Assistência Médico-Sanitarista/ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- AP – Atenção Primária
- APS – Atenção Primária a Saúde
- CAEM – Comissão de Avaliação das Escolas Médicas
- CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de pessoal de nível superior
- CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
- CEPE - Conselho De Ensino, Pesquisa e Extensão
- CFM – Conselho Federal de Medicina
- CFPC – Colégio de Médicos de Família
- CINAEM – Conselho Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas
- CNE – Conselho Nacional de Educação
- DAB – Departamento de Atenção Básica
- DCN – Diretrizes Curriculares Nacional
- DMPR - Departamento de Medicina Preventiva
- FAMEMA – Faculdade de Medicina de Marília
- FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
- FMUSP – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
- GP - General Practitioners
- IDA – Integração Docente Assistencial
- IES – Instituição de Ensino Superior
- INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

LISTA DE SIGLAS (continuação)

LDB – Lei de Diretrizes e Bases

MFC – Medicina da Família e Comunidade

MP – Metodologia da Problematização

MS – Ministério da Saúde

NHS – Servicio Nacional de Salud

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

PACS – Programa Agente Comunitário de Saúde

PAG – Prática de Ambulatório Geral

PBL – Problem-based learning (Ensino baseado em problemas)

PET-SAÚDE – Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde

PGC – Pediatria Geral e Comunitária

PIB – Produto Interno Bruto

PROMED - Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas

PRÓ-SAÚDE – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

REME – Movimento de Renovação Médica

SBMFC - Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

SINAES – Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UEL – Universidade Estadual de Londrina

UFF – Universidade Federal Fluminense

UFPR – Universidade Federal do Paraná

UNI – Universidade Integração Comunidade

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

UNICENP – Centro Universitário Positivo

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

UPP - Unidade Educacional de Prática Profissional

USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: PRINCIPAIS MOVIMENTOS.....	17
2.1. A Medicina Social.....	17
2.2. O Modelo Flexneriano.....	18
2.3. O Modelo Dawsoniano.....	20
2.4. A Medicina Preventiva.....	22
2.5. A Medicina Integral.....	22
2.6. A Medicina Comunitária.....	23
2.7 A Reforma Sanitária.....	24
2.8. A Atenção Básica à Saúde.....	26
3. A ESCOLA MÉDICA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.....	31
3.1. A relação entre a economia, o ensino médico e a organização dos serviços de saúde.....	31
3.2. A Expansão dos serviços de saúde.....	34
3.3. A Expansão e as mudanças na escola médica.....	36
3.4. A experiência das escolas médicas, na atenção básica à Saúde.....	39
4. A EXPERIÊNCIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ – UFPR NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.....	47
Módulo 1: Aspectos Legais, Instrumentos Didático Pedagógicos e a Atividades Desenvolvidas.....	48
Módulo 2: Aspectos Formativos.....	56
Módulo 3: A Interface entre a Medicina e a Psicologia Social Comunitária...	60
5. CAMINHOS METODOLÓGICOS.....	64
6. RESULTADOS ENCONTRADOS.....	66
6.1. Estudante Egresso.....	67
6.2. Estudante Ingressante.....	77
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
8. REFERÊNCIAS.....	101
9. ANEXOS.....	108

1. INTRODUÇÃO

A Reforma Educacional Brasileira, através da LDB¹, semelhante ao que ocorre em outros países, têm como parâmetro, a necessidade de contextualizar a educação, aproximando o mundo da escola, do mundo do trabalho e das pessoas, o que traz no caso da educação médica a necessidade de integração entre o ensino, o serviço e a comunidade.

A partir de 2001, após a promulgação das diretrizes curriculares nacionais (DCN- Anexo 1) para graduação em medicina, observa-se em praticamente todas as escolas médicas mudanças curriculares no sentido de contemplar os indicativos propostos para atingir o perfil de um médico formado com as seguintes características:

O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitadas 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. (DCN - Art. 3º)

Frente à base humanista apontada, espera-se deste estudante, futuro médico, uma atitude, com uma prática de acolhimento, na construção de vínculos e uma responsabilização frente às situações encontradas, respeitado seu grau de autonomia. Que ao acolher as pessoas, este estudante, tenha uma visão crítica e reflexiva, para perceber que o processo saúde-doença agrega, além do componente biológico, vários determinantes que impactam a saúde das pessoas, tanto a nível individual, como coletivo (Art. 6º- II)².

Como promotor integral da saúde do ser humano fica o desafio de reconhecer, frente ao cuidado ofertado, a importância e a necessidade de dialogar com os vários níveis de atenção e com os outros profissionais ligados ao setor de saúde (Art. 5º - XXI)³. Também é importante aproximar-se de outros setores, fora do setor saúde, mas que nela interferem, através de uma rede intersetorial⁴.

¹ LDB (9394/96). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm Acesso em 10/09/2008

² DCN – 2001: Art. 6º-II: Compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individuais e coletivos, do processo saúde-doença.

³ DCN – 2001: Art. 5º-XXI: Atuar em equipe multiprofissional.

⁴ Rede Intersetorial é a articulação objetiva das ações interinstitucionais e a interação entre seus agentes, para potencialmente trabalharem em uma rede. (KISS, SCHREIBER, OLIVEIRA – 2007).

Frente ao senso de responsabilidade social sinalizado, é importante também buscar atitudes e valores orientados para a cidadania (Art. 12º – III)⁵, reconhecendo o papel social do médico (Art. 5º - XX)⁶ e que este possa na interface com a comunidade e no reconhecimento de suas necessidades, atuar como um agente de transformação social (Art. 5º - I)⁷, analisando os problemas da sociedade e procurando soluções para os mesmos (Art. 4º- I)⁸.

Na Universidade Federal do Paraná (UFPR) coerente com as Diretrizes Curriculares, reestruturações implementaram as disciplinas de atenção integral à saúde (AIS-I e AIS-III), buscando deslocar parte do ensino médico do Hospital de Clínicas para a Unidade de Saúde. Reconhecemos a dedicação, o interesse demonstrado por setores da escola e do serviço neste processo, o qual muitas vezes tem sido apoiado em relações pessoais, para viabilizar esta implantação; ocorre que seu desenvolvimento envolve mudanças no modelo de atenção e ensino, que certamente transcendem gestos de boa vontade, demandando das estruturas envolvidas um compromisso político de afirmação.

Como professor responsável pela disciplina, e pelo acompanhamento de um grupo de estudantes, nota-se entre eles o início de uma prática profissional no atendimento das patologias mais frequentes como diabetes, hipertensão arterial, infecções respiratórias, tendo a possibilidade de acompanhamento e/ou resolução da maior parte das situações apresentadas. Em complemento a esta atividade, os estudantes têm a possibilidade de acompanhar uma família reconhecendo nas suas condições de viver e morar outros elementos que compõem o processo saúde-doença, buscando de forma dialogada, propor as intervenções possíveis. Através destas atividades, dentro e fora da unidade de saúde, o estudante pode desenvolver uma forma integral de cuidado, resgatando o equilíbrio entre a formação técnica e uma postura socialmente responsável.

Assim, a educação médica demanda novos desenhos curriculares, novos cenários de ensino aprendizagem, com metodologias ativas de ensino,

⁵ DCN – 2001: Art. 12º-III: Incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no estudante atitudes e valores orientados para a cidadania.

⁶ DCN-2001: Art. 5º-XX: Ter visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde.

⁷ DCN – 2001: Art. 5º-I: Promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social.

⁸ DCN – 2001: Art. 4º -I: “sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos”

*problematizadoras*⁹ apoiada em uma integração entre o ensino, o serviço e a comunidade.

Deste modo, enquanto proposta pedagógica curricular e obrigatória, a instalação da disciplina de atenção integral a saúde é uma oportunidade na formação médica de refletir sobre a complexidade que cerca o viver e o adoecer, repensando o papel da escola médica e do serviço de saúde frente às necessidades concretas de saúde da população. São estas necessidades que deveriam nortear a formação médica, tendo uma relação ética, socialmente comprometida, trazendo questionamentos sobre o atual modelo de atenção à saúde, o qual em muitas situações subjulga a relação médico-paciente, a interesses de mercado, frustrando os atores diretamente envolvidos.

Mas, se de um lado as Diretrizes Curriculares definem a formação de um profissional generalista como promotor da saúde integral (conforme DCN art 3º), de outro lado, o perfil do médico formado nas últimas décadas mantém uma forte influência positivista, cientificista, biologicista, frente ao processo saúde-doença, priorizando o hospital como cenário de ensino e tratamento, centrado e aberto a conhecer e agregar tecnologias de investigação e tratamento, em um modo de trabalho individualista, medicalizante. Persiste uma prática médica, cujas relações de trabalho é idealizada como liberal, autônoma, francamente voltada para as especialidades médicas e pouca formação na área de humanidade (AMORETTI, 2005, p.140).

Diante destes cenários, entre o perfil do médico apontado pelas Diretrizes Curriculares e o perfil do médico descrito percebe-se que a formação desejada agrega potencialidades, fragilidades, incertezas, frente ao novo, a mudança, o que motiva esta pesquisa, em especial junto aos estudantes, os quais estão convivendo com esta implantação.

Tem-se por pressuposto que a formação médica, na UFPR, prioriza o hospital, com suas enfermarias e ambulatórios como cenário de ensino-aprendizagem. Nestes espaços o enfoque é biomédico, apoiado em tecnologias francamente voltado para as especialidades médicas. As patologias que os estudantes acompanham são as menos frequentes e com grande complexidade orgânica. O modelo de ensino está centrado no professor, seja nas aulas teóricas ou

⁹ Esta metodologia será melhor abordada no capítulo 4.

diante dos pacientes, na forma de transmissão de conhecimento, sendo pouco utilizadas as metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

Reconhece-se, portanto, que diferente do ambiente hospitalar classicamente consagrado e valorizado entre os estudantes, na atenção básica à saúde é preciso compreender qual a importância e o valor por eles atribuído, atuando neste local decorrendo daí o nosso problema de pesquisa: Quais as concepções dos estudantes de medicina da UFPR, em relação aos aspectos psicossociais e educativos envolvidos na formação médica, quando esta ocorre na atenção básica à saúde?

Para atender ao objetivo proposto pretende-se identificar o perfil psicossocial destes estudantes e as razões que os levaram ao curso de medicina, bem como conhecer as dificuldades e contribuições por eles apontadas sobre a atuação na atenção básica à saúde dentro e fora da Unidade de Saúde.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, inicialmente será realizada uma reflexão sobre os vários movimentos relacionados com a abordagem do processo saúde-doença, no percurso das “várias medicinas” e suas contribuições para a construção do sistema de saúde do país, o qual tem, na atenção básica à saúde sua porta de entrada. Pretende-se neste capítulo compreender, como este nível de atenção tem se estruturado, seja em formas tradicionais de atendimento ou voltadas para o *programa saúde da família (PSF)*. Busca-se também, identificar, o interesse médico para atuar na atenção básica à saúde a partir de escolhas por vagas em residência médica.

Na sequência, será realizada uma reflexão sobre a interface entre a economia, o ensino médico e a organização dos serviços de saúde. Aponta-se a expansão destes serviços, das escolas médicas e a transição que nelas ocorrem visando atender os indicativos das Diretrizes Curriculares. Será trazida a experiência de algumas escolas médicas no país, que vem mantendo parte do ensino médico na atenção básica à saúde.

Posteriormente será tratada a experiência da UFPR, junto à atenção básica à saúde, a partir de 3 módulos. No primeiro, apresentamos o processo de instalação das disciplinas curriculares, na atenção básica à saúde considerando seus aspectos legais, as estratégias didáticas pedagógicas utilizadas e o processo de desenvolvimento desta modalidade de ensino nos últimos quinze anos. No segundo

módulo nos ocuparemos do aspecto formativo nesta modalidade de ensino e sua repercussão e receptividade entre os professores e a escola médica.

Finalmente no terceiro módulo abordaremos a interface entre a medicina e a psicologia social comunitária, considerando sua experiência acumulada em trabalhos, junto à comunidade.

Para a realização desta pesquisa, realizou-se um levantamento bibliográfico junto ao banco de teses e dissertações da CAPES, USP, UNICAMP, FIOCRUZ, bem como artigos científicos e livros relacionados com a educação médica. Observou-se também, os relatos de estudantes que cursaram ou estão cursando a disciplina de atenção integral à saúde, sendo que a metodologia a ser utilizada está detalhada no quinto capítulo deste trabalho.

2. PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: PRINCIPAIS MOVIMENTOS

Neste capítulo será apontado de que forma tem sido abordado o processo saúde-doença, ao longo dos últimos anos, seus enfoques, movimentos e implicações frente aos atores envolvidos sejam eles o serviço, a escola médica e a sociedade.

2.1 A Medicina Social

Ao longo dos séculos a área da saúde, com suas particularidades de organização mediada por interesses específicos, apresenta em relação a sua inserção social, distintas composições, dependendo das relações entre a sociedade e o Estado. No século XVIII, os discursos sociais (em relação à saúde) que surgem na Europa Ocidental são focados na higiene, no individual, com aspecto moralizante na sua abordagem. Um exemplo são as práticas de abandono do aleitamento materno, que impingia a mãe uma condenação de cunho moral¹⁰, tendo a medicina um caráter disciplinador, fiscalizador, autoritário, intervindo no seio da família (MARQUES, 2001). Algumas práticas contemporâneas de educação em saúde, como por exemplo, os aspectos ligados à contracepção, produzem constrangimentos semelhantes aos daquela época.

¹⁰ Neste período médicos e pedagogos passaram a associar orientação médica com orientação moral.

No século seguinte em países como a França, Inglaterra e Alemanha, em função da revolução industrial (PAIM e FILHO, 1998), há um grande impacto na vida das pessoas. A organização das classes trabalhadoras, naquele contexto, traz reivindicações ligadas as condições de trabalho, moradia, que interferem na saúde (ROS, 2004), lançando as bases da medicina social, termo cunhado por Jules Guérin em 1848:

"Em lugar de aplicações vacilantes e isoladas agrupadas em títulos como polícia médica, higiene pública ou medicina legal, chegou a hora de reunir estes fatos dispersos, regularizá-los em um todo e de levá-los à sua significação mais elevada, sob o nome , mais apropriado para suas funções, de medicina social" (GUÉRIN, 1848, p. 183 apud NUNES, 2005).

A causalidade das doenças a partir do componente social seria, entretanto, minimizada no fim deste século, em face de eclosão do componente bacteriológico, como causa central das doenças, havendo um esvaziamento da medicina social, cujas bases doutrinárias ficariam adormecidas, despertando em períodos posteriores.

Após este período durante o século XX, percebe-se uma polaridade relacionada com a saúde tendo de um lado um modelo com enfoque curativo, biológico, chamado flexneriano e de outro lado um modelo (dawsoniano) que pensava a medicina curativa e preventiva de forma integrada e inseparável, considerando o cuidado ofertado às pessoas.

2.2. Modelo Flexneriano

O modelo predominante na formação médica em nosso país foi e é fortemente influenciado por um modelo chamado Flexneriano, o qual teve origem no início do século, 1910, como resultado da avaliação do ensino médico (currículos/concepções) nos Estados Unidos e Canadá, através de um educador americano chamado Abraham Flexner.

Ocorre que, naqueles países, havia uma proliferação de escolas médicas com abordagens terapêuticas diversas, sem padronização, podendo ou não estar vinculada a instituição de ensino, sem critérios para acesso e duração do curso. Há relatos que Flexner visitou pessoalmente as 155 escolas médicas existentes, em um período de 180 dias, avaliando e sugerindo o funcionamento de apenas 31 delas. Entre 1910 a 1922, seu relatório teve grande impacto, sendo que o Estados Unidos

da América (EUA) passou de 131 para 81 escolas médicas, sendo que das sete escolas para negros, cinco foram fechadas, bem como três que se destinaram as mulheres. Das 20 escolas médicas homeopáticas, 16 delas foram fechadas (NUNES, 2010).

Pela proposta de Flexner, os cursos teriam a duração de quatro anos, sendo os dois primeiros (ciclo básico) realizados em laboratórios e o restante (ciclo clínico), realizado em hospital, considerado local de excelência para o estudo das doenças, pois como ele dizia: “O estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta” (FLEXNER *apud* PAGLIOSA e DA ROS, 2008, p.496).

Deste modo, os hospitais transformaram-se no principal local para o conhecimento médico, advindo daí o termo *ensino hospitalocêntrico*. Nos anos seguintes com o desenvolvimento da fisiologia, da anatomia e da patologia, aprofunda-se o paradigma, sendo eleito o determinante biológico individual e curativo central na abordagem do processo saúde-doença.

Este educador produziu um documento conhecido como Relatório Flexner, cujos princípios e parâmetros, nortearam o pensamento médico até os dias de hoje, em praticamente todo o mundo (PAGLIOSA e DA ROS, 2008). A concepção deste documento, embasada no filósofo francês René Descartes, compreendia o corpo humano como uma máquina, um grande engenho ou um relógio, cujas partes se encaixariam de forma ordenada. Nesta lógica, a doença seria interpretada como uma avaria – que poderia ser temporária ou definitiva - de um determinado componente e o tratamento – ou seja, a cura - seria o conserto da máquina (CAPRA, 1999). Esta visão, mecanicista, biologista, reducionista, trouxe grande influência tanto no ensino médico quanto na organização dos serviços de saúde.

Esta visão centrada em partes do corpo humano fragmentou o conhecimento, desencadeando o surgimento de várias especialidades médicas. A evolução das especialidades médicas nos EUA pode ser observada nos seguintes dados: 1917 oftalmologia, 1924 otorrinolaringologia, 1927 ginecologia-obstetrícia, 1932 dermatologia, 1933 pediatria, 1934 cirurgia ortopédica, psiquiatria, neurologia, radiologia, 1935 proctologia, urologia, 1940 cirurgia neurológica, 1947 medicina física, 1948 medicina preventiva e saúde pública, 1950 cirurgia torácica. Como nos EUA, em outros países esta busca pela especialização médica é demonstrada atualmente pela proporção de médico especialista no mercado de trabalho: Suécia

90%, Alemanha 81%, Dinamarca 71%, Países Baixos 67%, Espanha 63%, França 50%, Canadá 49%, Bélgica 46%, Reino Unido 40% (STARFIELD, 2002).

No Brasil, dados relacionados com a especialização, segundo o Ministério da Saúde em 2005, mostra que das 21.306 vagas de residência médica, apenas 46% estão voltados para a atenção básica. Considerando que a oferta de vagas de residência em nosso país é feita 73% no serviço público são dados que apontam uma política pública voltada para a especialização.

Esta segmentação do cuidado médico tem sido questionada nas últimas décadas o que também ocorreu com o próprio autor do modelo. O próprio Flexner 15 anos após o seu relatório reconheceu que o currículo médico deu mais peso para os aspectos científicos da medicina, diminuindo a importância dos aspectos sociais e humanistas, quando escreveu “A medicina científica na América jovem, rigorosa e positivista é hoje tristemente deficiente de base cultural e filosófica”.(FLEXNER apud OLIVEIRA, 2007, p.12)

2.3 Modelo Dawsoniano

O modelo Dawson, cujo nome deriva do ministro Bertrand Dawson, da Inglaterra, surge em um contexto (1920) pós primeira guerra mundial buscando dar uma resposta às necessidades sociais da população, entre elas a saúde, através de uma nova organização de serviços de saúde, integrando a chamada medicina preventiva e a medicina curativa. Na busca de um cuidado integral, sinaliza dar suporte para cuidados domiciliares, que estariam interligados a centros de atenção primária, os quais teriam o suporte de laboratórios e exames radiológicos. As situações mais complexas seriam referendadas a centros secundários de atenção, que estariam ligados a hospitais, preferencialmente, hospitais de ensino.

Desta forma o nível primário de atenção, seria uma porta de entrada para o sistema, empregando o médico generalista “*General practitioners*”, o qual já trabalhava como autônomo e/ou contratado pelo seguro social na região (KUSCHNIR E CHORNY, 2010). Portanto a proposta de Dawson contava com os médicos e os hospitais na construção deste sistema.

Como os centros de saúde estariam distribuídos por várias regiões, vilas, lugarejos, discutiam-se formas de transporte, quando houvesse necessidade de outros níveis de atenção, buscando garantir o acesso, o que caracterizava um

pensamento intersetorial na abordagem da saúde. Do mesmo modo estava previsto para compor a equipe o “visitador sanitário”, antecipando o que seria hoje o agente comunitário de saúde. (CAMPOS, 2009, a).

Para o encaminhamento aos especialistas, haveria uma uniformização das histórias clínicas, o que aponta para o que hoje chamamos de prontuário médico, ou seja, quando o paciente fosse encaminhado para outro nível de atendimento, ele levaria uma cópia de sua história clínica com seus dados. Quando o paciente fosse encaminhado ao nível secundário e pela complexidade ao nível hospitalar, estaria sendo contemplada a integração do cuidado, do domicílio ao hospital, sendo que uma frase do relatório ilustra a proposta:

O pessoal adscrito ao centro de saúde, poderia acompanhar o processo em que interferiram desde o começo, familiarizar-se com o tratamento adotado e apreciar as necessidades do paciente depois de seu regresso ao lar. Kuschnir e Chorny (2010, p.2309)

Ou seja, a idéia é a de que os profissionais estivessem integrados ao sistema, não havendo um antagonismo entre atenção primária e hospital, a hierarquização dizia respeito apenas à complexidade, mas a valorização do trabalho seria a mesma, portanto a diferenciação seria a infraestrutura de cuidado e não a competência profissional; ou seja, o nível primário de atenção e o hospitalar eram compreendidos como indissociáveis no sistema, atendendo as mesmas pessoas, conforme as suas necessidades, atuando de forma complementar.

Pelos dados expostos o relatório Dawson é considerado um dos primeiros documentos que associa políticas públicas com a criação de sistemas nacionais de saúde, cujas diretrizes podem ser percebidas em particular, na criação de nosso sistema de saúde, uma vez que um funcionamento em rede, tendo como base a regionalização dos serviços, com hierarquização em função da complexidade e integração da medicina preventiva com a curativa, estão previstos na construção do sistema único de saúde (CAMPOS, 2009a).

Certamente uma proposta com esta dimensão controversa, acabaria tocando em interesses particulares, como os hospitais filantrópicos, que deixariam de ser autônomos, quando integrados ao sistema, bem como os custos na construção e manutenção da infraestrutura necessária em várias regiões do país. Estes foram entraves, que naquele momento, frustraram a instalação das propostas de Dawson.

Somente em 1942 através do *relatório Beveridge*, são retomadas as discussões preconizadas anteriormente e após 6 anos de intensos debates, é instalado o sistema nacional de saúde inglês, cujo funcionamento termina por influenciar, com adaptações, a praticamente todos os sistemas nacionais de saúde (KUSCHNIR E CHORNY, 2010).

2.4 A Medicina Preventiva

Na década seguinte (*Colorado Springs – 1952*) discussões apontam para a criação dos Departamentos de Medicina Preventiva, substituindo as antigas cátedras de higiene do início do século. O entusiasmo frente a estas mudanças difunde-se na Europa e na América Latina, e com o apoio da OPAS (Organização Panamericana da Saúde), ocorrem seminários no Chile (1955) e no México (1956) para a implantação da medicina preventiva (AROUCA, 1975). O impacto deste movimento no caso da Europa, que já apresentava um sistema de saúde, universalizado e hierarquizado foi pequeno, tanto para a escola como para o serviço. Na América Latina, por conta das reformas curriculares, seu impacto fica mais focado na criação dos Departamentos de Medicina Preventiva com baixo impacto nos serviços (PAIM E FILHO, 1998). As propostas da medicina preventiva em nível das escolas têm um enfoque mais quantitativo, relacionado ao número de escolas, a proporção aluno professor, as cargas horárias, o número de leitos hospitalares, com mudanças superficiais. As propostas de extensão para a comunidade, são compreendidas como um “laboratório”, predominando o modelo tradicional de ensino (PEREIRA e ALMEIDA, 2005). Os Departamentos de Medicina Preventiva, os quais propunham estruturar a aprendizagem fora do hospital, na prevenção de doenças, mantêm um forte enfoque biologicista, reforçando a dicotomia entre assistência e prevenção e mantendo o modelo médico vigente.

2.5 A Medicina Integral

Foi um movimento com origem nos EUA, associado com a formação médica, porquanto ela mostrava-se progressivamente reducionista, fragmentada, abordando aspectos específicos do corpo humano, em detrimento de aspectos psicológicos e sociais. Fortalece suas críticas nos currículos médicos, que separava o curso em

dois ciclos, o básico e o clínico, sugerindo que o ciclo clínico deveria ocorrer fora dos hospitais, nas comunidades, para observar aspectos da vida das pessoas, que poderiam estar envolvidos com o adoecimento, estimulando práticas médicas, menos voltadas para as especialidades. Portanto a medicina integral preconizava uma mudança de atitude do médico formado para além da visão reducionista do modelo biomédico, a partir de novas composições curriculares (MATTOS, 2001). Não é difícil perceber traços desta medicina em algumas iniciativas, ligado ao internato rural, nos programas desenvolvidos pela medicina preventiva e mais recentemente nas diretrizes curriculares nacionais.

2.6 A Medicina Comunitária

Na década de 60, movimentos dentro e fora dos EUA, passam a focar sua atenção em grupos minoritários, segregados; Na prática propunha o que se chamaria de “tecnologia apropriada” ou “medicina simplificada”, contrapondo-se a explosão de consumos tecnológicos em curso. Esta propõe a participação da comunidade, muitas vezes de forma voluntária, visando preencher as lacunas entre a medicina pública e a privada, articuladas as escolas médicas, o que no caso do governo americano (Kennedy), seria uma política de “combate a pobreza” (PAIM, 2008). Este movimento teve mais repercussão em países periféricos, possibilitando a inclusão de grupos marginalizados, com pouco impacto no modelo vigente, sendo que a sua inserção ocorreu tanto em países industrializados como em países subdesenvolvidos, embora com um quadro de morbidade distinto. Esta inserção através da escola buscava dar resposta às necessidades da população, bem como trazer para dentro do órgão formador uma reflexão, uma possibilidade de conscientização para a mudança do profissional formado. Esta escola reflexiva e conscientizadora tiveram neste período um retrocesso, face ao regime de exceção instalado no país, ressurgindo na década seguinte em um movimento conhecido como Movimento da reforma sanitária.

2.7 A Reforma Sanitária

Na década de 70 surge no Brasil um movimento contra hegemônico chamado de *Movimento da Reforma Sanitária*, oriundo de seguimentos da medicina social, da medicina comunitária, da medicina integral, e que buscam em um período de ditadura militar, resgatar práticas democráticas, propondo uma nova estruturação na organização dos serviços de saúde, visando incluir parcelas importantes da população, cujo acesso era restrito (PAIM, 1997).

Este movimento, dentro do país, encontra-se em sintonia com a Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde (Declaração de Alma-Ata, 1978, anexo 2), sinalizando que a saúde é um direito humano fundamental estabelecendo como meta para os países: “saúde para todos no ano 2000”, elegendo os cuidados primários, a saúde, como peça fundamental para este objetivo. Portanto a partir de Alma-Ata há um consenso sobre a necessidade de reformas na organização do setor saúde, tanto em países de baixa renda, como em países industrializados (STARFIELD, 2002).

Outro marco importante vem do Ministro da Saúde do Canadá, Marc Lalonde, que levanta questionamentos sobre a casualidade das doenças, verificando que o estilo de vida e as condições do meio ambiente estavam relacionados com 80% das causas das doenças, questionando o papel exclusivo da medicina na solução dos problemas, mostrando a necessidade de ampliar a compreensão ligada ao adoecimento.

Nos anos seguintes, cinco Conferências Internacionais sobre a Promoção da Saúde (Ottawa, 1986; Adelaide, 1988; Sundswall, 1991; Jacarta, 1997 e México, 2000) foram marcas que reforçaram a necessidade de novos olhares.

Uma crítica que surge em relação ao Relatório Lalonde, é o destaque que é dado ao papel que cumpre a “sensação de controle pessoal sobre a doença” (CARVALHO, S.R., 2005, p.49), mantendo ausentes temas como sujeitos sociais, estruturas sociais, capitalismo e mesmo categorias como pobreza, iniquidade social, desemprego, condições de trabalho, democracia entre outros. Assim a estratégia de estilo de vida¹¹ excluía as obrigações do Estado em relação aos seus compromissos sociais, responsabilizando os indivíduos e grupos por seus problemas saúde. De

¹¹ Estilo de vida aqui significado como um agregado de decisões individuais que afetam a saúde e sobre o qual as pessoas tem maior ou menor controle. (CARVALHO, S.R., 2005).

certa forma o documento de Alma-Ata ao cobrar da comunidade internacional, dos governantes e dos trabalhadores uma mobilização para garantir a proteção de saúde de toda a humanidade, aponta lacunas no documento Lalonde. Em 1998 (OMS), conceitua a promoção da saúde:

Para a OMS a Promoção da Saúde representa uma estratégia de mediação de pessoas e seu meio ambiente que combina a escolha pessoal e responsabilidade social para a saúde, a fim de se criar um futuro mais saudável.

Conclui:

As oportunidades para se fazer escolhas saudáveis (considerando que) as pessoas só podem alcançar seu potencial máximo de saúde se puderem ter o controle sobre os determinantes da saúde” (OMS, 1998).

No Brasil, os movimentos populares, setores da igreja, o nascente movimento da medicina comunitária no Rio Grande do Sul (Murialdo), as experiências da UEL (Londrina), do CEBES (1976), da ABRASCO (1979) e em parte da categoria médica (REME), acabam por encontrar um terreno fértil para mudanças na década de 80. Isto deve-se em parte por uma seria crise econômica que trazia ao Estado restrições de investimentos em saúde, e tornava bem vindo políticas racionalizadas de custo, como os reformistas apregoavam (CORTES, 2009). De outro lado, o crescente movimento de redemocratização do país foram ingredientes favoráveis para a promulgação do Sistema Único de Saúde para o nosso país.

Como entre os princípios do SUS encontrava-se a valorização de uma rede de serviços de atenção básica, coerente com o relatório Dawson em 1920 e a Declaração de Alma-Ata 1978, entra-se na década de 90 buscando uma estratégia que oriente a organização do sistema de saúde aproximando as políticas públicas, das necessidades de saúde da população (GIOVANELLA *et al*, 2009), visando estruturar a atenção básica à saúde.

2.8 Atenção Básica a Saúde¹²

Na época da promulgação da Constituição em 1988, o país apresentava uma rede de atendimento a nível federal (Posto do INAMPS), a nível estadual (Centros de Saúde) e alguma oferta municipal. Considerado um dos princípios do SUS, ocorreu a descentralização das ações com a municipalização da saúde.

Com o passar do tempo, houve uma ampliação gradativa da rede municipal, com definição de áreas de abrangência e políticas voltadas para a vigilância da saúde para grupos específicos como a criança, a mulher, o adulto e posteriormente a saúde mental, ampliando para além do leque assistencial curativo, ações de educação em saúde e promoção da saúde para a população *adscrita* a uma unidade de saúde.

A partir de 1991, através da criação do PACS (Programa Agente Comunitário de Saúde), o sistema de saúde passa a contar com uma estratégia para a mobilização de forças sociais da população, estimulando a integração entre o serviço e a comunidade (FURLAN, 2008).

O Agente comunitário de saúde é um profissional, oriundo da comunidade e integram-se as equipes de saúde, trabalhando de forma dialogada com a população, buscando através de sua prática, ser um agente educador enquanto interface com as famílias.

Ocorre que a casa, local de sua atuação, é um espaço privado, surgindo à necessidade de construção de relacionamento, confiança, sendo relatados em suas atividades, conflitos que associados aos limites do setor saúde, o qual ele representa, trazem envolvimento emocional, sofrimento e prazer durante seu trabalho (JARDIM e LANCMAN, 2009).

Seu trabalho pode ocorrer de duas formas: Atuando como apoio para uma unidade básica de saúde ou como membro de uma equipe multiprofissional, no caso em que a unidade de saúde trabalha na estratégia saúde da família.

¹² De forma recorrente discute-se qual o melhor termo quando nos referimos ao primeiro nível de atendimento na saúde. Segundo Mello, Fontanella e Piva (2009), os termos “Atenção Básica”, “Atenção Primária” e “Atenção Primária a Saúde” podem ser utilizadas como sinônimos, na maioria das vezes, sem que isto se torne um problema conceitual. O termo Atenção Primária (AP) tem sido utilizado na referência sobre dados internacionais e o termo Atenção Básica (AB) tem sido utilizado nos documentos do Sistema Único de Saúde.

O trabalho realizado na atenção básica, pelos agentes comunitários de saúde, levando e trazendo informações (entre o serviço de saúde e a comunidade), esclarece e fortalece estratégias de planejamento e enfrentamento dos agravos de saúde. Assim como o agente comunitário de saúde, outros profissionais, como fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, massoterapeuta, médicos especialistas, são exemplos de saberes que reforçam a interdisciplinaridade. Em recente palestra, realizada em Curitiba-Pr, Campos (2009, b), enfatiza que a complexidade que cerca a vida das pessoas exige estratégias que vão do estímulo ao auto cuidado na atenção básica, até a aproximação dos múltiplos saberes na saúde, na forma de um trabalho interdisciplinar. A forte tendência da estruturação dos saberes com uma especialização progressiva gera a necessidade da criação de mecanismos que aproximam visões extremamente particulares, para enfoques mais ampliados, visando à compreensão do adoecimento.

Esta forma de atuar na atenção básica para além da unidade de saúde, como ocorre com o agente comunitário de saúde, foi potencializada a partir de 1994, através de uma política pública “Estratégia Saúde da família”. A qual prevê uma vinculação entre um conjunto de famílias com uma equipe multiprofissional. Esta estratégia inicialmente desencadeada para o fortalecimento da implantação do SUS posteriormente assume o lugar de uma política de reorientação do modelo assistencial (Portaria nº. 648, MS, 2006), através da implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde como definido a seguir:

“Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção de saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”.
(MS, BRASIL, 2006)

Segundo Campos (*et al*, 2002), o PSF do Brasil é semelhante à experiência internacional, em relação à promoção e prevenção, embora seja inédito quando pressupõe um trabalho multiprofissional, cuja equipe busca a integralidade do cuidado.

São relatados avanços em relação à cobertura dos serviços, ilustrado pelos números divulgados pelo DAB¹³ (Departamento de Atenção Básica, 2010) onde

¹³ DAB: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php> Acessado em 20/04/2010.

temos uma cobertura de 50,8% para o (PSF), 49,8% para a (Saúde bucal) e 60,9% para o Agente Comunitário de Saúde.

Um desafio que o PSF atravessa é a sua expansão de cobertura em relação a grandes centros urbanos, ilustrado pelos dados de cobertura em São Paulo (25,8%), Porto Alegre (21,7%), Curitiba (30,6%), Rio de Janeiro (6,5%) e Salvador (16,1%). Apontam-se como problemas os agravos urbanos, o acesso às famílias, mobilidade populacional, a violência e a existência de serviços de saúde culturalmente consolidados, com programas verticalizados, sem vínculo com a comunidade (SOUZA e HAHMANN, 2006). Desta forma o PSF, termina por deslocar-se predominantemente para regiões periféricas das cidades expandindo-se para as camadas mais pobres da população, tendo na média nacional uma baixa qualidade e longe de transformar-se na porta de entrada do sistema e impotente para atuar na reestruturação de um novo modelo de atenção.

Percebe-se exemplificando pelo município de Curitiba, que a atenção básica apresenta-se ora como unidades de saúde tradicionais (trabalhando voltada para programas de suporte a grupos específicos), ora como unidades de saúde PSF (buscando uma maior interface com a comunidade), mostrando que ao se falar de atenção básica a saúde certamente, fala-se de vários modelos de atenção.

Em relação ao médico, como elemento desta equipe multiprofissional, tem-se que a história da implantação da especialização de medicina geral e comunitária, posteriormente medicina da família e comunidade, foi marcada por avanços e recuos entre 1981 e 2001, mostrando a dificuldade em trazer para o bojo da classe médica, o reconhecimento de um novo modelo de atenção à saúde segundo apontamentos da SBMFC (Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade).

Apesar das políticas públicas anteriormente comentadas, que reforça o PSF, como central na implantação do SUS o estímulo pela especialidade é baixo, como ilustrado, na seqüência na tabela 1. Segundo estudo realizado por (NETO, LIRA e MIRANDA, 2008) as principais hipóteses pelo desinteresse seria: pouco prestígio da especialidade, pouca vivência em atenção primária durante a graduação, baixos salários, o perfil tecnológico e científico de outras especialidades, amplitude de conhecimento necessário para exercer a especialidade, perfil sócio econômico elevado dos estudantes de medicina, uma equivocada ideia que medicina de família é fácil demais para o estudante, experiência em medicina de família com profissional desmotivado e frustrado.

Se considerarmos os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (2007) percebe-se que a grande maioria dos médicos que atuam no PSF, 31.188 profissionais, apenas 604, têm uma formação específica, mostrando uma falta de interesse pela especialidade.

Segundo levantamento compilado através da busca por residência médica, notamos que:

TABELA 1 - ESTUDO COMPARATIVO ENTRE CANDIDATO-VAGA PARA RESIDÊNCIA MÉDICA/ ESPECIALIDADES DA ATENÇÃO BÁSICA/ OUTRAS ESPECIALIDADES

	MFC	CM	Ped	GO	Dermato	Radiologia	
UNIFESP	1	15	11	10	19	16	Univ. Fed. São Paulo
UFF	2	54	11	18	30	31	Univ. Fed. Fluminense
UNICAMP	2	15	7	7	33	21	Univ. Est. de Campinas
FAMEMA	0,7	9	4	4	6	9	Fac. de Med. Marília
USP	3	13	7	8	25	18	Univ. de São Paulo
UFPR	0,7	8	3	5	23	16	Uni. Fed. do Paraná

FONTE: O AUTOR, 2010.

Os dados apresentados constam nos anexos (3 a 8)

MFC: Medicina família e comunidade

CM: Clínica médica

PED: Pediatria

GO: Ginecologia/ Obstetrícia

Esta tabela comparativa sobre a intenção de especialização mostra que as áreas voltadas para atenção básica à saúde principalmente pediatria e ginecologia-obstetrícia tem um menor interesse entre os estudantes. A especialidade de medicina de família e comunidade importante na consolidação do PSF, encontra-se entre as menos procuradas, praticamente não ocupando as vagas ofertadas.

Segundo observação fora do país, em países com uma história de valorização da atenção primária, surgem dados semelhantes, como apontados por Ceidin (2008, p.5-6):

Reino Unido: "En el Reino Unido, el nuevo contrato de los GP con el Servicio Nacional de Salud (NHS) cambió drásticamente sus condiciones de trabajo. El NHS, ejemplo paradigmático de sistema de salud, en cuya base estaba el GP, prototipo de médico de atención primaria y antecesor inmediato del médico de familia, padece una crisis de gran impacto para los pacientes".

Canadá: “En Canadá, un país modelo en su sistema de salud, donde los médicos de familia son un componente esencial, se escucha, desde hace tiempo, fuertes críticas; la medicina familiar y la atención primaria están en crisis. En un informe, el Colegio de Médicos de Familia (CFPC) describe así la situación: “...el acceso oportuno a los servicios empeora progresivamente. La principal razón es una gran escasez de profesionales de salud, especialmente, médicos de familia. Más de cuatro millones de canadienses no encuentran médicos de familia para su atención y quienes no lo tienen son más vulnerables a los tiempos de espera prolongados y están más insatisfechos con el sistema...” “Se deterioró su papel en escuelas de medicina y hospitales, y para los estudiantes la imagen de la medicina familiar se fue opacando como elección de carrera”.

Considerando o PSF como um instrumento de ordenação da atenção básica à saúde é preciso refletir sobre os entraves apresentados, seja na expansão do programa para os grandes centros urbanos, seja na desmotivação médica pela especialidade, medicina de família e comunidade. Será necessário rever as estratégias de implantação considerando os limites e potencialidades que se apresentam.

Recentemente vem sendo discutida uma forma conjunta de gestão envolvendo União, Estado e Município para a consolidação do SUS em um documento chamado Pacto pela Saúde (2006). Esta proposta prevê a atuação em três eixos: Pacto pela vida, Pacto em defesa do SUS e o Pacto pela gestão do SUS. A experiência acumulada mostra que a dificuldade na implantação do sistema necessita uma quebra de paradigmas, desde a forma de abordar a doença até a forma de organizar os serviços (SANTOS e ANDRADE, 2009). Propõe-se uma rede interfederativa, revendo questões como o financiamento, o modelo jurídico organizacional, o vácuo legislativo nas relações entre o público e o privado e finalmente construir junto à população um reconhecimento e uma busca, pelos serviços prestados pelo SUS.

Reconhecer que na sociedade contemporânea o processo saúde-doença, pressupõe formas ampliadas de abordagem que escutem e valorizem as reais necessidades de saúde da população. Construir uma organização de serviços de saúde vinculado à comunidade é um projeto audacioso, que só será possível, se houver um engajamento da população, como citado abaixo:

“A reforma se fará com a população ou não se fará”. (DONNANGELO, apud SOUZA, HAMANN, 2006).

Na abordagem do processo saúde-doença, o cotidiano com os estudantes revela a influência dos vários modelos de atenção à saúde abordada anteriormente; em especial através do modelo flexneriano.

Na implantação da disciplina AIS-II, são resgatados elementos da medicina integral (sintomas psicológicos e sociais), da medicina preventiva (rompimento da dicotomia entre prevenção e cura), da medicina comunitária (inserção da escola médica junto a comunidade) e do modelo dawsoniano (bases para a estruturação e funcionamento do SUS). A contribuição destas “medicinas” pode auxiliar e estimular, uma nova atitude médica frente ao processo saúde-doença, atitude esta, coerente com as DCN e as demandas da sociedade contemporânea.

3. A ESCOLA MÉDICA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Neste capítulo pretende-se abordar a interface entre a economia, o ensino médico e a organização dos serviços de saúde. Será trazida a expansão dos serviços de saúde e das escolas médicas bem como a experiência de algumas escolas frente ao ensino médico voltado para a atenção básica à saúde.

3.1 A relação entre a economia, o ensino médico e a organização dos serviços de saúde

A prática médica, baseada no modelo flexneriano, biologicista, curativo, voltado para a especialização vem recebendo, a partir da metade do século XX, críticas em face de sua abordagem reducionista. Esta especialização crescente vem acompanhada de aumento nos gastos relacionados com a saúde, culminando em 1938, com uma Conferência Nacional de Saúde em Washington, visando reverter à tendência, propondo a expansão dos serviços de saúde pública, atenção materna infantil e o seguro desemprego, mostrando já naquela época que o modelo adotado, hospitalocêntrico implicava em dificuldades econômicas, para a sua manutenção.

Em 1945, o Presidente Truman¹⁴, propõe ao Congresso um Programa Nacional de Saúde, com ênfase em serviços básicos, conforme indicado anteriormente. Ocorre que a organização ligada a grupos médicos, aliada aos

¹⁴ Harry S. Truman foi presidente dos Estados Unidos entre os anos de 1945 a 1953.

setores econômicos, em especial aqueles ligados à indústria de medicamentos e equipamentos, impedem a instalação da proposta (AROUCA, 1975).

Em 1946, a OMS (Organização Mundial de Saúde), enfatiza que a saúde está ligada a um bem estar, que transcende o aspecto físico, exigindo a abordagem também do componente mental e social, em um pensamento com enfoque multidisciplinar, utilizando o conhecimento da biologia, das ciências sociais e da psicologia, indicativos estes que seriam recorrentes nas discussões sobre o processo saúde-doença nas décadas seguintes.

Após a 2ª guerra mundial, a indústria farmacêutica e de equipamentos médicos tem forte expansão, trazendo de um lado um maior controle frente às doenças, mas de outro lado, associando gradativamente a “boa medicina” ao uso de tecnologias (VIANNA, 2002). Neste período os lucros da indústria farmacêutica, atingem os melhores índices de lucratividade da economia. A prática médica, curativa, construída no ambiente hospitalar, trabalha com situações menos prevalentes na população, agregando tecnologias e custos crescentes. As relações interpessoais são colocadas em segundo plano, formando profissionais progressivamente afastados das necessidades de saúde da maioria da população com pobre enfoque humanista.

Estas críticas, na formação médica na década de 50, são trazidas pela Medicina Preventiva, que propunha um perfil do médico formado com uma outra atitude, uma postura de compromisso não apenas perante o paciente, mas também em relação a sua família e a comunidade, buscando para a maioria das pessoas, aquele bem estar preconizado pela OMS. Esta mudança de atitude, que desloca o trabalho médico do indivíduo para a comunidade, faria do médico um trabalhador social, no sentido mais amplo do termo (AROUCA, 1975).

Na década de 60, o Brasil caminha para um contexto político repressivo, trazendo condições desfavoráveis para as atividades acadêmicas em geral e particularmente aquelas voltadas para a comunidade, onde eram identificadas formas de exploração e marginalidade em especial para os setores mais pobres da sociedade. Trabalhos que pudessem desencadear reivindicações para obter melhores condições de vida agregam desafios para o ensino na comunidade. Esta década foi marcada por movimentos populares urbanos e rurais, na busca de serem atendidos em suas necessidades, entre elas a saúde. Na área da saúde coerente com o movimento social, as escolas passam a ter uma maior inserção na

comunidade como à experiência de Montes Claros, importante projeto piloto de medicina comunitária e as experiências ligadas à psicologia, onde na Universidade Federal de Minas Gerais, esta inserção estava contemplada no currículo do curso de psicologia, através da disciplina psicologia comunitária (FREITAS, 1996).

Durante a década de 70, são retomados os questionamentos sobre a abordagem realizada no setor saúde, revalorizando a dimensão de vida das pessoas, em consonância com o movimento nascente da reforma sanitária. O país convive com uma grande mobilidade social, fazendo com que a população urbana ultrapasse a rural, agregando dificuldades de moradia e infraestrutura. Surgem no país, movimentos da população trazendo reivindicações para as condições de vida, a questão da carestia, canalizada por iniciativas no campo da cultura e da educação (FREITAS, 2007). No campo da saúde surgem as experiências de integração docente assistencial (IDA) buscando a inserção dos estudantes na comunidade, através de disciplinas curriculares, embora ainda com pouca expressão no curso como um todo (TURINI, 2000 apud GIL *et al*, 2008).

Esta estratégia de integração docente assistencial revela a tendência de aproximar a escola médica, com os serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, como parte do repensar a formação médica. As modificações, entretanto, são parciais, frustrando a expectativa de trazer ao estudante uma educação integral (LAMPERT, 2009).

A transição da década de 70/80 é caracterizada por eventos internacionais, Conferencia de Alma-Ata (1978) que questionam a persistência da abordagem a saúde, nos moldes em que ocorria. No Brasil, avança o movimento da reforma sanitária, surgindo o CEBES (1976) e ABRASCO (1977), com contribuições teóricas filosóficas para o movimento. Outros setores ligados à saúde como a Psicologia social, através da ABRAPSO (Associação Brasileira de Psicologia Social), trazem contribuições importantes através da psicologia comunitária relacionados a movimentos populares. O início dos anos 80 caracteriza-se por um esgotamento do regime autoritário e uma busca da população em retomar os direitos básicos de expressão e liberdade, anteriormente suprimidos.

No âmbito da economia, a década de 80 (“década perdida”), é caracterizada por uma conjuntura restritiva, que traz ao estado, no caso do setor saúde, uma deteriorização, seja em relação ao acesso e/ou instalação de equipamentos, o que propicia uma expansão do setor privado, que vai sobrepondo-se aos serviços de

saúde (GERSCHMAN, 2008), expansão esta, que será contemplada, nos anos seguintes, através da Constituição de 1988 (artigo 199, parágrafo 1º), na garantia de participação de instituições privadas no sistema público. Esta forte expansão mantém-se com fôlego, imune a qualquer legislação regulatória, o que aconteceria apenas em 1998, quando surge a regulamentação da atuação de planos e seguros de saúde (SCHEFFER, 2005).

A junção destes fatores, o movimento da reforma sanitária, a mobilização popular, o esgotamento do regime de exceção e uma crise econômica, que revela a fragilidade do Estado na manutenção do modelo de saúde vigente, são ingredientes que colaboram para termos ao final desta década, a aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS).

3.2. A Expansão dos serviços de saúde: A partir do final da década de 80 e início da década de 90, percebem-se dois movimentos distintos em relação ao setor saúde. De um lado temos em relação ao setor público um crescimento acentuado, do sistema municipal de saúde, o que era praticamente inexistente na década de 70 e supera a marca de 40 mil unidades de saúde em 2005 (SILVA, 2009), ampliando o número de empregos públicos em saúde, como ilustrado abaixo:

Tabela 2 - Empregos públicos em saúde por esfera de governo – Brasil 1980 e 2005

Esfera de governo	1980		2005	
	Número	Percentual	Número	Percentual
Municipal	43.086	16,2	997.137	68,8
Estadual	109.573	41,2	345.926	23,9
Federal	113.297	42,6	105.686	7,3

Fonte: AMS/IBGE – 1980-2005

Neste sentido o SUS, como oferta de serviços de saúde, transformou-se no maior projeto público de inclusão social, com números impressionantes, como a instalação de 27 mil equipes de saúde da família, 610 milhões de consultas médicas, 21 milhões de parto, 13,4 milhões de exames de imagens entre ultrassom, tomografia e ressonância magnética, 12 mil transplantes de órgãos, 9,7 milhões de diálise renal para citar alguns exemplos. Persiste, entretanto mais de 90 mil portadoras de câncer sem acesso a tratamento adequado e 33 mil novos casos de AIDS por ano (SANTOS, 2009), o que mostra o desafio que este projeto agrega.

De outro lado em relação ao setor privado tivemos um aumento expressivo de empresas de plano de saúde, as quais seguindo a lógica do mercado atuam com agressividade na captação de clientes, havendo um deslocamento progressivo de camadas da população para esta forma de cuidado, fazendo com que a cobertura nacional, chegasse em 2006 a 23,9% da população (RIBEIRO et al, 2008).

Esta convivência entre o serviço público e privado apresenta algumas contradições na sua essência. É possível supor que o SUS tem suprido parte dos limites, que são impostos pelos planos privados, o que na prática seria uma forma do sistema público estar subsidiando o privado, sendo irrisório o montante de recursos que tem ressarcimento (SCHEFFER, 2005), dado este pouco abordado em nível dos conselhos e das conferências de saúde.

Esta interface do capital (planos de saúde, medicamentos, indústria) com a medicina, vem sendo chamada complexo médico industrial, o qual alimenta e é alimentado por um modelo de atenção a saúde, que prioriza o enfoque biomédico, terminando por olhar a saúde como uma mercadoria, um bem a ser consumido, com impacto significativo para todos os envolvidos, sejam eles do setor privado ou do setor público. Deste modo, a “boa medicina”, encontra-se atrelada ao capital, atingindo usuários e prestadores, o judiciário que respalda as solicitações, tudo bem mediado pelo marketing, pela mídia (CARVALHO, 2005).

Países como EUA, grande exportador da idéia e da matéria prima, vem sendo consumido pela lógica que ele mesmo criou, sendo o país que mais investe em saúde (17% do PIB), em 2012. Estima-se para 2025 (QUINHÕES, 2005), que este investimento atingirá 25% do PIB com gasto em saúde, razão pela qual estão acalorados os debates que cercam a reestruturação do serviço de saúde naquele país.

Temos, portanto, após a promulgação do SUS, além da expansão do serviço público um fortalecimento progressivo da medicina suplementar, cujas raízes foram vigorosamente plantadas em períodos anteriores como ilustrado na citação abaixo:

Como ao SUS, não foi possível – nem poderia ter sido com seus poucos recursos – atrair a classe média e o pólo dinâmico da força de trabalho, pode-se dizer que o fim do INAMPS foi um impulso ao movimento de privatização, iniciado em 1968 com os convênios Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) / empresa, quando seus segurados se juntaram aos trabalhadores já cobertos por esquemas privados, cenário a partir do qual, conclui-se, ocorreu uma privatização do seguro social, maculando o projeto estratégico do SUS, da reforma sanitária. (OCKÉ E SOPHIA – 2009, p.75)

Desta forma o sistema público através da atenção básica, termina por expandir-se para as camadas mais pobres da população, convivendo com limites de resolutividade e dificuldades em tornar-se a porta de entrada do sistema, dado importante para se ter uma ação transformadora na construção de um novo modelo de atenção a saúde (SANTOS, 2008).

3.3. A Expansão e as Mudanças na Escola Médica: Assim como na década de 90 assistimos a uma grande expansão dos serviços de saúde sejam eles público ou privado o mesmo ocorreu em relação às escolas médicas, pois segundo dados da (AMB, 2010) no período de 1996 a 2009, o país atingiu 180 escolas médicas, praticamente dobrando o número anterior, principalmente à custa do setor privado. Segundo o Jornal Medicina do CFM (abril – 2010), em 2000 o país tinha 1 médico para um grupo de 658 habitantes, em 2009 passou para um médico para cada 578 habitantes, o que significa um aumento de 27% em relação ao número de médicos enquanto neste período a população brasileira cresceu 12%. Segundo dados (OLIVEIRA 2007) em 2006 o Brasil era o 3º país do mundo em número de escolas médicas e o primeiro se considerado a relação número de escolas médicas/número de habitantes, que poderá sinalizar mudanças relacionadas ao trabalho médico.

Em função deste aumento expressivo de escolas médicas, a partir de 1991 surge o CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das escolas médicas) buscando traçar dados sobre as escolas, apoiado em um documento da OPAS. Posteriormente esta avaliação foi deslocada para o médico formado, o corpo docente e o modelo pedagógico utilizado (LAMPERT, 2004).

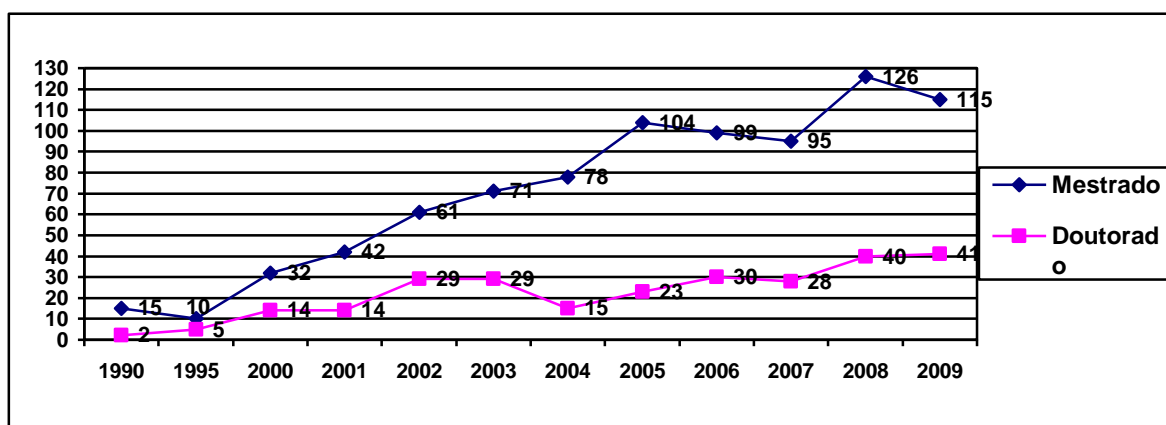
Em 1977, os resultados destas avaliações são entregues para os ministérios da Educação e da Saúde, trazendo subsídios sobre a formação médica, que culminaram em 2001, na aprovação das diretrizes curriculares nacionais.

Afastando-se um pouco da especificidade da educação médica temos a partir de 1996, uma flexibilização preconizada na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (nº. 9394 - 96), que permitiu as Instituições de Ensino Superior (IES) ter novos desenhos curriculares, alguns inovadores, mais adequados às realidades regionais e as vocações das escolas. Esta flexibilização induziria uma maior articulação entre as IES e a sociedade, resgatando a relevância social das atividades acadêmicas. Sob este aspecto, currículos inovadores trazem consigo, experiências e expectativas de incerteza frente à construção de algo novo, surgindo

em muitos casos tensões, em relação aos rumos apontados, como os projetos pedagógicos que incorporam práticas cotidianas de trabalho. Estas incertezas têm gerado junto às escolas médicas uma grande mobilização de pesquisadores buscando compreender os horizontes que se apresentam.

Uma forma de ilustrar as investigações em curso pode ser percebida através do banco de dados da CAPES, em que nos últimos 10 anos, foram publicadas obras sobre educação médica, praticamente uma a cada 3 dias revelando o crescente interesse pelo assunto.

GRÁFICO 1 – PUBLICAÇÃO DE TESES E DISSERTAÇÕES, SOBRE EDUCAÇÃO MÉDICA/ BANCO DE DADOS CAPES/ PERÍODO 1990-2009



FONTE: O AUTOR - 2010

Estes estudos sinalizam um movimento em praticamente todas as escolas médicas, buscando identificar as melhores estratégias para a implantação de parte do ensino médico na atenção básica à saúde, ocorrendo, portanto, em relação à escola, o que ocorreu com o serviço, ou seja, a municipalização do ensino.

No início dos anos 90, como forma de atingir este novo paradigma para a formação médica, surge na América Latina, através da Fundação W.K. Kellogg, um programa chamado “uma nova iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde: União com a comunidade”, conhecido como Programa UNI, tendo como diretrizes a implantação de uma prática pedagógica inovadora, uma prática médica no âmbito dos serviços locais de saúde e uma participação social, visando à promoção da saúde e melhoria na qualidade de vida (MACHADO JUNIOR, BORTONCELLO, 1997). Portanto, a partir da promulgação do SUS em 1988, busca-se a implantação de um modelo de atenção à saúde para o país, apoiado na determinação social. Neste contexto o repensar da formação de professores para atuar neste sistema,

encontra no projeto UNI, em que pesem suas debilidades, um processo de mudança mais avançada (PONTES, 2001).

Têm surgido programas visando acelerar a implantação das diretrizes curriculares como o PROMED e depois o PRÓ-SAÚDE. Inicialmente este programa estava voltado para o curso de medicina sendo recentemente incluídos os cursos de enfermagem e odontologia. Tem se buscado mecanismos de avaliação que indiquem o quanto as escolas tem se aproximado das diretrizes curriculares como o SINAES (Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior) em 2004 e o CAEM (Conselho de Avaliação das Escolas Médicas) em 2006, ligado à Associação Brasileira de Educação Médica.

Estudos realizados por LAMPERT (2004) junto a algumas escolas médicas da região Sul e Sudeste (22 escolas), apoiado em 5 eixos de análise: o enfoque teórico, abordagem pedagógica, cenários de prática, capacitação docente e a relação entre mercado de trabalho e serviços de saúde, buscam compreender o movimento da formação médica para contemplar as diretrizes curriculares, encontrando-se os seguintes resultados:

Escolas	Tipologia	Sigla	%
04	Avançada	A	18,2
03	Inovadora com tendência avançada	Ia	13,6
11	Inovadora com tendência tradicional	It	50,0
04	Tradicional	T	18,2

QUADRO 1 – TIPOLOGIA DE ESCOLAS MÉDICAS

FONTE: LAMPERT, J.B. - 2004

Tradicional (T) - Modelo flexneriano

Inovadora com tendência tradicional (It) - intermediária

Inovadora com tendência avançada (Ia) - intermediária

Avançada (A) - Modelo integralidade

Estes estudos revelaram que as escolas continuam mais voltadas para formas tradicionais de ensino onde são valorizadas as causas biológicas da doença, uma prática médica voltada para a especialidade e uma orientação didática apoiada em aulas teórico-expositivas, lecionadas para grandes grupos de alunos.

Em 2006, com o apoio da Comissão de Avaliação das Escolas Médicas (CAEM), e da Associação Brasileira de Escolas Médicas (ABEM), o estudo anterior foi ampliado para 28 escolas médicas, com os seguintes resultados:

Escolas	Tipologia	Sigla	%
13	Avançada	A	46,4
08	Inovadora com tendência avançada	Ia	28,6
04	Inovadora com tendência tradicional	It	14,3
03	Tradicional	T	10,7

QUADRO 2 – TIPOLOGIA DE ESCOLAS MÉDICAS - 2006

FONTE: ABREU, J.R.P. - 2009

Estes estudos revelam uma aproximação entre as reformas curriculares e o projeto pedagógico proposto pelas diretrizes, no incentivo de metodologias ativas de ensino aprendizagem e produção de conhecimento voltado para o serviço. Um reforço, em práticas de interdisciplinaridade, diferentes cenários de aprendizagem e incentivo a capacitação docente, ocorrendo, portanto, uma tendência de mudanças, apontadas pelo aumento de escolas classificadas como avançadas. Estes estudos são preliminares uma vez que foram analisadas 28 escolas de um universo de 180, sendo necessários novos estudos, os quais estarão apontando a persistência ou não nesta tendência de mudança.

O contexto da última década mostra, portanto, uma grande expansão das escolas médicas, porém, estudos revelam que menos da metade dos egressos terão acesso à residência médica, especialização, nos próximos anos (NASSIF, 2010). É importante, refletir sobre estas duas realidades que se apresentam. De um lado uma expansão da atenção básica a saúde, que necessita um profissional com uma formação generalista e de outro lado à escola médica com restrição de acesso as especialidades. Neste período de grandes e rápidas mudanças, em que a escola médica volta-se para a atenção básica à saúde é necessário compreender qual a percepção do estudante, o valor por ele atribuído frente a esta modalidade de ensino.

3.4. A Experiência das escolas médicas, na atenção básica à saúde.

Neste momento estaremos trazendo a experiência de algumas escolas médicas junto à atenção básica à saúde. Considerando que após a promulgação das diretrizes curriculares nacionais para a graduação em medicina (2001), praticamente todas as escolas médicas no país apresentam reestruturações curriculares, visando inserir a educação médica na atenção básica à saúde, buscamos em nosso estudo trazer a experiência de escolas médicas, cuja inserção ocorre em currículos tradicionais, através de disciplinas, (UNIFESP, USP,

UNICAMP), por ser semelhante à realidade da UFPR, bem como trazemos também a experiência de outras escolas (UEL e FAMEMA), que trabalham com currículos modulares integrados, utilizando metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Esperamos através destas experiências perceber os avanços e as fragilidades descritas nestas escolas como forma de orientar a implantação da disciplina de atenção básica à saúde na Universidade Federal do Paraná.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – UNIFESP: Esta instituição desenvolve a partir da década de 70, projetos de extensão nos moldes da medicina comunitária, buscando atender a grupos específicos da população (crianças), contando com o apoio voluntário de lideranças da comunidade. Ao final desta década e início dos anos 80, através de um financiamento da Fundação Kellogg e uma maior participação do poder público municipal, o projeto se expande.

A partir de 1983, em um contexto de redemocratização do país, o projeto originalmente restrito a pediatria, incorpora outros setores da instituição como a psiquiatria, obstetrícia, enfermagem, fonoaudiologia e a ortóptica, não sendo incorporados departamentos importantes como a clínica médica, ginecologia, cirurgia e a medicina preventiva. Tem como objeto construir um módulo com práticas inovadoras de ensino-aprendizagem, a partir do programa UNI capaz de modificar as práticas de saúde, buscando uma integralidade do cuidado.

A universidade estrutura-se através de duas disciplinas, a AISMC (Atenção Integral a Saúde da mulher e da criança) no 4º ano e a PGC (Pediatria Geral e Comunitária) no 5º ano (Anexo 9), tendo como proposta pedagógica estabelecer uma relação com equipes de saúde, usuários, gestores, conselhos de saúde, buscando uma atuação multiprofissional, interdisciplinar, no enfrentamento dos complexos problemas enfrentados, tendo como foco a criança, o adolescente e seus familiares.

Utiliza a estratégia de visitas domiciliares, intervindo com ações de prevenção e promoção da saúde, reforçando o papel da Unidade Básica de Saúde, na vinculação com as famílias. Durante a atividade de visita domiciliar, são levantados aspectos relacionados ao território, as condições de vida da população, que estimulam a reflexão sobre a determinação social no processo saúde-doença. Esta proposta vai desencadeando em nível da escola transformações curriculares e em nível de serviço alternativas para a organização e prática dos serviços de saúde,

porém tanto em uma, como em outra instituição são relatados conflitos, que demandam negociação e uma reconstrução contínua.

A UNIFESP mantém uma ativa participação em órgãos de controle social do município, o que facilita e legitima os trabalhos que ocorrem junto à comunidade. Embora seja uma escola médica tradicional, com o apoio de hospital universitário, ela vem desenvolvendo esta experiência de ensino, em unidades básicas de saúde e junto à comunidade buscando trazer ao estudante reflexões sobre as necessidades de saúde da população, a organização dos serviços frente a estas demandas, propondo uma abordagem integral a saúde da população. Tem resistência na participação de departamentos importantes o que compromete o objetivo de uma abordagem multiprofissional e do ponto de vista quantitativo. A carga horária das disciplinas ocupa em torno de 3% da carga horária do curso, sendo 2 disciplinas entre as 76 que compõe o currículo. São dados que demonstram a dificuldade na implantação nesta modalidade de ensino.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP): A criação desta instituição ocorreu em 1963, sendo instituído em 1965 o Departamento de Medicina Preventiva e Social. Neste período busca a partir das propostas de órgãos internacionais como a OPAS (Organização Panamericana de Saúde), uma reformulação do ensino médico, introduzindo uma “atitude preventista” e a implantação da medicina comunitária. Convive entre 1965-1970, com os conteúdos propostos pela medicina preventiva (MP) e a prática interna de antigos sanitaristas, ligados a higiene como a medicina construtiva e educação sexual ao lado de conteúdos trazidos pela MP, como a ciências sociais aplicadas a medicina e a clínica da família. Passa a desenvolver um trabalho comunitário visando ensino e assistência em um bairro pobre de Campinas, como base para o ensino proposto. Este modelo pretende formar um médico com uma atitude preventista, inserido nos problemas médico social da população, ofertando ao estudante uma capacitação fora do ambiente hospitalar e a educação junto à comunidade. Aprofundam-se as discussões teóricas com reforço da medicina social e o cenário de atuação é transferido para a cidade de Paulínia, cujos desdobramentos de atuação geram uma organização de serviços na rede pública, hierarquizado, antecipando-se na prática as diretrizes que o SUS, posteriormente apontaria.

Buscava além de uma rede tecnicamente definida a participação da população na gestão do serviço, na apropriação do saber médico, rompendo práticas autônomas de submissão da clientela. Entre 1984-1986, o serviço de Paulínia expande-se na criação do hospital municipal de Paulínia, o qual passa a ter o Hospital de clínicas da UNICAMP como referência, antecipando um modelo de municipalização da saúde.

As experiências acumuladas pelo Departamento de Medicina Preventiva, praticamente desde o início da escola mostram a interface desta instituição com a comunidade seja em nível de trabalhos comunitários, seja em nível da organização dos serviços, (hospitais), culminando em 2001, com uma reforma curricular e na instalação de disciplinas voltadas para a atenção básica à saúde.

As disciplinas Ações de Saúde Pública I e II (Anexo 10) ocorrem em um centro de saúde, na cidade de Campinas durante o 1º ano do curso. Suas atividades envolvem aulas expositivas, reuniões de avaliação e troca de experiências entre os grupos, com apresentação de trabalhos ao final, para a comunidade e os trabalhadores do centro de saúde. Tem como objetivo que o aluno, atuando no serviço, ou em seu entorno, no território, perceba os determinantes envolvidos no processo saúde-doença, buscando uma visão crítica das instituições e do trabalho dos profissionais quanto às políticas de saúde.

Segundo estudo realizado por Carvalho, Garcia e Rocha (2006) sobre estas disciplinas, seu cotidiano revela a complexidade nos serviços de saúde, possibilitando reflexões sobre questões de cidadania, participação social, relações interpessoais e a clínica ampliada. O relato de um aluno revela a reação frente o novo, com a incerteza que esta modalidade de ensino traz:

(...) não adianta eu ter só o conhecimento técnico e ficar recebendo estas pessoas no meu consultório... eu preciso mais do que isso, é necessário conhecer a realidade destas pessoas, o quanto elas sofrem e me colocar no lugar delas para aí sim, eu usar o meu conhecimento de maneira eficaz e adequada às condições dessas pessoas. (Aluno, relatório de atividade, 2002).

Os trabalhos na atenção primária acabam por criar uma rede de docentes, que inclui além de professores, os gestores e os trabalhadores da unidade de saúde. Muitas avaliações dos alunos foram positivas, apontando a possibilidade de intervenção em determinados problemas de saúde da comunidade. Percebe-se, portanto através destas disciplinas uma aproximação da escola com as equipes de

saúde e a comunidade, trabalhando questões ligadas à organização dos serviços, e a integralidade do cuidado. Considerando a carga horária, percebe-se também nesta escola, que a exposição à atenção básica de saúde, é pequena, em torno de 3,5% do ciclo básico, mesmo considerando que esta escola tem uma tradição de inserção em atividades extra-muro.

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP): Esta instituição, desde a década de 50, propõe-se a implantar mudanças na formação médica, apoiada nas sinalizações propostas por organizações internacionais (OMS, OPAS) procurando formar profissionais que sejam agentes de mudança, que influenciem na reorganização do setor saúde. Após a reforma universitária em 1969, é criado o Departamento de Medicina Preventiva (DMP^r)¹⁵ o qual coordena várias atividades, entre elas atividades voltadas para a graduação, em especial, centradas na comunidade.

Busca-se na graduação transmitir conhecimentos de medicina preventiva e saúde coletiva, indispensável na formação médica, independente da futura área de atuação. Deste modo, são ofertadas aos alunos as disciplinas de Atenção Primária em Saúde I e II (Anexo11).

A disciplina Atenção Primária a Saúde I, ocorre ao longo do 1º ano (2 semestres) e têm o apoio de outros departamentos como a Clínica Médica, a pediatria e a ginecologia obstetrícia. Seu objetivo é introduzir o aluno nos conceitos e práticas da atenção primária com ênfase no PSF. Tem suas atividades desenvolvidas em UBS, na região do Butantã, onde a FMUSP, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de SP, mantém um “Distrito de Saúde Escola”. Tem como objetivos específicos, conhecer a estrutura geral do PSF, o trabalho dos ACS, e acompanhar visitas domiciliares, cadastrar famílias, aspectos ligados a territorialização.

A disciplina de Atenção Primária a saúde II ocorre no 6º semestre do curso, em continuação ao trabalho iniciado no 1º ano. É enfatizado nesta fase o trabalho em equipe, atividades de educação em saúde, prevenção de agravos e promoção de saúde.

¹⁵ Departamento de Medicina Preventiva – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Histórico do Departamento de Medicina Preventiva da USP. Disponível em: <<http://www.fm.usp.br/preventiva>>. Acesso em: 17 mai. 2010

Além destas disciplinas, que fazem parte do currículo nuclear, são ofertadas as disciplinas optativas ligadas à iniciação científica em medicina preventiva. Pretende-se, portanto que o estudante familiarize-se com o sistema local de saúde, vivenciando as potencialidades e limites da organização do SUS.

O Departamento de medicina preventiva atua na graduação em 6 disciplinas, perfazendo 420 horas, o que corresponde a 4,1% da carga horária do currículo nuclear. Como as 2 disciplinas de atenção primária representam apenas uma parte desta carga horária, repete-se nesta escola, o mesmo que nas anteriores, qual seja uma pequena exposição do aluno junto à atenção básica de saúde. Como ponto a ser realçado de forma positiva, é o fato das disciplinas terem apoio interdepartamental o que certamente favorece a penetração desta modalidade de ensino em vários setores da escola.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA – FAMEMA: Ementa disponibilizada Anexo 12: Esta escola tem sua origem em 1966 e conviveu praticamente desde a sua fundação com questionamentos sobre a forma clássica de ensino-aprendizagem no curso médico, dependente de esforços individuais.

A partir de 1992, estimulado pelo Projeto UNI, passa a elaborar propostas de reestruturação curricular, prevendo o uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Usa como referência um método desenvolvido na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade McMaster, no Canadá, chamada de aprendizagem baseada em problemas (PBL), que pressupõe entre outros objetivos trabalhar em grupos, auto-estudo e formação multidisciplinar.

Através de um problema, seja ele individual ou coletivo, o aluno deverá buscar compreender, os elementos multi causal envolvido. Outra forma de trabalhar com problemas que a escola utiliza, é a problematização.

A partir de 2003, esta proposta foi operacionalizada, através da Unidade Educacional de Prática Profissional (UPP) com trabalhos em equipe, junto as Unidades Básicas de Saúde, buscando atender as necessidades de saúde das pessoas, das famílias e da comunidade (FERREIRA, SILVA e AGUER, 2007).

Estes autores avaliaram alunos das duas primeiras séries do curso, a partir de perguntas norteadoras, como:

- Fale sobre as atividades que vocês realizam na UPP.
- O que significa para vocês estas atividades?

- Quais as atividades que vocês realizaram com há comunidade esta semana na UBS e o que elas representam para você?

Algumas frases coletadas pelos alunos, sinalizam a forma como esta escola tem trabalhado:

... você vai estudar porque chama a atenção o que é importante para você, então fica gravado e retido como aprendizagem. Você fica muito inseguro porque não tem uma aprendizagem antes, mas quando ela vem você percebe. (E2M1)

... é importante a experiência de poder transmitir algum conhecimento e não só cumprir o papel de estudante da área da saúde, mas cumprir um papel de próprio cidadão mesmo, exercendo seu papel social. (E2M2)

Sobre a questão da metodologia se utilizar PBL ou problematização, um professor da FAMEMA, ilustra este questionamento (citado por ABREU, 2009):

Aí mora a diferença da Problematização com o PBL: o PBL, ele [aluno] pára na discussão". No PBL, ele não vai até a comunidade para solucionar o problema. Ele levanta o problema, ele discute, ele cria mecanismos de resolução... mas não necessariamente ele aplica aquilo, porque nós estamos em sala de aula. Na UPP, na Problematização, ele faz tudo isso, só que ele volta pra família (...) [Prof. Nelci]

Continuando o depoimento,

Então nós temos vários problemas sociais... nós temos problemas de agressividade dentro da família, dependências... Então o aluno, ele é incentivado a estudar, por exemplo, como é que faz pra encaminhar alguém pro INSS, como é que faz pra aposentar, pode aposentar, não pode, como é que funciona a questão da vara de juventude, quando é que denuncia um caso de agressividade, quando não denuncia. Enfim, tudo que as famílias passam de dificuldades são levantadas.

Continuando o depoimento,

Muda muito quando a gente trabalha com metodologia de ensino ativa a relação professor-aluno. Esta relação torna-se mais próxima... No caso da Unidade de Prática Profissional, estamos durante dois anos, sempre com o mesmo aluno... Então essa relação professor-aluno se intensifica... E a gente acaba, em determinados momentos, meio que "sendo o pai", sendo a "mãe desses alunos"... muitas vezes o aluno que vem de fora, ele não tem a quem recorrer. (Prof. Nelci)

Percebemos, portanto, seja na fala do aluno ou do professor, que esta escola, através desta metodologia tem trabalhado aspectos estruturais na formação médica, entre eles a humanização, independente qual seja a futura área de atuação, este é um valor que surge observando a experiência desta escola.

FACULDADE DE MEDICINA DE LONDRINA – UEL: Ementa disponibilizada
Anexo 13: O histórico desta escola começa em 1967, sendo que na década de 70, a escola motivada pela possibilidade de trabalhar junto à comunidade, mantém alunos do 7º período em unidades de saúde da própria instituição.

Após esta experiência inicial, estimulado pelo programa UNI, em 1998, é aprovado um novo currículo, utilizando metodologias ativas de ensino-aprendizagem (PBL), previsto em módulos para os primeiros 4 anos do curso. Ao longo do tempo aconteceram mudanças e estes módulos atualmente ocorrem nos 2 primeiros anos: (PIN 101, PIN 201).

Prática de Interação ensino Serviço I: Ocorre ao longo da 1ª série, vivenciando as diferentes práticas do cuidado em saúde, aos pacientes cadastrados na UBS, com ênfase no PSF. Procura observar as condições de vida da população, buscando parcerias que atendam as necessidades de saúde levantadas. Este módulo ocorre junto aos estudantes de enfermagem.

Prática de Interação Ensino Serviço II: Ocorre ao longo do 2º ano e visam conhecer o sistema local de saúde, os atendimentos no primeiro nível de atenção, acompanhando e avaliando ações programáticas da UBS. O esforço é tomar a realidade dos serviços de saúde da cidade, como eixo articulador de ensino.

Esta modalidade de ensino, semelhante ao verificado em outras escolas, mantêm uma pequena carga horária no currículo, em torno de 5%, desconsiderado o período do internato. Os docentes da saúde coletiva mantêm uma forte vinculação com a rede de serviços de saúde bem como se articulam internamente com as áreas clínicas e cirúrgicas da escola. A escola mantêm uma estrutura de apoio psicopedagógico voltado ao docente e ao discente, sendo que o processo de capacitação docente pode ser ilustrado no relato abaixo (ABREU, 2009):

Vários professores visitaram diversas escolas de medicina para conhecer outras metodologias de ensino... teve professores que foram para McMaster, no Canadá... pra Maastricht (Holanda)... toda essa busca facilitou, sensibilizou o nosso corpo docente mostrando que existem novas metodologias utilizadas em outros cantos do mundo que não a forma tradicional. (Prof. Elair)

Há referência do caminho inverso, com a vinda de professores da Holanda, para capacitar os professores da UEL. Em paralelo, utilizando o suporte da UEL a Universidade Federal de Roraima, vem trabalhando com esta metodologia, ou seja, mostrando um intercâmbio dentro e fora do país na busca de novas concepções de ensino.

Mesmo considerando esta construção persiste entre os estudantes uma indefinição sobre os conteúdos do ensino na saúde coletiva sendo que para muitos o PIN é a saúde coletiva. Esta se mantêm desvalorizada entre os estudantes veteranos persistindo ainda uma associação de sucesso ou fracasso desta

modalidade de ensino, na dependência do professor seja pelos instrutores nas aulas na UBS, seja pelos tutores nas discussões sobre os assuntos oriundos da realidade (CAMPOS e ELIAS, 2009).

Estas experiências mostram que o ensino médico na comunidade pode ocorrer através de disciplinas curriculares ou através de módulos, em currículos com metodologia tradicional ou com metodologia inovadora. O apoio dentro das escolas tem características específicas com maior ou menor participação dos departamentos. A carga horária tem sido de modo geral pequena, em torno de 3 a 4% do total.

A observação destas experiências, mostra que esta modalidade de ensino, tem um pequeno espaço no currículo, face a sua característica contra-hegemônica. Apesar da pouca presença, percebe-se o valor formativo, que dela decorre, em especial aspectos humanísticos e de compromisso social, o que é coerente com os pronunciamentos de órgãos oficiais.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Academia Nacional de Medicina (ANM) querem trabalhar com os coordenadores de escolas médicas para resgatar a formação humanitária e a responsabilidade social". (Jornal Medicina – CFM, Set - 2010).

4 A EXPERIÊNCIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR) NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Neste capítulo estaremos apontando a experiência que a UFPR vem desenvolvendo, considerando o ensino médico, voltado para a atenção básica à saúde. Dividiremos este capítulo em três módulos: o primeiro aborda o processo de implantação curricular desta modalidade de ensino, seus aspectos legais, os instrumentos didático-pedagógicos e as atividades desenvolvidas. No segundo módulo nos ocupamos dos aspectos formativos, o papel da escola e do professor neste processo. No terceiro módulo, mostramos a interface entre a formação médica e a psicologia social comunitária, considerando a experiência desta em trabalhos comunitários.

Módulo 1: Aspectos legais, instrumentos didático pedagógicos e atividades desenvolvidas

Este módulo aborda a implantação curricular de disciplinas na atenção básica à saúde, inicialmente através da disciplina de prática de ambulatório geral e atualmente pela disciplina Atenção Integral à Saúde. Aponta os aspectos legais envolvidos, os instrumentos didáticos pedagógicos utilizados e o desenvolvimento das disciplinas. Sob o aspecto legal alguns eventos merecem ser lembrados:

- Em 1994, a universidade, através da resolução do CEPE nº31/1994, substituiu o antigo currículo mínimo, pelo currículo pleno para o curso de medicina, através do Conselho de Ensino Superior, propiciando novos desenhos curriculares.
- Em 1995, é criado o Conselho Nacional de Educação (CNE), através da Lei nº. 9131/1995, que passa a ter competência para deliberar sobre as diretrizes curriculares para os cursos de graduação no país.
- Em 1996, através da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), Lei nº. 9394/1996 é ofertado as instituições de ensino superior uma maior flexibilização curricular, buscando adequar o ensino as necessidades e demandas regionais.
- Em 2001, são instituídas as diretrizes curriculares nacionais para o curso de graduação em medicina.
- Em 2006, ocorre na universidade um ajuste curricular, com o objetivo de adequação às diretrizes curriculares nacionais para o curso de graduação em medicina. O colegiado do curso propõe através do ofício nº. 106/2006 – SD/CMED, aos chefes dos departamentos de Cirurgia, Pediatria, Medicina Forense e Psiquiatria, Oftalmo-Otorrinolaringologia, Clínica Médica, Tocoginecologia e Saúde Comunitária, buscar as adequações necessárias, frente aos princípios e fundamentos das diretrizes curriculares.

O início das atividades ocorre desde 1994, quando foram implantadas no curso de medicina duas disciplinas obrigatórias, voltadas para o ensino médico na atenção básica à saúde, quais sejam Prática de Ambulatório Geral I (MI 003) – 6º período e Prática de Ambulatório Geral II (MI 005) – 7º período. Aborda-se nesta

pesquisa exclusivamente a disciplina MI 005, a qual venho acompanhando desde a sua instalação, onde desempenho minha atividade docente e será a fonte de coleta de dados que compõe este estudo.

Os instrumentos didáticos pedagógicos utilizados estão descritos na ementa da disciplina Prática de Ambulatório Geral II – MI005 (Anexo 14) e no Plano de ensino da disciplina Prática de Ambulatório Geral II – MI005 (Anexo 15).

Esta disciplina tem como objetivos buscar expor o aluno ao serviço público de saúde, para ali iniciar sua prática profissional e através desta inserção obter um conhecimento político sobre o atendimento prestado a população.

Para atender estes objetivos, mantêm atividades com uma carga horária de 6hs/semana, ocupada, em parte (50%), na unidade básica de saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e o restante no Setor de Ciências da Saúde. As atividades que ocorrem na Unidade Básica de Saúde visam desenvolver a habilidade em realizar consultas médicas, sob supervisão, produzir relatórios sobre o funcionamento da UBS, realizar palestras na comunidade e um trabalho de pesquisa a partir de um tema definido pela supervisão. Sobre as atividades que ocorrem no Setor de Ciências da Saúde, estão previstas aulas teóricas expositivas, apresentação em seminários dos trabalhos e relatórios produzidos na UBS.

O desenvolvimento da disciplina viveu dois momentos distintos entre 1993 e 2007. No primeiro momento (1993/2002), a disciplina teve o início de suas atividades na Unidade de Saúde 24hs – Boa Vista, estabelecendo uma parceria entre a UFPR/SMS. A escola, mediante concurso público, contratou e lotou neste local 24 médicos para atenderem a demanda, sendo que a secretaria municipal de saúde ficou responsável pelos outros funcionários (enfermagem, administrativo,...). Previsto para funcionar como um pronto atendimento, a presença dos alunos neste local, significava observar/atender situações clínicas, ou em face de característica do serviço, acompanhar pacientes colocados em sala de observação (situações com maior gravidade). Percebe-se, portanto que o cenário de aprendizagem era semelhante ao hospitalar, caracterizando a primeira distorção do processo, que era estar a escola na atenção básica à saúde em um ambiente de pronto atendimento. A supervisão docente prevista a partir dos vários departamentos da universidade praticamente não ocorreu, ficando restrita a algumas orientações à distância sobre os trabalhos de pesquisa.

Passados os primeiros anos, os alunos foram deslocados para as unidades básicas de saúde, em que haveria um potencial de aprendizagem diferente daquele observado. O deslocamento dos alunos para 5 unidades básicas de saúde, não foi acompanhado do deslocamento dos médicos da universidade, os quais mantiveram suas atividades junto ao 24hs – Boa Vista, em função da incompatibilidade dos horários praticados (noturno e final de semana), com a grade curricular da disciplina. Nestes locais, sem o apoio destes profissionais e sem o apoio docente interdepartamental, como previsto nas ementas, houve um esvaziamento progressivo do suporte para a disciplina, o qual acabou por focar suas atividades na elaboração de relatórios e avaliação de situações de risco, relacionado com as atividades próprias do serviço. Neste período estas atividades geraram problemas de integração entre a escola/serviço, muitos dos quais estão na origem e repercutem ainda hoje no relacionamento entre a UFPR/SMS.

No segundo momento (2002/2007), a responsabilidade da disciplina, até então, tarefa da coordenação do curso de medicina, vai sendo transferida para o Departamento de Saúde Comunitária. Com grande dificuldade, foram deslocados outros médicos, dos mais variados setores da universidade, mediante um contrato adicional de trabalho, com formação clínica, para atuarem na UBS, como suporte ao ensino ambulatorial dos alunos. A presença destes profissionais não significou uma integração entre a escola/serviço de saúde, nem abriu uma discussão voltada para os indicadores de morbi/ mortalidade ou reflexão sobre os elementos do processo saúde-doença. O peso do ensino tradicional, centrado na demanda clínica, no atendimento individual, curativo, reproduziu a nível local, o modelo ambulatorial do Hospital de Clínicas. O cotidiano revelava um aluno, com uma postura passiva, observando e acompanhando os atendimentos realizados.

Persistia o apoio docente de professores de três departamentos ginecologia/obstetrícia (3 professores), pediatria (1 professor), saúde comunitária (2 professores), diferente da proposta original. Tinham participação nas aulas teóricas, abordando temas predominantemente clínico, bem como orientando e observando os relatórios que os estudantes produziam sobre o funcionamento da unidade de saúde. A pouca discussão sobre o material produzido, as “cópias” de trabalhos anteriores, desqualificavam tanto a produção dos estudantes, como a avaliação dos supervisores. Uma frequente dificuldade de acesso aos dados sobre a morbi mortalidade da unidade de saúde, somado as fragilidades anteriores, diminuiu o

aspecto formativo desta atividade. Ao final deste período houve um esvaziamento de recursos humanos com a saída de um médico por razões pessoais e o retorno dos três professores para o departamento de ginecologia/obstetrícia. Face essas restrições houve uma readequação sendo os alunos alocados em 4 unidades de saúde sendo 3 unidades básicas de saúde e 1 unidade básica de saúde - PSF.

A experiência acumulada junto à disciplina de Prática de Ambulatório Geral II trouxe questionamentos compartilhados por outros autores, qual seja até que ponto a inserção dos estudantes na atenção básica à saúde possibilita a mudança do perfil do futuro profissional se não ocorrem mudanças nas concepções e nas práticas dos atores envolvidos no processo ensino-aprendizagem (PONTES, REGO, JUNIOR, 2006, CRUZ, FREITAS, AMORETTI, 2008).

Na fase final deste período iniciaram-se estratégias de ensino voltadas não apenas para o que ocorria dentro da Unidade de Saúde, mas procurando estabelecer uma ligação entre a demanda interna de serviço e a atuação da equipe local, em especial, o agente comunitário de saúde, junto à comunidade. Observa-se que na atenção básica, além da demanda clínica, tínhamos a possibilidade de trabalhar com atividades de educação em saúde, com grupos de pessoas, tendo agravos específicos, ligado à saúde do adulto, saúde da mulher, saúde da criança, saúde do adolescente, saúde mental. Surgem também atividades com grupos da 3ª idade, grupos de auto-ajuda, escolas, igrejas, conselho local de saúde, bem como acompanhamento de visitas domiciliares. Surge, portanto uma interface rica para estabelecer com as pessoas, de modo individual ou coletivo, dentro e fora da unidade de saúde, oportunidades, descobertas, reflexões, redefinindo objetivos, buscando através de novas metodologias de ensino-aprendizagem, ampliar a compreensão sobre o processo saúde-doença. A partir deste período aumenta a interface entre a disciplina e a equipe local em especial através do agente comunitário de saúde o que significou um grande apoio para as atividades externas à unidade de saúde. Os questionamentos apontados aliados a iniciativas descritas possibilitaram uma nova estratégia de inserção da UFPR na atenção básica à saúde, através da disciplina Atenção Integral à Saúde.

Após o ajuste curricular em 2006, houve uma reestruturação interna das disciplinas do Departamento de Saúde Comunitária e a disciplina Prática de Ambulatório Geral II (MI005) foi extinta. Buscando adequar o currículo as diretrizes curriculares foi implantada a disciplina Atenção Integral à Saúde II (MS065). Esta

disciplina foi mantida no 7º período com algumas modificações. Houve diminuição da carga horária, agora em 5hs/semanal, sendo previsto, que seriam 80% da carga horária na Unidade Básica de Saúde e 20% no Setor de Ciências da Saúde. A carga horária das disciplinas voltadas para a ABS representa em torno de 4% da carga horária total do curso, excluído o período do internato.

Os instrumentos didáticos - pedagógicos estão descritos na ementa da disciplina Atenção Integral à Saúde II (MS065) (anexo 16) e no plano de ensino (Anexo 17).

Tem como objetivos expor o aluno ao serviço de atenção primária à saúde, abordando o processo saúde-doença considerando a integralidade da assistência, com ações de proteção, promoção e recuperação da saúde. Atuar com uma visão humanística e de responsabilidade social.

Nas suas atividades a disciplina mantém no seu cronograma, uma “aula inaugural”, onde são apresentados os médicos e supervisores envolvidos diretamente nas atividades, bem como um detalhamento destas (Anexo 18), em especial, aquela voltada ao acompanhamento de uma família. Nas atividades que ocorrem na Unidade de Saúde o estudante participa ativamente das consultas médicas, bem como é estimulado a interagir com outras atividades inerentes ao serviço (vacinas, farmácia, reuniões de programas...). Realiza uma tarefa externa voltada para o acompanhamento de uma família, buscando construir vínculo, identificar um problema, propor e aplicar a intervenção possível.

Sobre a atividade que ocorre no Setor Ciência da Saúde, nas primeiras 4 semanas da disciplina seu objetivo é trazer um subsídio teórico (aula teórica expositiva/ disponibilizar artigos científicos) para suporte nas atividades previstas.

A atividade de acompanhamento de uma família baseia-se na metodologia da descoberta, através de problemas, cujo conceito é trazido de (SAVIANI, 2007, p.21) quando afirma “uma questão cuja resposta se desconhece e se necessita conhecer, eis aí um problema”.

Considerando o previsto nas diretrizes curriculares no artigo 12, parágrafo VII, que diz: “... interação ativa do aluno com o usuário...” “... proporcionando ao aluno lidar com problemas reais...” fica claro, que as diretrizes tratam explicitamente na necessidade do estudante lidar com problemas reais. Tal metodologia apresenta-se na literatura, sob duas formas: a aprendizagem baseada em problemas (ABP) e a

metodologia da problematização (MP), havendo diferenças entre elas, como descrito na seqüência.

Aprendizagem baseada em problemas: Esta metodologia tem sua origem na escola nova e propõe-se a preparar cognitivamente os alunos para resolver problemas relativos a temas específicos ligados a profissão. Envolve toda a organização curricular, pressupondo alterações estruturais, integrando diversos departamentos e disciplinas que compõe o curso.

É uma metodologia que tem a sua origem filosófica na Teoria do Conhecimento do americano John Dewey, entre 1890 e 1930, e que encontrou na década de 60, no Canadá, na Universidade de McMaster uma referência para várias escolas médicas entre elas a de Harvard que na década de 80, como estratégia de implantação da ABP, introduziu o ensino centrado no estudante e o resgate da relação médico paciente como elemento agregador dos conteúdos biopsicossocial. As experiências de duas escolas médicas (UEL e FAMEMA) que trabalham com esta metodologia foram anteriormente comentadas.

A problematização é uma metodologia baseada em problemas, extraídas da realidade onde as pessoas moram e vivem trabalhando de forma dialógica o que nos remete a FREIRE (2001), o qual se contrapunha a uma educação bancária, passiva. Este educador defende uma educação problematizadora, que pode libertar o homem de seus opressores, estimulando sua autonomia e emancipação em uma prática humanitária.

Em 1982, Bordenave e Pereira, sem muita discussão teórica nos apresenta um esquema referido a Charles Maguerez (método do arco), de cujo autor poucas informações temos. Um método que orienta uma prática pedagógica apoiada na realidade, na identificação de problemas, na qual de forma ativa, o aluno terá seu desenvolvimento construído, potencialmente política frente à situação vivenciada, em uma práxis libertadora para todos os envolvidos.

Este método, chamado de Metodologia da Problematização (BERBEL, 1998), pressupõe-se cinco etapas (Anexo 18), que possam esquematicamente ser apresentadas como:

- 1) Parte de uma realidade: Nesta realidade os alunos através da observação, de uma maneira atenta, estarão identificando o que está preocupante, necessário, inconsistente, enfim destoante/ discrepante naquele contexto. Ao

extrair dados desta realidade os alunos estarão problematizando a realidade. Através de um olhar atento estarão levantando o que precisa ser trabalhado, corrigido, aperfeiçoado, elegendo um ou mais aspectos a serem trabalhados. Nesta metodologia, adequada para trabalho com grupo de alunos, tanto podem trabalhar um tema, um problema trabalhado por todos, como podem trabalhar vários problemas, sob vários ângulos, estimulando, portanto a criatividade e a autonomia do aluno, frente à aprendizagem. (BERBEL, 1998, p.142)

2) Pontos chave: Uma vez definido o problema, ou problemas de estudo, originados no acompanhamento de uma família, os alunos vão tomando consciência desta realidade fazendo perguntas, buscando compreender o nexos dos problemas. Por que será que existe esse problema, aqui identificado? O que será que o gerou? Frente às primeiras respostas, deve-se afastar do senso comum e aprofundar o questionamento avançando nos porquês, procurando levar o aluno a confrontar seu conhecimento, ou desconhecimento no momento inicial do estudo, desencadeando pontos a estudar, construindo a partir da realidade o seu conhecimento. É esta definição do que será estudado, que caracteriza a segunda etapa da metodologia que é a identificação dos pontos chave do problema, definindo aspectos que precisam ser mais bem compreendidos buscando uma resposta para o problema. (BERBEL, 1998, p.143)

3) As perguntas elaboradas no tópico anterior, vão exigir do aluno uma busca de informações, seja em bibliotecas, teses, livros, revistas, internet, busca de especialistas, professores, enfim elaborar um conjunto de informações, uma teorização sobre o assunto estudado, uma investigação, um estudo daqueles pontos chave identificados anteriormente. A razão é que este estudo visa buscar uma solução para o problema, ou seja, a partir da ação sobre a realidade, teríamos uma reflexão, com o objetivo de intervir, de concretamente atuar nesta realidade. Nesta fase é possível comparar as impressões iniciais, com o apoio da teoria, revendo pontos, agora com explicações mais elaboradas, ou reforçando as explicações, anteriormente apresentadas. É possível então separar aquela explicação do senso comum, com aquela mais

elaborada, obtendo-se então uma ampliação da consciência do problema, sua influência não apenas nesta situação em particular, mas buscando generalizar o conhecimento adquirido. Esta etapa completa-se com uma análise, uma discussão e as conclusões que dela decorrem, o que nos leva então para outra fase. (BERBEL, 1998, p.143)

4) Hipóteses de solução: É a fase mais criativa do arco, no sentido de propor ações novas, elaboradas de tal modo que possa tocar no problema, intervir na realidade, sendo um canal de ajuda apoiado nas informações coletadas anteriormente. (BERBEL, 1998, p.144)

5) Aplicação na realidade: É a fase prática, uma ação concreta sobre a realidade, de onde se observou e extraiu o problema. A finalidade maior é promover através do estudo, uma transformação, a intervenção possível. Deste modo estaríamos trabalhando na formação a humanização e a responsabilidade social, ou seja, aprende para atuar e atuando está aprendendo. (BERBEL, 1998, p.144)

O valor desta metodologia está no fato de aproximar o mundo da ciência do mundo das pessoas. Ensinar e aprender, conscientizar e ser conscientizado como dois movimentos sucessivos, complementares, estando o homem no centro do trabalho.

“Estas situações funcionam como desafios aos grupos”. São situações-problemas, codificadas, guardando em si elementos que serão decodificados pelos grupos, com a colaboração de coordenadores... “são situações locais que abrem expectativas, porém, para a análise de problemas nacionais e regionais...” (Freire, 1967, p.114)

A literatura mostra experiências nas mais variadas áreas de estudo (saúde, educação, economia, administração, direito), que utilizam como estratégias de ensino a metodologia da problematização. Apesar de trabalhar com problemas existem diferenças entre a metodologia da problematização (MP) e a aprendizagem baseada em problemas (ABP), como ilustrado abaixo (CYRINO e PEREIRA, 2004, p.785-786):

- Na ABP o problema já existe e é apresentado aos alunos pelo professor enquanto na problematização o problema é oriundo da observação da realidade.

- Na ABP, o problema pode estar descolado da realidade, o que certamente não ocorre com a problematização.
- Tanto na ABP como na problematização, temos uma pergunta comum: “o que está acontecendo?”, surgindo hipóteses para explicar o problema. Ocorre que na problematização seus objetivos vão além da explicação, uma vez que busca a transformação do problema identificado.
- A ABP necessita estar integrada com outras disciplinas e conteúdos, enquanto a problematização pode ser trabalhada em uma disciplina isolada, independente do currículo que a escola tenha. Este tópico reforça junto à disciplina de atenção integral a saúde a metodologia da problematização.
- A ABP conduz a uma construção intelectual enquanto a problematização tem a ousadia da transformação social.

Considerando o caminho que a UFPR, vem traçando na atenção básica à saúde, é possível perceber que na fase da disciplina de Prática Ambulatório Geral, como o próprio nome apontava, o objetivo central era a capacitação técnica, a “práxis” médica. No processo de implantação da disciplina de Atenção Integral à Saúde, os objetivos foram ampliados. Sem abandonar os aspectos ligados a atividade própria da profissão, avança no sentido de resgatar aspectos ligados a uma formação com base humanística e responsabilidade social. Apontaremos agora o caráter formativo e o papel da escola e do professor neste processo.

Módulo 2: Aspectos formativos

Neste módulo aponta-se a implicação que esta modalidade de ensino traz na formação médica e qual tem sido a postura da escola e dos professores nesta direção. Aponta-se também, os indicativos políticos para incrementar a integração ensino-serviço, como pressuposto do ensino na atenção básica à saúde.

As competências, habilidades e atitudes estão detalhadas nas diretrizes curriculares, nos artigos 4º e 5º e estão contempladas na ementa e no plano de ensino da disciplina. Propõe-se que o aluno tenha competência para atuar em diferentes cenários de aprendizagem seja no consultório médico, na visita domiciliar ou no acompanhamento de uma família (LIMA, 2004).

No caso da consulta médica, que o aluno tenha habilidade relacionada com a semiologia, que seja capacitado a realizar anamnese, exame físico, formular diagnóstico (SILVA, 2004). Que durante a entrevista valorize os vários aspectos envolvidos no adoecimento, buscando a integralidade na assistência em uma relação médico-paciente pautada por uma visão humanista.

No caso da atividade de acompanhamento de uma família, através do agente comunitário de saúde (ACS) são observadas atitudes relacionais em relação a família, ao ACS e entre os próprios estudantes. Na interface com a comunidade frente aos problemas vivenciados o estudante deve mostrar competência para identificá-los, propondo a intervenção possível, bem como realizando atividades de educação em saúde.

Sobre as atitudes de estudantes de medicina (MIRANDA *et al*, 2009) faz um estudo, a partir das diretrizes curriculares, focando cinco grandes grupos formativos que devem ser contemplados: social, ambiência, crenças, conhecimento e a ética.

No aspecto social, que haja uma responsabilidade frente a situações vivenciadas, o uso racional de recursos diagnósticos e terapêuticos, uma valorização dos componentes social, psicológico, além do físico e respeito à autonomia do paciente. No aspecto da ambiência, a possibilidade de trabalho em equipe e uma atitude positiva no cenário de trabalho; No aspecto das crenças, respeito aos valores do paciente e da equipe de saúde; Em relação ao conhecimento, postura de auto-aprendizagem e aprendizagem cooperada. Em relação à ética, os princípios codificados junto à categoria médica.

Sobre este conjunto de atitudes, é possível realçar, na observação das ementas e nos trabalhos realizados pelos estudantes, um trabalho em equipe e no estudo do problema identificado uma fase chamada teorização onde predomina o auto estudo; A presença dos alunos junto às famílias pressupõe respeito ao outro, considerando seus valores e crenças e as condutas necessitam um diálogo respeitando a autonomia das famílias sendo possível avaliarem aspectos intrínsecos de comunicação como uma habilidade a ser trabalhada.

Percebe-se, portanto na observação das atividades desenvolvidas pelos estudantes uma aproximação entre as competências e habilidades propostas nas diretrizes e aquelas executadas na disciplina. Esta aproximação tem ocorrido na dependência direta dos atores envolvidos, no caso da escola, os professores e os

estudantes. Compreender a percepção que eles têm sobre esta modalidade de ensino é fundamental para a sua implantação.

Apresenta-se agora uma reflexão sobre a forma como a escola e o professor tem se comportado ao longo deste processo. Os professores e os supervisores envolvidos na disciplina são especialistas em pediatria e infectologia, sendo a docência, secundária na sua atividade profissional, a qual está mais centrada na sua prática médica, no consultório e/ou hospital. Foram formados em ambiente hospitalar, com uma estratégia de ensino voltada para a transmissão de conhecimento.

Uma modalidade de ensino que trabalhe com metodologia ativa de ensino-aprendizagem coloca o professor no papel de um facilitador, o que para alguns, acostumados a trabalhar “a minha maneira”, de forma individual com aulas expositivas, estas mudanças significam desafios. Alguns professores têm procurado adaptações e mostram crescimento enquanto outros são céticos e indiferentes.

A clássica educação, baseada na transferência de conteúdos elaborados, prontos, pedagogia da recepção, seria contraposta pela pedagogia da descoberta, cujos conteúdos seriam originados de problemas, percebidos no concreto, na vida real, onde o aluno através de suas estruturas cognitivas faria escolhas buscando soluções particulares ou coletivas, conscientizando e sendo conscientizado dos vários fatores envolvidos no adoecimento. Algumas situações demandam o resgate de direitos e deveres constituídos, possibilitando, portanto um movimento com potencial de transformação social. Esta prática pedagógica pode desencadear mudanças tanto para o professor como para o estudante uma vez que estarão frente a situações complexas as quais exigem compromisso e solidariedade na construção de uma proposta de intervenção.

“O sujeito é ativo e o papel do professor é explicitar as práticas, objetivos e relações deste aprendizado para sua formação e estimular uma reflexão sobre esta nova prática. Se não estaremos fadados a mudar pouco o perfil do profissional médico formado”. (PONTES, REGO e JUNIOR, 2006, p.73)

É preciso considerar que a postura do professor, o que ele valoriza, como se posiciona, sua atitude, induz junto aos estudantes formas de comportamento, uma vez que a sua identidade profissional sofre a influência do ambiente escolar, como espaço de socialização (BULCÃO e SAYD, 2003).

Currículos com modelos disciplinares reforçam no docente um isolamento, uma tendência em manter práticas pessoais de ensino, sendo que uma disciplina como a atenção integral à saúde agrega um potencial de mudança tanto para o formado como para o formador. O apoio de outras áreas de conhecimento, em especial a partir da psicologia social comunitária poderia de forma integrada, interdisciplinar, abrir um espaço junto à escola para rediscutir a ideologia que tem sustentado o modelo médico vigente.

O histórico da disciplina revela que a escola apresenta uma retração progressiva de participação, hoje presente através de 2 departamentos (diferente da proposta inicial), e na falta de reposição de um médico, com conseqüência, uma diminuição no espaço junto ao serviço, de 5 UBS para 4 UBS, o que significa dificuldades pedagógicas operacionais, na adequação número de alunos/unidade de saúde. A carência de recursos humanos e o desinteresse de participação de outros docentes refletem a postura da escola frente a esta modalidade de ensino.

Na universidade, a carga horária dos professores é frequentemente tencionada entre a graduação e a pós graduação, entre o ensino e a pesquisa embora a OMS preconize que nas escolas médicas, as atividades de ensino deveriam ter o mesmo valor que as atividades de pesquisa (COSTA, 2007), o que certamente no caso da UFPR, não ocorre.

O momento que a escola atravessa com o ensino médico ocorrendo em outros espaços, que não o clássico cenário hospitalar, pode desencadear entre os envolvidos uma nova concepção ligada ao ensino aprendizagem, um potencial de transformação, como indicado abaixo:

O lugar simbólico que a universidade ocupa, do qual ela pode enxergar a possibilidade, a força e o valor estratégico de espaços diferenciados de aprendizagem que, ao serem vivenciados, ativam o potencial transformador dos sujeitos implicados, na direção de um entendimento da relevância do conhecimento como algo que não apenas conhece as coisas e sim como algo que pode mudar as coisas. (DEMO, 1998 apud FAGUNDES e BURNHAM, p.113).

Observa-se entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, perspectivas para aumentar a integração entre ensino e serviço. Estes ministérios lançaram em novembro de 2005, o Pró-Saúde que visa incentivar transformações relacionada com a formação, gerando conhecimento e prestação de serviços para uma abordagem integral do processo saúde-doença. Tem em seu eixo central a

integração entre ensino-serviço, inserindo estudantes no cenário real de práticas do SUS, com enfoque na atenção básica à saúde, desde o início de sua formação. Há um consenso no Ministério da Saúde que investimentos estruturais na rede física tecnologia, medicalização, insumos serão em vão se os profissionais da saúde, não apostarem no SUS.

Como desdobramento deste programa foi lançado em agosto/2008, o PET-Saúde, com o objetivo de avançar nas mudanças propostas pelo Pró-Saúde, em especial nos cursos de enfermagem, medicina e odontologia, por serem estes mais diretamente envolvidos com o PSF, sendo previsto na sequência do programa a entrada de outros cursos da saúde. Nossa escola está envolvida neste projeto desde 2009, sendo espaços que vão surgindo e que podem de forma articulada, estimular as mudanças previstas.

Módulo 3: A INTERFACE ENTRE A MEDICINA E A PSICOLOGIA SOCIAL COMUNITÁRIA

A experiência junto a esta disciplina tem mostrado nos últimos anos, em especial no último ano que é possível e necessário, conciliar na formação médica, aspectos técnicos, relevantes na prática profissional com responsabilidade social. Os relatos que os alunos trazem, através dos trabalhos realizados junto à comunidade, apontam nesta direção:

Muito bom, essa foi a disciplina com maior diferencial positivo entre o que eu esperava e o que eu obtive. Aprendi o lado humano da medicina. (EE – 2009).

Atividade engrandecedora. (EE – 2009).

Particularmente aprendi bastante e me acrescentou bastante coisa. Com certeza contribui para minha formação médica... parabéns quanto à forma com que conduziu a atividade. (EE – 2010).

O paradigma tradicional na formação médica valoriza, sobretudo, o cenário hospitalar, a tecnologia, a medicalização enquanto esta disciplina, sem subestimar ou desvalorizar estas contribuições, propõe-se a resgatar outros elementos, historicamente construídos nas várias “medicinas”, preventiva, integral, comunitária, ou seja, um profissional com uma formação humanística e um compromisso social.

Uma proposta contra hegemônica como esta, necessita neste momento, um referencial teórico/prático de suporte, que ultrapasse a barreira da boa vontade e do empirismo, trazendo para a academia uma base epistemológica de sustentação. Este referencial encontra contribuições na Psicologia Social Comunitária (PSC), a

qual vem construindo nas últimas quatro décadas um conhecimento e formas de intervenção junto à comunidade. Nesta construção tem sido apontado como relevante o preparo e a formação de atores para atuarem nestes cenários, como ilustrado abaixo:

Reflexões apontam para uma discussão a respeito de processos de formação de novos quadros profissionais, pesquisadores e trabalhadores sociais para atuarem nas diferentes dinâmicas comunitárias. Esta é uma preocupação cada vez mais presente nos últimos anos, dentro dos cursos de formação, no sentido de capacitarem científica e politicamente, os futuros profissionais para que desenvolvam intervenções psicossociais em comunidade, dentro de uma perspectiva de sensibilidade histórica, para com a realidade de nossa população e de compromisso com a transformação social. (FREITAS, 2008, p.30)

A forma como esta inserção ocorre junto à comunidade, em relação a seguimentos desfavorecidos da sociedade pode ocorrer com um cunho político ou um cunho assistencial filantrópico, que é uma forma de exclusão por não pressupor mudanças e retro alimentar a injustiça social (FREITAS, 1998). No caso desta escola médica, esta inserção tem um cunho de uma “curiosidade científica”, cujos estudos geralmente retornam para a própria academia, com pouco ou nenhum impacto para a comunidade. O histórico das pesquisas desenvolvidas pela disciplina de prática ambulatorio geral foi conduzido nesta direção.

Nas últimas décadas, através da PSC, tem havido uma compreensão que esta inserção ocorra de forma dialogada com a comunidade no apontamento de suas necessidades e que os problemas levantados desencadeiem ações conjuntas, intervenção, possibilitando uma mudança social frente à realidade encontrada (FREITAS, 1998).

Para caminhar nesta direção é relevante o reconhecimento da concepção de mundo que estudantes e professores têm, o que pode significar um maior ou menor compromisso frente às situações vivenciadas (SAFORCADA, 2008), dado este não valorizado e nem identificado no desenvolvimento da disciplina.

O pensamento médico hegemônico apóia-se em um paradigma individual-restritivo, que tem seu eixo teórico na clínica restritiva, focado no doente, no indivíduo, descontextualizado de seu meio. Sustenta-se em uma interface com o “mercado da enfermidade”, na lógica do lucro, ou seja, quanto mais quantidade de enfermos ou pseudoenfermos, maior o rendimento (SAFORCADA, 2008), em uma fusão entre o capital e a medicina chamada *complexo médico industrial*, a qual

define previamente seus interesses, frequentemente desconectado das necessidades de saúde da população.

Frente a este paradigma excludente - uma vez que não atende a necessidade de saúde da maioria das pessoas, revelando fissuras causadas pela erosão econômica e demonstrando uma incapacidade de ter um olhar ampliado sobre a forma contemporânea do adoecimento, com as várias “causas sociais e emocionais” que apresenta - é possível então falar em esgotamento. Este esgotamento sinaliza uma crise, de cuja consciência pode surgir novas idéias e o reconhecimento de modelos emergentes (MONTERO, 1994).

Desta forma, compreender o processo saúde-doença sobre um outro paradigma, nos remete a outras estratégias de ensino-aprendizagem, outros cenários, os quais poderiam desencadear uma nova postura social de professores e estudantes, como ilustrado abaixo:

Este proceso de resocialización profesional naciente requiere una práctica en los ecosistemas en que se genera el proceso de salud-enfermedad. En síntesis, requiere trabajar en la comunidad, con la participación directa e concreta de sus miembros en la solución de los problemas... El soporte teórico y técnico fundamental de este tipo de prácticas es psisocial y, en especial, psicológico comunitario. (SAFORCADA, 2008, p.70)

Esta modalidade de ensino pressupõe novos cenários de ensino-aprendizagem, nas unidades básicas de saúde, nas casas, diferente do clássico ambiente hospitalar, utilizando metodologias ativas de ensino-aprendizagem, trabalhando com problemas, diferente das aulas expositivas. Estar na comunidade, em contato com outras realidades, é um processo que influencia a construção de uma identidade profissional, através das atividades acadêmicas realizadas. Temos, portanto, uma oportunidade - no caso do estudante através da socialização e no caso do professor através de uma resocialização - desencadear mecanismos buscando a construção de uma identidade profissional, compatível com as mudanças propostas.

Sabemos pelas experiências das escolas médicas, voltadas para a atenção básica à saúde, que esta modalidade de ensino, não é prioridade.

Ocupa um pequeno espaço, 3% a 4% na grade curricular muitas vezes conduzido por professores que tem dificuldade em trabalhar com uma metodologia ativa de aprendizagem. Fica explícita a necessidade de serem estabelecidas relações interdisciplinares com outros seguimentos da universidade, no caso do curso de medicina aproximando-se da psicologia social comunitária, frente à sua experiência em trabalhos comunitários.

Este é o quadro e o pensamento dos estudantes, sua percepção sobre esta modalidade de ensino, o valor que isto representa para a sua formação, pode indicar um apoio (ou não) para a mudança de paradigma, sendo esta a razão central deste estudo, qual seja identificar as concepções dos estudantes de medicina sobre sua atuação na atenção básica à saúde considerando os aspectos psicossociais e educativos envolvidos neste processo.

5 CAMINHOS METODOLÓGICOS

O presente estudo estará apoiado em dados extraídos de documentos pertencentes à disciplina Prática de Ambulatório Geral II – PAG-II (2008) e Atenção Integral a Saúde II – AIS-II (2009-2010). A pesquisa é exploratória, com um enfoque misto quantitativo e qualitativo. Os participantes do estudo serão os estudantes do 7º período, ambos os sexos, sendo egressos do período 2008/1º Sem-2010 e ingressantes no 2º Sem/2010 na UFPR.

Em relação aos estudantes egressos os instrumentos utilizados serão as avaliações que estes realizaram ao final da disciplina as quais constam no anexo do trabalho (Anexo 19, 20 e 21), respectivamente. Para realizar a coleta destas informações os instrumentos foram auto-administrados em sala de aula, após a instrução sobre seu objetivo, sendo solicitado identificar a unidade de saúde, na qual o estudante desenvolveu suas atividades, sendo a participação opcional. Em 2008 de um total de 81 estudantes tivemos 45 participantes; em 2009 de um total de 81 estudantes, tivemos 31 participantes e em 2010 de um total de 89 estudantes, tivemos 24 participantes. Portanto considerando o universo total de 242 estudantes obtivemos informações junto a uma amostra de 100 estudantes.

A pesquisa relacionada com estes estudantes contem 5 eixos principais: I- Aulas teóricas, II- Prática Ambulatorial, III- Estudo de caso, IV- Educação em saúde, V- Relatório sobre unidade de saúde.

O primeiro eixo busca obter suas impressões sobre o conteúdo e as estratégias didáticas pedagógicas utilizadas em sala de aula. O segundo eixo busca compreender as contribuições relacionadas com a prática profissional na atenção básica à saúde e como estas influenciam na construção de sua identidade profissional. O terceiro eixo busca conhecer as contribuições percebidas pelos estudantes quando atuando junto à comunidade e como estas se relacionam com as diretrizes curriculares. O quarto eixo busca identificar como ocorre e o que os estudantes aprendem com uma atividade de educação em saúde. O quinto eixo busca compreender a percepção do aluno sobre o funcionamento do sistema local de saúde e as relações que ele estabelece com a equipe local de saúde durante o levantamento de dados.

Em relação aos estudantes ingressantes na disciplina foi aplicado um questionário o qual consta no Anexo 22 deste trabalho. Estes estudantes tiveram no

semestre anterior, uma experiência de ensino, na disciplina atenção integral à saúde I (AIS-I), o que dá a eles, subsídios para responder ao questionário. Este instrumento foi submetido a um teste piloto, com 2 estudantes do curso de medicina e um profissional da área da saúde, não revelando dificuldades em relação a compreensão e/ou preenchimento. Apenas um tópico relacionado com a renda familiar, trouxe constrangimento, sendo este dado suprimido. O instrumento foi aplicado em sala de aula com um material esclarecendo sobre os objetivos propostos, sendo a participação opcional. Constava de questões abertas e fechadas. Para um universo de 94 estudantes, obtivemos 61 participantes, sendo 35 mulheres e 26 homens.

A pesquisa relacionada com estes estudantes contem 4 eixos principais de análise: I- Perfil social, II- O curso de medicina, III- Atividades na Unidade Básica de Saúde, IV- Atividades junto a comunidade.

O primeiro eixo refere-se a uma caracterização do perfil sócio-cultural do estudante. O segundo eixo busca identificar elementos relacionados com a formação médica a partir da escolha do curso e a busca por uma área de atuação. O terceiro eixo visa identificar aspectos da prática profissional no nível da atenção básica à saúde. O quarto eixo visa conhecer qual a percepção do estudante sobre atividades que ocorrem diretamente relacionadas com a comunidade.

6.RESULTADOS ENCONTRADOS

Os resultados encontrados foram obtidos junto a dois grupos de estudantes. Um grupo relacionado ao estudante egresso da disciplina, no período 2008-2010, com seus relatos frente às experiências vivenciadas nas atividades programadas. Estes estudantes serão identificados em seus relatos pela sigla EE (estudante egresso). O segundo grupo de estudantes está relacionado aos ingressantes na disciplina, no 2º semestre/2010, buscando caracterizar seu perfil social, suas expectativas frente ao curso de medicina e às atividades programadas. Estes estudantes, em seus relatos serão identificados pela sigla EI (estudante ingressante).

6.1. ESTUDANTE EGRESSO: O estudante egresso foi submetido a um conjunto de atividades como aulas teóricas, prática ambulatorial, estudo de caso, educação em saúde e um relatório sobre o funcionamento da unidade de saúde. Estas atividades de ensino visam de forma complementar, estimular a integração entre a escola, o serviço e a comunidade, em uma prática profissional, que leve em consideração uma abordagem integral da saúde, com práticas humanizadoras, que respeite a autonomia e a subjetividade das pessoas frente ao adoecimento. Através dos depoimentos escritos dos estudantes, busca-se compreender qual o significado por eles atribuído, a estas atividades, e as conseqüências psicossocial e educativa, na formação médica.

Aulas Teóricas: As aulas teóricas ocorrem no Setor de Ciências da Saúde, são expositivas, com temas voltados para a saúde coletiva e com alguns temas clínicos. Através dos relatos dos estudantes serão indicadas as percepções que possuem sobre o conteúdo e a prática didática pedagógica utilizada nesta atividade. Estes relatos foram obtidos junto a 76% dos estudantes, sendo que 35% têm uma impressão positiva da aula teórica, 27% têm uma impressão negativa e 14% apontam dados positivos e negativos em relação às aulas ministradas.

Em relação ao conteúdo, mais do que o tema abordado, o estudante valoriza sua aplicação na execução das tarefas programadas, desde temas clínicos voltados para a prática ambulatorial, até temas de saúde coletiva voltados para a tarefa de educação em saúde e o estudo de caso, como relatado abaixo:

“De modo geral as aulas teóricas foram boas. Os assuntos abordados se mostraram correlacionando com as práticas nas USs e com os trabalhos principalmente o estudo de caso”. (EE4)

Ocorre em algumas aulas, que embora tratem de temas relevantes, estes são repetitivos, uma vez que já foram abordados anteriormente, trazendo desestímulo para a atividade:

“...as aulas sobre o SUS foram repetitivas, pois o assunto já havia sido abordado em duas disciplinas anteriores...” (EE58)

“As aulas já haviam sido vistas em outras disciplinas, representando somente repetições de temas já conhecidos. Não sentimos que as aulas nos acrescentaram algo a nossa formação. Por exemplo, a aula de imunizações já havia sido dada pelo mesmo professor na disciplina de pediatria neste mesmo semestre”. (EE79)

Os dois enfoques anteriores, a pertinência do tema voltado para a execução das tarefas na unidade de saúde e o lado negativo de sua repetição, acabam por fazer parte do comentário dos estudantes:

“As aulas teóricas foram muito proveitosas, enfocando conteúdos simples, mas de extrema importância como alimentação no 1º ano de vida, vacinação, mortalidade infantil, abriu espaço para discussão de temas como qualidade de vida, espiritualidade e relação médico-paciente, todavia, a aula que aborda os modelos dawsoniano e flexneriano já foi ministrada em saúde, sociedade e meio ambiente, organização de serviços e sistema de saúde e AIS-I”. (EE66)

“Assuntos relacionados com pediatria foram bem todos e com certeza contribuíram de forma importante para a formação. Aulas a respeito dos conselhos de saúde e outros dispositivos administrativos foram instrutivos e devem permanecer nas grades. Demais assuntos são repetição de disciplinas anteriores e podem ser descartados”. (EE73)

Durante os atendimentos realizados na unidade de saúde, o acesso ao prontuário do paciente está informatizado, sendo que os dados obtidos durante a consulta são remetidos on-line para o documento do paciente. Quando o atendimento exige um encaminhamento para outros níveis de atenção, também é o acesso eletrônico o meio utilizado, ou seja, atualmente o computador faz parte do consultório médico. Possivelmente por esta razão alguns estudantes sugerem que o tema informática, deveria fazer parte do conteúdo da disciplina.

“As aulas teóricas são de grande valia também, só acredito que ficou pendente alguma aula sobre sistema de informática na rede básica”. (EE9)

Da mesma forma tem sido enfatizado o relevante papel da humanização nas práticas médicas, em alguns momentos subvalorizada, frente às tecnologias e os exames complementares. Em relação a este tema, alguns estudantes sugerem que este esteja contemplado nas aulas teóricas:

“Bem desenvolvidas e planejadas ao envolverem assuntos colocados diretamente em prática na UBS. A inclusão de 1 ou 2 aulas sobre humanização do profissional médico poderiam ser interessantes com caráter mais reflexivo que acadêmico”. (EE53)

Em relação aos aspectos didáticos pedagógicos utilizados, as críticas apontadas estão mais relacionadas a uma falta de suporte bibliográfico para pesquisa e pouca diversificação didática. Nas aulas teóricas, o grande número de estudantes (80-90), traz em alguns momentos, desatenção, conversas paralelas, com evidente prejuízo para a atividade.

“As aulas teóricas não possuíam uma bibliografia prática fácil e disponível para consulta e estudo...”. (EE33)

“...faltou um pouquinho de material didático, parece besteira, mas trazer material para o aluno entrar em contato estimula muito. Um exemplo é que na aula de aleitamento é falado muito sobre como amamentar, o tipo de alimentação, aparelho para tirar o leite, isso poderia ser mostrado em vídeo...” (EE24)

“As aulas, apesar de terem conteúdo produtivo, foram muitas vezes prejudicadas por conversa paralela”. (EE40)

Chama a atenção uma falta de recursos bibliográficos evidenciando que a aula continua centrada no professor, na transmissão do conhecimento, o que inibe uma forma ativa de aprendizagem desestimulando o estudante a buscar informações para a construção do seu conhecimento, algo atualmente comum pelo fácil acesso eletrônico disponível.

Quando observamos a literatura, o estudo de Campos, J.J.B (2009), confirmam os dados apresentados, reforçando que na estratégia didática utilizada na UFPR, há um predomínio (91-98%) de aulas expositivas e no processo de avaliação, predomina (93%) as provas discursivas ou testes. Na etapa final do curso, no internato, praticamente não ocorre avaliação específica de habilidades, atitudes, evidenciando a desvalorização das dimensões não-cognitivas, na formação médica.

O trabalho, aponta ainda, que o auto estudo, através da biblioteca, mostra nesta escola e em outras (UEL, UNICENP) uma diminuição progressiva do interesse ao longo do curso, o que poderia ser justificado em parte pela possibilidade de acesso eletrônico em parte pelo aumento das atividades acadêmicas ao longo do curso. Seja qual for a razão, o fato é que apenas 4% dos estudantes da UFPR ao final do curso, utilizam a biblioteca como fonte de estudo.

Na prática ambulatorial: Em relação a este eixo de observação foram obtidos relatos com 64% dos estudantes, sendo que 35% têm uma impressão positiva da atividade, 21% têm uma impressão negativa e 8% apontam dados positivos e negativos durante a atividade. O estudante ao iniciar uma prática profissional, mostra grande disposição em efetuar todas as etapas do ato médico, buscando, portanto uma autonomia perante o atendimento. Ocorre que em algumas unidades de saúde, em parte pelo número de alunos no consultório, em parte pelo perfil do médico supervisor, isto não acontece, o que pode ser percebido nos relatos dos estudantes:

“Positivo...visitas, autonomia para atender pacientes...”. (EE10)

“...também houve pouca autonomia, éramos em muitos porém nunca realizamos uma consulta sozinhos...”. (EE74)

“as aulas de atendimento ambulatorial é importante, porém senti falta de um pouco mais de autonomia. Não tínhamos a possibilidade de atender um paciente sozinha...”. (EE76)

Na atenção básica à saúde, diferente do ambiente hospitalar, a morbidade está relacionada com as doenças prevalentes, com menor complexidade orgânica, mas que agregam contribuições para a formação médica, o que fica explícito nos relatos abaixo:

“Bom aprendizado prático, com bastante empenho do professor em ensinar/explicar, convívio com doenças mais prevalentes, diferentemente do HC. Aprendizado da importância do nível 1º ou básico de saúde”. (EE15)

“...primeiro contato com a pediatria, possibilidade de ver doenças comuns da atenção primária e que não vemos aqui no HC, possibilidade de atender adolescentes usuários de álcool/droga...”. (EE16)

É preciso considerar que no ambiente do consultório, durante o atendimento são estabelecidas relações entre os estudantes, o médico e o paciente. Nestas situações podem surgir desdobramentos positivos ou negativos entre as pessoas envolvidas:

“É um dos únicos momentos em que de fato tivemos contato com a prática clínica esse semestre, por isso foi positivo. O professor responsável em todos os momentos mostrou-se receptivo e disponível para ajudar e esclarecer dúvidas”. (EE61)

“Os atendimentos que acompanhamos foram deficientes em relação ao treinamento de anamnese, com muito pouca diversidade em relação ao aprendizado de patologias e pouco nos acrescentou em relação à aquisição de um maior conhecimento sobre possibilidades terapêuticas (que é o principal objetivo dos alunos ao cursarem uma disciplina)”. (EE81)

As experiências que os estudantes vivenciaram, acabam por influenciar na formação de sua identidade profissional, induzindo um modelo profissional

adequado ou não. Considerando os critérios centrais na relação médico-paciente como respeito, solidariedade e responsabilidade, os relatos apontam experiências positivas e negativas nesta direção:

“Todos os casos atendidos com empatia e responsabilidade”. (EE43)

“Muito bom! Sem queixas! Sempre haviam pacientes; o professor é muito paciente e explica bem; melhor exemplo de relação médico-paciente que alguém poderia ter”. (EE47)

“Infelizmente, para mim e acredito toda a equipe o atendimento prestado pelo doutor nos mostrou o que não queremos ser. Uma vez que não há resolutividade e muito menos atenção integral ao paciente...”. (EE35)

“...na maioria das vezes ficávamos só observando, sem entrevistar ou encaminhar 1 só paciente. Isso sem citar o fato de que observar como os pacientes eram atendidos era, no mínimo, revoltante. Pra resumir, na imensa maioria, poderia dizer na totalidade das vezes, observamos anamnese mal feitas e incompletas, exame físico desleixado e feito com técnica inapropriada ou totalmente errada. Foi um laboratório de como não atender seu paciente”. (EE62)

A consulta médica é um encontro onde busca-se atender as necessidades apresentadas. Ocorre que este momento guarda um potencial para executar outras condutas, em especial, ligadas a promoção da saúde, algo nem sempre atendido:

“O atendimento deve existir, com presença compulsória dos alunos e o enfoque deve abranger “promoção à saúde” tanto quanto à consulta clínica...”. (EE22)

Através da prática ambulatorial é possível desenvolver competências e habilidades previstas nas diretrizes curriculares. Estas indicam que o médico seja competente e hábil para executar uma consulta médica (Art.5º/V), desde a anamnese, a construção da história clínica, até a técnica do exame físico, complementado na seqüência pelos recursos terapêuticos validados cientificamente (Art.5º/XI).

O encontro que ocorre no consultório, mostra nas suas relações, fragilidades e potencialidades entre o médico, o estudante e a pessoa atendida. A boa “práxis” médica apontada como “melhor exemplo de relação médico-paciente que alguém poderia ter” (EE47) contrapõe-se a formas negativas como “foi um laboratório de como não atender seu paciente” (EE62).

Através destas experiências, das relações que os estudantes vão estabelecendo, eles vão construindo uma identidade profissional como apontado abaixo:

“as identidades nunca são unificadas: elas são, na modernidade tardia, cada vez mais fragmentadas e fraturadas; elas não são, nunca singulares, mas multiplamente construídas ao longo de discursos, práticas e posições que se podem cruzar ou ser antagônicas [...] elas se constroem nas e pelas interações ao longo da vida”. (SISSON, 2009, p.118)

Deste modo é no conjunto destas interações que os estudantes vão construindo sua identidade profissional, por semelhança ou por contraste, nos cenários de ensino-aprendizagem (ou fora deles), compondo progressivamente seu perfil médico.

Estudo de Caso: consiste em uma atividade, na qual os alunos acompanham um paciente e/ou uma família vinculada a Unidade de Saúde, durante o tempo em que estão na disciplina. Esta situação origina-se a partir de um atendimento na Unidade Básica de Saúde, ou é indicada pela equipe local face aos agravos apresentados. Ela é compartilhada por um grupo de 4-6 estudantes, buscando desenvolver competência para atuar em diferentes cenários de aprendizagem, com atitudes relacionais positivas de vínculo, prática humanitária, responsabilidade, buscando de forma dialogada propor uma intervenção possível respeitando os aspectos social, emocional e crenças envolvidas no acompanhamento.

Os relatos obtidos mostram que 63% dos estudantes têm uma impressão positiva da atividade enquanto 30% têm uma impressão negativa e 6,5% referem aspectos positivos e negativos nesta tarefa.

Estaremos analisando o estudo de caso considerando a percepção do estudante sobre esta atividade, seu valor e o significado para a sua formação. Como este estudo posteriormente é compartilhado entre todos os estudantes em forma de seminário, estaremos trazendo suas impressões, vantagens e desvantagens apontadas nesta apresentação. Buscamos correlacionar às competências e habilidades preconizadas nas diretrizes curriculares durante o desempenho desta atividade.

O estudante refere valor na abordagem humanitária atrelado à atividade, buscando compreender as angústias que o adoecimento traz as pessoas. As diretrizes reforçam a necessidade de incluir as dimensões ética e humanista (Art. 12/III) na formação médica.

“Foi um bom feedback do que se passa lá fora, mas o que achei o mais legal foi sempre a visão humanitária que a disciplina atrelou a cada caso. Mais do que a doença, compreender as angústias trazidas por esta”. (EE65)

Em outro momento, os estudantes revelam que por estar na realidade do paciente, no local onde ele mora e vive, podem perceber outros elementos ligados ao adoecimento. As diretrizes no seu Art. 6º colocam como essencial para a

formação médica considerar o contexto do indivíduo e de sua família buscando “a integralidade das ações do cuidar”, o que pode significar o apoio de outros níveis de atenção, ou de outros setores, ligados direta ou indiretamente à saúde.

“...faz o grupo pensar o paciente enquanto ser completo, na medida em que nos aproxima da realidade dele”. (EE50)

“O estudo de caso é interessante para “visualizarmos” como ocorre a integralidade descrita no SUS, como é o processo de ligação entre todos os setores, desde para aspectos clínicos que necessitam de maiores especializações e até de outras áreas de saúde. Também é possível analisar toda a dinâmica de uma família”. (EE63)

Os estudantes percebem a importância da integração entre o agente comunitário de saúde e a unidade básica de saúde, bem como observam outros aspectos envolvidos no adoecimento, em especial os componentes social e psicológico. As diretrizes no seu Art.12/IV reforçam o papel interdisciplinar e a integração das dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais, coerente com os relatos apresentados.

“Proporciona um conhecimento da realidade em que o paciente está inserido e, desta forma, a importância da integração entre a US e o agente comunitário além do atendimento nos níveis bio-psico-social do indivíduo”. (EE31)

“...estudo de algo além da doença em si, como por exemplo, aspectos sociais e psicológicos do indivíduo”. (EE39)

Nestes relatos, os estudantes referem-se à possibilidade do estar fazendo promoção da saúde, bem como atuar em outros ambientes de atenção, para além do consultório. Nas diretrizes curriculares sinaliza-se desenvolver competência e habilidade para atuar junto a pacientes, familiares e comunidade, em práticas de promoção da saúde (Art. 5º/IV).

“Foi sem dúvida a melhor atividade realizada, uma vez que foi integral, pudemos colocar em prática os conhecimentos adquiridos, fazer promoção e prevenção da saúde, observar a ação do agente comunitário, acompanhar o paciente não só num momento e não apenas no ambiente do consultório e além disso correlaciona com os princípios e diretrizes do SUS”. (EE35)

“...refletir mais um pouco sobre promoção de saúde que muitas vezes é um ponto importante na vida do paciente. Acho interessante que a gente tenha esse tipo de contato e visão...”. (EE8)

As diretrizes orientam no seu Art. 6º/III que na abordagem do processo saúde-doença é necessário considerar os múltiplos aspectos de determinação que ocorrem, o que pressupõe o conhecimento da realidade da pessoa/família, suas condições de existência, buscando a proposta de intervenção, possível.

“...é interessante verificar a influência do meio e das condições de vida na saúde da população”. (EE83)

“O estudo de caso dá bastante trabalho. Mas, acredito que foi um dos tópicos mais importantes da disciplina, pois podemos conhecer, de fato, o ambiente em que o paciente mora. E, assim, intervir de modo efetivo no que diz respeito às suas condições e hábitos de vida”. (EE25)

Em outros relatos os estudantes refletem uma postura reflexiva, avaliando de forma crítica a atuação do sistema de saúde, o que é coerente com as diretrizes que referem a necessidade de lidar criticamente com as políticas de saúde. Enquanto cidadão, enquanto profissional da área da saúde, ter uma postura reflexiva e crítica, são elementos essenciais na formação médica (Art.5/XVI).

“Acrescentou bastante a nossa atividade dentro da disciplina, pois nos permitiu entrar em contato mais próximo com paciente, e discutir as falhas e benefícios do SUS na prática”. (EE60)

O estudante quando em um cenário de ensino que envolve a casa das pessoas, acaba por se encontrar diante de dificuldades que vai exigir no seu encaminhamento o apoio de outros profissionais, algo pouco comum no atendimento individual localizado no consultório. É estimulado na formação utilizar cenários diferentes de ensino-aprendizagem, conhecendo situações variadas da vida, em uma prática de equipe multiprofissional (Art.12/VI).

“O estudo de caso é o que acontece de mais interessante no PAG II. Relacionar a clínica com a saúde coletiva é um exercício importante, difícil de ser feito, e estimulado por esse trabalho. Trazer as teorias nas quais o SUS se sustenta para o cotidiano do profissional de saúde e do paciente, e possibilitar a análise das mesmas é muito rico, principalmente se a equipe tentar encontrar alternativas para desviar dos obstáculos encontrados, e não apenas aceitar o analisado. Ressalto a importância da visita domiciliar e do contato com os outros profissionais que trabalham na UBS (enfermagem, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, odontólogos)”. (EE45)

O estudo de caso construído por grupos de 5-6 alunos, é compartilhado em sala de aula, com todos os estudantes, buscando uma discussão que aprofunde a situação vivenciada. Durante a apresentação o aluno desenvolve sua habilidade de comunicação frente aos colegas e deve ser competente para elaborar um documento descritivo sobre a apresentação, que irá compor o acervo da disciplina. Ocorre que o desempenho da atividade expõe algumas dificuldades, como ilustrado nos relatos:

“Foram muito proveitosa para os grupos que realizaram os estudos, mas as apresentações para a turma toda não foram muito proveitosas”. (EE30)

“...apresentação para a turma é inútil, pois ninguém se interessa pelas informações. Poderia ser apresentado apenas para as pessoas (alunos) da unidade de saúde, economizando tempo e sendo mais proveitoso”. (EE42)

Assim como trouxemos relatos relacionados com a percepção do estudante na construção do estudo de caso e suas dificuldades na apresentação, são levantados outros dados relevantes associados com esta atividade:

“É um trabalho muito interessante, já que nos tira da rotina do hospital e do consultório da US, porém é negativo à medida que cria um falso vínculo entre a equipe e o paciente que não poderá ser mantido pela impossibilidade de horários e disciplinas da faculdade em outros locais da cidade”.(EE58)

“...sem supervisão...”. (EE97)

Nos relatos dos estudantes fica uma impressão geral positiva em relação a esta atividade, contemplando dados formativos excluídos na prática ambulatorial, em especial relacionados ao modo de morar e viver das pessoas, observando dados culturais, sociais, que estão envolvidos no processo saúde-doença. Agrega certamente dificuldades, relacionada à supervisão da atividade, em muitas situações delegadas ao ACS, ou a algum profissional da equipe local.

O envolvimento dos estudantes com a família gera alguma decepção ao término da atividade. A estratégia pedagógica de seminários, visando compartilhar as experiências, mostrou-se pedagogicamente inadequada por ser repetitiva, ao longo das semanas e pouco produtiva, quando considerado o grupo todo de estudantes.

Pelos relatos percebe-se que o estudante pode e deve integrar a prática da clínica, com a saúde coletiva, naquilo que vem sendo chamada de clínica ampliada rompendo a dicotomia entre assistência e prevenção, entre o individual e o coletivo, desconstruindo a segmentação da abordagem na formação médica (CUNHA, 2005). Nesta atividade fica explícita, a possibilidade de conciliar relevância técnica e social na prática profissional, coerente com as complexas demandas da sociedade contemporânea, em particular as relacionadas com o processo saúde-doença.

Educação em Saúde: esta tarefa é oriunda de um diálogo entre a escola e o serviço, os estudantes e a equipe local de saúde, quando são discutidos temas importantes, a serem trabalhados junto à comunidade, estimulando ações de promoção da saúde. É uma tarefa que exige criatividade, ocorrendo em forma de palestras, trabalhos em grupos, sendo que o estudante sob supervisão dos professores tem autonomia para o planejamento e a execução. Acontece dentro da própria unidade de saúde, dirigida a um público alvo específico, criança, gestante, grupo de hipertensos, entre outros, ou na comunidade em associações de bairro, igrejas, escolas ou mesmo espaços públicos. Os relatos abaixo mostram que 83%

têm uma impressão positiva da atividade enquanto 17% têm uma impressão negativa. Os relatos explicitam estas impressões.

“Atividade bastante sólida, pois percebemos que há muitas dúvidas sobre assuntos básicos e bastante prevalentes. Praticamos a promoção da saúde e entendemos sua importância”. (EE20)

“Extremamente útil no sentido de aprender o manejo de pacientes e grupos com interesse em comum, importante no desenvolvimento de técnica para abordar a comunidade e chamá-la para a prevenção em saúde”. (EE66)

Em relação aos aspectos formativos, que dela decorrem, vemos que por estarem atuando fora do consultório, junto à comunidade, eles desenvolvem relações afetivas com um traço humanístico. Habilidade de comunicação e estímulo à cidadania também podem observados conforme os relatos abaixo:

“Ótima oportunidade para contato com a comunidade e aprendizado no lado humano do médico”. (EE43)

“Relevante, pois aproxima o médico da comunidade. O trabalho desenvolvido foi muito bem recebido e acredito que tenha crescido a ambos os lados participantes”. (EE50)

“Foi ótimo o contato com as crianças, estimulante. Forçou-nos a falar na linguagem deles e desenvolver as atividades que lhes fossem interessantes”. (EE82)

“Achei a melhor atividade que realizamos, extremamente empolgante por vermos nosso trabalho ser útil para a sociedade”.(EE89)

“Na minha opinião, a educação em saúde é sempre uma atividade que deve ser estimulada, pois é a partir desta que podemos a partir de um momento pontual atingir um grupo de pessoas considerável, trocar experiência, esclarecer dúvidas e fazer isso de uma forma mais dinâmica”. (EE35)

Embora obtenha junto aos estudantes uma boa receptividade, surgem algumas dificuldades operacionais e questionamentos, relacionado a uma falta de discussão teórica sobre a atividade, bem como o fato de ser pontual, o que retiraria dela uma possibilidade de maior repercussão junto à comunidade:

“...confusão sobre equipamentos disponíveis no local da apresentação (escola) quase prejudicou a realização da palestra. Por sorte o doutor estava com datashow em seu carro no dia”. (EE4)

“...a discussão teórica sobre o assunto foi muito rasa o que desvaloriza/minimiza esta experiência”. (EE47)

“O projeto de educação em saúde, colocado em uma atividade só durante o semestre não passa a necessidade de que essa educação deve ser contínua, no cotidiano do profissional de saúde, e da um ar assistencialista ao projeto. Poderíamos priorizar que a educação em saúde acontecesse em cada consulta, de maneira individual, voltada para a realidade de cada paciente (o que nem sempre aconteceu)”. (EE45)

Relatório sobre a Unidade de Saúde: esta atividade tem como objetivos, integrar a escola, o serviço e a comunidade, uma vez que desloca o estudante do consultório para outros setores da UBS, como a farmácia, a sala de vacinas, sala de pré-consultas e locais onde ocorrem atividades programadas como grupo de hipertenso, gestante, pessoas com distúrbio ligado à saúde mental, bem como realiza uma visita domiciliar para uma família em situação de risco. A construção deste relatório pressupõe um diálogo entre os estudantes e a equipe local de saúde para a obtenção dos dados.

Após a realização do relatório, este seria um instrumento de discussão entre estudantes e professores sobre o funcionamento do sistema local de saúde e sua relação com os outros níveis de atenção. Os relatos sobre esta atividade mostram que 29% têm uma impressão positiva desta tarefa enquanto 66% têm uma impressão negativa e 4,8% têm uma impressão positiva e negativa.

Considerando que o objetivo inicial da atividade é a integração entre a escola e o serviço através da coleta de dados, na prática esta atividade agregou dificuldades como relatado abaixo:

“...achamos que a autoridade sanitária local foi meio inacessível e dificultou pouco nosso acesso aos dados da unidade, além de desconhecer a maioria dos programas de forma adequada”. (EE23)

“A unidade dificultou bastante o acesso às informações e muitas das informações a unidade não tinha controle ou sequer tinha um levantamento dos pacientes cadastrados nos programas, dificultando bastante a elaboração do relatório”. (EE24)

Em algumas unidades de saúde alguns estudantes não encontram dificuldade na realização da tarefa; que pode ser ilustrado nos relatos abaixo:

“Tivemos total apoio e não encontramos dificuldades. A receptividade da equipe da unidade de saúde foi ótima”. (EE37)

“Bastante interessante, pois nos aproximou da realidade da Unidade e permitiu que tomássemos conhecimento de falhas existentes e também pontos fortes”. (EE50)

Após a realização do relatório, o que foi difícil para alguns grupos, surge uma dificuldade intrínseca à disciplina, qual seja a falta de discussão e análise crítica dos dados levantados:

“Com muitos dados solicitados mas sem nenhuma análise crítica sobre esses dados”. (EE5)

“...pegar os dados da UBS (que eles não liberam, tivemos que ir ao DS) se mostra desnecessário, visto que gastamos tanto tempo com isso que não analisamos os dados obtidos. Seria mais proveitoso se nos dessem os dados e pedissem a análise dos mesmos...”. (EE45)

A experiência mostrou que a coleta de dados para a elaboração do relatório, expõe a organização interna do serviço com seu processo de trabalho, desencadeando em alguns locais, relações conflituosas. A falta de supervisão adequada para a intermediação dos entraves encontrados revela uma fragilidade da escola, na integração do ensino/serviço. Uma crítica pertinente da falta de discussão sobre os dados levantados, retira desta atividade, seu potencial formativo; mostrando que a construção do ensino, na atenção básica à saúde, exige novas identidades profissionais dos professores, pressupondo uma ressocialização docente, compatível com as demandas didáticas apresentadas.

A estruturação da formação médica, vem se organizando a partir de um modelo técnico-científico, sendo que na contemporaneidade, surgem propostas orientadas por um enfoque ético-humanista, o qual tenciona e questiona o modelo anterior. A abordagem neste enfoque, implica mudanças entre os vários segmentos envolvidos com o adoecimento, entre eles a escola médica e nesta os professores. Os novos desenhos de ensino-aprendizagens agregam desafios que vão do cenário de ensino, na atenção básica à saúde, ao conteúdo formativo voltado para as questões sociais, culturais e psicológicas do indivíduo bem como as estratégias didáticas utilizadas. Neste novo contexto podemos falar em um novo professor, a partir do antigo, pressupondo, portanto uma transformação, uma mudança de atitude docente, coerente e adequada às novas demandas.

6.2. ESTUDANTE INGRESSANTE: Os estudantes ingressantes na disciplina de atenção integral à saúde II (AIS-II), tiveram no semestre anterior, uma experiência de ensino, na atenção básica à saúde, o que dá a eles, subsídios para responder ao questionário. Os resultados encontrados neste instrumento serão analisados a partir de 4 eixos principais: I- Perfil social, II- A relação com o curso de medicina, III- Ensino médico na Unidade Básica de Saúde, IV- Ensino médico junto a comunidade.

Perfil Social: Para traçar o perfil social do estudante, procuramos trabalhar em três eixos. No primeiro eixo procuramos conhecer sua faixa etária, origem escolar, atividade laboral, hábitos de estudo e estilo de vida (tabela 3 e tabela 4). No segundo eixo procuramos conhecer sua procedência geográfica, com quem moram e se tem acesso a carro e plano de saúde (tabela 5). No terceiro eixo procuramos identificar eventuais problemas de saúde e suas condutas nesta situação (tabela 6).

Em relação ao primeiro eixo, obtivemos os seguintes dados:

Na observação da tabela 3, temos um predomínio de estudantes na faixa etária de 20-25 anos (87%), a maioria mulheres. Em relação à origem escolar, a partir do ensino médio há um predomínio (67%) da escola privada, especialmente entre as mulheres. Na atividade laboral temos que (90%) dos estudantes não apontam qualquer atividade. Entre os que trabalham há um predomínio masculino (5 dos 6 estudantes) com várias atividades.

Quando comparamos os dados acima com a literatura, encontramos em um estudo que envolveu várias escolas, estudantes na faixa etária de 20-25 anos, com uma frequência de (76%), pouco abaixo de nossos resultados (OLIVEIRA, 2007).

Em relação à origem do ensino médio a partir de escola privada, em duas escolas pesquisadas este número oscilou entre (68% a 85%) dos estudantes, pouco acima do verificado em nossos dados (CAMPOS, J.J.B., 2009).

Em relação à atividade laboral, os dados apresentados pelos autores acima são semelhantes aos encontrados em nosso estudo.

TABELA 3 – RELAÇÃO ENTRE IDADE/GÊNERO/ESCOLA/TRABALHO REFERENTE AOS ESTUDANTES INGRESSANTES NA DISCIPLINA AIS – II

F	Mulheres		Homens		Total	%
	Idade	Escola Pública	Escola Privada	Escola Pública		
O	20-22	3	16	4	10(T)	33 55
N	23-25	2+1A	9(T)	3+1 ^a	3(T)	19 32
T	26-28	1	1	-	1	3 5,0
	29-31	1	-	1(T)	-	2 3,3
E	32-34	-	-	1(T)	-	1 1,6
:	56-58	-	-	1	-	1 1,6
	Total	8	26	11	14	59 98
	%	(13,5)	(44)	(18,6)	(23,7)	

FREITAS E CARLINI (2010)

NOTA: Sigla A, refere-se à estudantes oriundos de escola pública e privada.

A sigla T refere-se a estudantes que trabalham.

Na observação dos dados da tabela 4 encontramos que os dois grupos buscam a internet de modo semelhante em relação ao estudo, o que significa um reforço frente ao conteúdo trabalhado em sala de aula. Há um predomínio feminino quando o acesso visa rede social e um predomínio masculino para notícias e serviço. As mulheres usam mais a biblioteca, tem mais acesso a espiritualidade, porém entre os homens há mais referência de lazer.

Estudos em relação ao uso da biblioteca, mostram uma queda significativa, entre o início do curso (95%) e a sua conclusão (40%), dados coerentes ao

verificado em nossa pesquisa (CAMPOS, J.J.B., 2009). Reconhecendo que entre o cuidado ofertado as pessoas, hábitos de vida como o lazer e a espiritualidade podem estar presentes, a falta destas práticas entre os estudantes diminui a legitimidade desta conduta durante os atendimentos. Durante o curso de medicina, a composição curricular, as situações vivenciadas, é uma fonte de estresse. A qualidade de vida, reforçada junto aos pacientes, necessita ser estimulada entre os estudantes como futuros promotores da saúde.

TABELA 4 – RELAÇÃO ENTRE GÊNERO/ESTILO DE VIDA E ESTUDO REFERENTE AOS ESTUDANTES INGRESSANTES NA DISCIPLINA AIS – II

Estilo de vida/ Estudo	Homem	%	Mulher	%
Internet/estudo	26	100	35	100
Internet/Rede social	22	84	34	97,1
Internet/Notícias	23	88	20	57,1
Internet/Serviços	14	53	10	28,5
Internet/Outros	9	34,6	5	14,2
Biblioteca	20	76,9	34	97,1
Lazer	25	96,1	13	37,1
Espiritualidade	7	26,9	13	37,1

FONTE: FREITAS E CARLINI (2010)

Em relação ao segundo eixo de pesquisa procura-se levantar dados referentes à procedência deste estudante, cidade e/ou estado de origem, e o suporte pessoal para o desempenho acadêmico. Observa-se que a maior parte dos estudantes tem origem em capitais, são paranaense e moram com a família (71%). Tem acesso a planos de saúde e carro, mostrando que apresentam uma boa estrutura de suporte para o desempenho de suas atividades escolares. Dados da literatura apontam que morar distante da família, seria um fator limitante na qualidade de vida, o que ocorre com (30%) de nossos estudantes (BATISTA et al., 2010).

TABELA 5 – RELAÇÃO ENTRE FAMÍLIA/PLANO DE SAÚDE E CARRO REFERENTE AOS ESTUDANTES INGRESSANTES NA DISCIPLINA AIS- II:

Origem/ Suporte pessoal	Mora c/ família				Não mora c/ família				Total	%
	Tem plano saúde		Não tem plano saúde		Tem plano saúde		Não tem plano saúde			
	Tem carro	Não tem carro	Tem carro	Não tem carro	Tem carro	Não tem carro	Tem carro	Não tem carro		
PR Capital	18	5	1	2	1	-	1	-	28	46
PR Interior	4	1	2	1	6	2	1	2	19	31
RGS- Interior	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1,6
SC Interior	-	-	-	-	-	1	-	-	1	1,6
SP Capital	3	-	-	-	1	-	-	-	4	6,5
SP Interior	1	-	-	1	1	-	-	-	3	4,9
RJ Capital	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1,6
MG Capital	-	-	-	1	-	-	-	-	1	1,6
MT Capital	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1,6
MT Interior	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1,6
MS Interior	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1,6
Total	30	6	3	5	9	3	3	2	61	100

FONTE: FREITAS E CARLINI (2010)

Em relação ao terceiro eixo de pesquisa (Tabela 6), procuramos conhecer seus eventuais problemas de saúde e a conduta tomada nestas situações. Os resultados mostram que há uma predominância de sintomas gerais (dificuldade de concentração, humor instável, fadiga) e sintomas físicos (cefaléia e gastroenterite) na população feminina. Distúrbios do sono ocorrem em praticamente a metade dos estudantes. A auto medicação aparece nos dois grupos, o que é paradoxal já que esta prática é desestimulada durante as consultas médicas. O convívio prolongado com distúrbio de sono, associado a sintomas depressivos e ansiedade, acrescido a uma carga excessiva de estudos pode moldar mecanismos doentes de compensação, como o uso de drogas, e conseqüentemente queda no rendimento escolar (BALDASSIN, 2004). É importante que a escola médica esteja atenta e traga uma ajuda através de núcleos de apoio psicológico e educacional aos estudantes de medicina.

Os dados mostram que nas intercorrências os estudantes estão distantes do serviço público, sendo que apenas 3 estudantes referem o SUS como referência de atendimento e a maioria utiliza serviços particulares ou de convênio médico. A não utilização do serviço público em especial pela classe média tem sido apontada como elemento de fragilidade frente a consolidação de nosso sistema de saúde (SANTOS, L. 2008).

TABELA 6- RELACÃO ENTRE GÊNERO/SAÚDE/CONDUTA REFERENTE AOS ESTUDANTES INGRESSANTES NA DISCIPLINA AIS –II

Problema de saúde/conduta	Mulheres	%	Homens	%
Humor instável	19	54,2	8	30,7
Fadiga	24	68	11	42,3
Distúrbio do sono	17	48	12	46
Dificuldade de concentração	20	57	9	34,6
Depressão	5	14,2	4	15,3
Assintomático	1	2,8	3	11,5
Cefaléia	20	57	4	15,3
Gastrenterite	8	22,8	2	7,6
Problemas de pele	5	14,2	4	15,3
Outros físicos	5	14,2	7	26,9
Automedicação	18	51,4	15	57,6
Consulta médica	20	57,1	14	53,8
Médico particular	7	20	5	19,2
Médico convênio	14	40	10	38,4
Médico do SUS	1	2,8	2	7,6
Não são tratadas	10	28,5	6	23

FONTE: FREITAS E CARLINI (2010)

A automedicação tem sido justificada frente ao estresse psicológico relacionado ao estudo da medicina e da prática médica, a facilidade de acesso aos medicamentos e fatores culturais, uma vez que no Brasil é frequente a automedicação. Caracteriza-se por adquirir medicamentos sem receitas, quando são compartilhados remédios com membros da família ou círculo social, na reutilização de outras prescrições médicas e no uso inadequado, seja na posologia ou no tempo de uso de alguns medicamentos. É importante olhar para o estudante de medicina, como pessoa, sujeito aos conflitos próprios da existência humana e, portanto propenso as suas mazelas. Em recente estudo (CFM – 2007), onde foi pesquisada a saúde dos médicos no Brasil, percebe-se que quase a metade dos profissionais manifesta distúrbios psiquiátricos de considerável preocupação, sendo que os psicofármacos estão entre os três medicamentos mais usados pelos médicos. Há um número considerável de médicos que fazem uso de drogas ilícitas, sendo delas dependentes.

Os dados apontados pelos estudantes, reaparecem junto ao estudo do CFM, mostrando a necessidade de desmistificar o “ser médico”, reconhecendo e

trabalhando suas fragilidades, estabelecendo precocemente ações de promoção da saúde, relacionadas com a atividade médica.

Curso de Medicina: Buscando conhecer a relação do estudante com o curso de medicina, estaremos fazendo uma observação a partir de 3 eixos: razão para a escolha do curso de medicina, satisfação com o curso e finalmente possíveis áreas de interesse para o futuro profissional.

Em relação ao primeiro eixo de pesquisa, buscamos conhecer as razões, que levam os estudantes ao curso de medicina (tabela 7 e tabela 8), sendo considerada a nota (1) menos importante, a nota (5) mediana importância e a nota (10) a mais importante. Entre as razões para a escolha do curso de medicina evidencia-se uma valorização do componente científico (desejo de compreender/estudar a natureza humana; gratificação pessoal ao poder adquirir conhecimento médico) e do componente humanitário (aliviar o sofrimento das pessoas, sentir-se útil), semelhante entre os dois grupos. Uma diferença, aparece no componente retorno financeiro para a escolha do curso de medicina, maior entre os homens.

Uma análise exploratória em um curso de medicina mostrou como fatores importantes na escolha do curso: 1º altruísmo, interesse em ajudar as pessoas, 2º busca de desafio, lidar com diagnóstico, 3º influência externa, encorajamento ou exemplo de orientador ou mentor e 4º experiência prévia com vivência de estudos ou atividades anteriores, (SOBRAL, 2008). Os dados apontados em nosso estudo são semelhantes ao referido pelo autor, quando consideramos os dois primeiros itens.

TABELA 7 – RELAÇÃO GÊNERO MASCULINO/RAZÃO ESCOLHA DO CURSO DE MEDICINA/ PONTUAÇÃO ENTRE OS ESTUDANTES INGRESSANTES NA DISCIPLINA AIS -II

Razão de escolha/Pontuação	1	5	10
Prestígio social	5	13	5
Gratificação pessoal ao poder adquirir conhecimento médico	1	11	10
Desejo compreender/estudar natureza humana	2	5	17
Aliviar o sofrimento das pessoas	3	6	14
Retorno financeiro	-	9	13
Sentir-se útil	4	7	13
Ter uma profissão liberal	4	12	8
Influência de familiares ou pessoas próximas	13	7	4
Vocação para atender/compreender as pessoas	5	10	8
Dom para atuar nesta profissão/área	9	10	6

FONTE: FREITAS E CARLINI (2010)

TABELA 8 – RELAÇÃO GÊNERO FEMININO/RAZÃO ESCOLHA DO CURSO DE MEDICINA/ PONTUAÇÃO ENTRE OS ESTUDANTES INGRESSANTES NA DISCIPLINA AIS -II

Razão de escolha/Pontuação	1	5	10
Prestígio social	15	15	2
Gratificação pessoal ao poder adquirir conhecimento médico	1	8	23
Desejo compreender/estudar natureza humana	1	11	19
Aliviar o sofrimento das pessoas	-	10	21
Retorno financeiro	4	22	6
Sentir-se útil	4	11	17
Ter uma profissão liberal	18	9	5
Influência de familiares ou pessoas próximas	24	7	2
Vocação para atender/compreender as pessoas	5	15	10
Dom para atuar nesta profissão/área	11	11	9
Outro	-	-	-

FONTE: FREITAS E CARLINI (2010)

Em relação ao segundo eixo que trata da satisfação dos estudantes frente ao curso (tabela 9 e 10), a maioria (86%) consideram o curso como médio/bom. Apesar deste grau de satisfação, um número significativo de estudantes mostra desejo em interromper temporariamente, desistir e até mesmo buscar outro curso, tendência esta mais acentuada entre os homens.

Considerando que a conclusão dos ingressantes no curso de medicina é de 97,8%, (JORNAL UFPR – 2010) os dados apontados podem significar futuramente uma frustração pessoal e/ou um potencial negativo na qualidade dos serviços prestados a população.

TABELA 9 – RELAÇÃO ENTRE GÊNERO MASCULINO/SATISFAÇÃO/SEQUÊNCIA NO CURSO REFERENTE OS ESTUDANTES INGRESSANTES NA DISCIPLINA AIS - II

	Ruim	Regular	Médio	Bom	Ótimo	Total	%
Grau de Satisfação/ Seqüência no curso	-	5	15	6	-	26	
Interromper temporariamente/ Sim	-	2	10	-	-	12	46,1
Interromper temporariamente/Não	-	3	5	6	-	14	53,9
Desistir/Sim	-	1	7	-	-	8	30,7
Desistir/Não	-	4	8	6	-	18	69,3
Buscar outro curso/Sim*	-	1	8	-	-	9	34,6
Buscar outro curso/Não	-	4	7	6	-	17	65,4

FONTE: FREITAS E CARLINI (2010)

TABELA 10 – RELAÇÃO ENTRE GÊNERO FEMININO/SATISFAÇÃO/SEQUÊNCIA NO CURSO ENTRE OS ESTUDANTES INGRESSANTES NA DISCIPLINA AIS -II

	Ruim	Regular	Médio	Bom	Ótimo	Total	%
Grau de Satisfação/ Seqüência no curso	-	1	12	20	2	35	
Interromper temporariamente/ Sim	-	1	3	7	-	11	31,5
Interromper temporariamente/Não	-	-	9	13	2	24	68,5
Desistir/Sim	-	1	2	5	-	8	22,8
Desistir/Não	-	-	10	15	2	27	77,2
Buscar outro curso/Sim*	-	1	2	2	-	5	14,2
Buscar outro curso/Não	-	-	10	18	2	30	85,8

FONTE: FREITAS E CARLINI (2010)

Segundo estudos (CFM – 2007), percebe-se que vem aumentando o estresse com o trabalho médico, especialmente na última década, fazendo com que 30-40% dos profissionais referem que não escolheriam esta atividade em uma nova escolha. São apontados como causas, as excessivas denúncias de erro médico, exploração do trabalho pelos planos de saúde, questões trabalhistas ligadas ao PSF, aumento crescente do número de médicos, entre outras. Ou seja, é preciso contextualizar a insatisfação que o estudante de medicina apresenta, frente às condições de trabalho esperadas; aproximar as expectativas da formação, com o mercado de trabalho, e as reais necessidades de saúde da população.

Em relação ao terceiro eixo de pesquisa que trata da área ou especialidade médica que o estudante pretende se dedicar ao final do curso, obtivemos junto aos relatos dos estudantes, três grupos distintos. Os que estão decididos por alguma área de atuação, os indecisos e um terceiro grupo que embora indeciso, mostra uma tendência de escolha.

Entre os estudantes decididos, encontramos os seguintes relatos:

Qual: “neurologia”. Por quê: “gosto da matéria, fascínio pela especialidade”.(E141)

Qual: “cirurgião plástico”. Por quê: “pelo gosto à cirurgia e os contornos superficiais do corpo humano, sua estrutura e simetria”. (E113)

Qual: “pediatria”. Por quê: “por gostar muito de lidar com crianças e entender que elas não são “mini-adultos”. (E111)

Qual: “ginecologia e obstetrícia”. Por quê: “cuidado da mulher de modo integral”. (E154)

Qual: “clínica médica”. Por quê: “me parece adequada ao meu perfil”. (E142)

Qual: “neurologia”. Por quê: “tenho mais facilidade nessa área”. (E146)

Esta definição aparece em praticamente a metade dos estudantes com predomínio para áreas de atuação como neurologia, radiologia, psiquiatria, dermatologia, entre outras, as quais não estão contempladas na atenção básica à saúde. Para esta, um número menor de estudantes optam por pediatria, clínica médica, ginecologia obstetrícia e programa saúde da família. Estes dados guardam coerência com o último concurso para residência médica, na UFPR (vide anexo 8) em que as áreas voltadas para a atenção básica à saúde, tem uma procura menor, frente as outras especialidades.

Encontramos um grupo de estudantes indecisos, por alguma área de atuação, o que pode ser ilustrado nos relatos abaixo:

Qual: “não decidi”. Por quê: “muitas me interessam. Decidirei posteriormente”. (E138)

Qual: “não sei ainda”. Por quê: “muitas dúvidas”. (EI24)

E finalmente temos um grupo de estudantes que embora indecisos, mostram uma tendência por alguma área de atuação sem predomínio por atenção básica à saúde ou especialidade.

Qual: “medicina da família (não decidi ainda)”. Por quê: “maior contato com os pacientes, sentir-se mais útil na sociedade”. (EI3)

Qual: “cirurgia vascular”. Por quê: “porque foi o que eu mais me identifiquei até agora ainda não é certeza”. (EI40)

Observa-se, portanto entre os estudantes decididos do 7º período, um predomínio voltado para a especialização, sendo áreas não diretamente relacionadas às demandas prevalentes de saúde da população, o que reflete a vitalidade do modelo flexneriano na formação médica.

Um dado interessante que aparece associado à escolha da especialidade, diz respeito à qualidade de vida, diante da prática profissional ilustrado pelos relatos abaixo:

Qual: “otorrinolaringologista”. Por quê: “é uma especialidade ampla; gostei da matéria; ganhar bem e ter, ao mesmo tempo, qualidade de vida”. (EI9)

Qual: “dermatologia”. Por quê: “retorno financeiro, saúde, estética, qualidade de vida”. (EI61)

Segundo estudos realizados pelo CFM, em 2007, temos que 39,5% dos médicos, trabalham 40-60hs/semanais, podendo em algumas regiões do país chegar até 100hs/semanais, com grande impacto na qualidade de vida. Nos relatos dos estudantes aparece uma adequação da atividade profissional, com a qualidade de vida, podendo significar uma característica emergente relacionada com a prática médica.

Ensino Médico na Unidade Básica de Saúde: Em relação às atividades desenvolvidas pelos estudantes na Unidade de Saúde, procura-se levantar dados sobre seu interesse em conhecer e/ou participar de outros setores do serviço, para além do consultório médico. Busca-se identificar as relações interpessoais que ali ocorrem, as dificuldades apontadas pelos estudantes durante as consultas médicas e suas impressões, sobre as contribuições que o ensino médico no âmbito da unidade de saúde, traz para a sua formação.

Em relação ao interesse do estudante em conhecer e/ou participar de outros setores da Unidade de Saúde (Tabela 11), eles estão motivados em acompanhar reuniões sobre os programas de saúde, voltado para grupos específicos da população (saúde da mulher, saúde da criança, saúde do adulto, saúde mental).

Mostram também interesse pelo setor de vacinas e farmácia. Todos estes setores representam um conhecimento a ser adquirido e podem significar uma melhor integração com a equipe local de saúde.

Frente às atividades ligadas ao conselho local de saúde, há pouco interesse pelos estudantes, em participar. Nas diretrizes curriculares, é apontado que o médico deve ter uma visão social e disposição para atuar em atividades de política e planejamento em saúde (Art.5º/XX), o que necessita ser estimulado.

Algumas escolas mostram ser possíveis a inserção de estudantes, dentro do conselho local de saúde, como forma de conhecer e discutir temas relevantes ligados ao controle social (MORITA e ALMEIDA, 2008). No curso, a abordagem deste tema é infrequente, superficial e descolada da realidade, do dia a dia, dos conselheiros locais de saúde. A oportunidade que a disciplina oferece, busca atender esta necessidade na formação médica.

TABELA 11 – RELAÇÃO GÊNERO/INTERESSE NAS ATIVIDADES UBS ENTRE OS ESTUDANTES INGRESSANTES NA DISCIPLINA AIS -II

Interesse nas atividades	Masculino	%	Feminino	%
Recepção	2	7,6	3	8,5
Vacinas	12	46,1	29	82,8
Farmácia	12	46,1	21	60
Reuniões dos programas de saúde	11	42,3	15	42,8
Reuniões ligadas ao conselho local de saúde	9	34,6	6	17,1
Atividades de educação em saúde	11	42,3	16	45,7
Outro interesse	5	19,2	6	17,1
Sem resposta	1	3,8	1	2,8

FONTE: FREITAS E CARLINI (2010)

Sobre as dificuldades interpessoais que os estudantes encontram (Tabela 12), no cotidiano da US, elas refletem os valores, crenças dos diferentes atores envolvidos, agregando desafios no desempenho das atividades. Entre os homens, os dados apontam uma maior dificuldade, seja em relação aos profissionais da unidade de saúde sejam em relação aos professores, supervisores e os próprios colegas.

TABELA 12 – RELAÇÃO ENTRE GÊNERO/DIFICULDADES INTERPESSOAIS ENTRE OS ESTUDANTES INGRESSANTES NA DISCIPLINA AIS –II

Dificuldade interpessoais	Homens	%	Mulheres	%
Total de estudantes	14	53	15	40
Colegas de turma	5	19,2	3	8,5
Professores/supervisores	7	26,9	6	17,1
Médicos da unidade de saúde	5	19,2	5	14,02
Profissionais da unidade de saúde	9	34,6	9	25,7
Agente comunitário de saúde	2	7,6	1	2,8
*Outro	1	3,8	-	

FONTE: FREITAS E CARLINI (2010)

Sobre a consulta médica, foram levantados dados buscando compreender a percepção dos estudantes frente às emoções, a dor e o sofrimento, decorrente deste encontro, os quais se encontram descritos na tabela 13.

Sua principal dificuldade é a abordagem de pessoas com sintomas indefinidos, revelando o limite do pensamento linear, biomédico, frente ao adoecimento, mostrando a necessidade de uma abordagem ampliada, no cuidado ofertado.

A presença de pessoas nas consultas, sofredoras de sintomas indefinidos tem uma expressão relevante, no conjunto das pessoas atendidas (GUEDES, NOGUEIRA, CAMARGO, 2009). A forma subjetiva e singular do sofrimento humano tem pouco acolhimento no ensino e na prática médica. Percebe-se a necessidade de novas formas de atender as pessoas que valorize os aspectos psicológicos e sociais imbricados no adoecer, estimulando tecnologias relacionais, ampliando a abordagem, buscando mudanças no modelo técnico assistencial hegemônico, o qual deixa sem resposta, um contingente elevado de pessoas que circulam pelos serviços de saúde.

A dificuldade em atender pessoas com sintomas indefinidos, gera no estudante insegurança e medo de fracassar ao tomar uma conduta. Esta insegurança tem determinado uma prática profissional, deslocada para a tecnologia, desconsiderando a subjetividade que as pessoas trazem criando obstáculos de conversação e acolhimento.

O sintoma indefinido gera incerteza, expondo a complexidade que cerca o viver e o adoecer e a necessidade de um pensamento ampliado, que reconheça o caráter multideterminado do adoecer, o que implica em um trabalho multidisciplinar. Esta forma de estimular o pensamento médico apresenta vantagens, quando orientado desde o início do curso, de forma transversal no currículo médico.

Resta saber até que ponto a medicina está aberta à mudança paradigmática desta ordem (NOGUEIRA, 2008), estabelecendo pontes com outras áreas de conhecimento como a filosofia, antropologia, a educação, a psicologia, dando novos significados para a prática médica, uma vez que persistam entre os estudantes fragilidades ligadas a comunicação e ao trato com as emoções, (deles e dos pacientes), refletindo um currículo que prioriza o enfoque técnico e o conhecimento biológico.

Uma outra fonte de dificuldade que os estudantes apontam diz respeito à resolutividade, revelada em uma falta de integração com outros níveis de atenção como acesso a médicos especialistas, exames complementares especializados, ou mesmo transferir o paciente atendido para um leito de observação compatível com a necessidade apresentada. Em alguns atendimentos surge a necessidade de cuidados hospitalares, com internamento, cirurgias, onde é revelada uma grande dificuldade de encaminhamento, frustrando e limitando o trabalho realizado na atenção básica à saúde. Outra fonte de dificuldade diz respeito a integração com outros setores que direta ou indiretamente estão envolvidos com a saúde (intersectorialidade), evidenciando uma fragilidade de um cuidado que se pretende integral.

TABELA 13 – DIFICULDADES COM A PRÁTICA MÉDICA/GÊNERO ENTRE OS ESTUDANTES INGRESSANTES NA DISCIPLINA AIS –II

Dificuldade prática médica	Homens	%	Mulheres	%	Total	%
Medo de fracassar (diagnóstico/ tratamento)	13	50	23	65,7	36	59
Lidar com as minhas emoções	1	3,8	5	14,2	6	9,8
Lidar com as emoções das pessoas	5	19,2	8	22,8	13	21
Comunicação com as pessoas	6	23	5	14,2	11	18
Crenças e valores distintos dos meus	4	15,3	4	11,4	8	13
Lidar com sintomas indefinidos	18	69,2	22	62,8	40	65
Contato com dor e sofrimento	2	7,6	4	11,4	6	9,8
Relações com pessoas de outra classe social	2	7,6	1	2,8	3	4,9
Observar limite na resolutividade	14	53,8	14	40	28	45
*outra	4	15,3	1	2,8	5	8

FONTE: FREITAS E CARLINI (2010)

Sobre as contribuições, relacionadas com a consulta médica, na atenção básica à saúde, foram apresentadas aos estudantes vários elementos envolvidos no atendimento, seja em relação ao ambiente de trabalho, seja em relação à consulta médica, para que eles sinalizem a importância de cada item. Após a leitura destes itens e da valorização atribuída, percebemos que:

Em relação ao ambiente de trabalho, valorizam a possibilidade de vivenciar uma prática médica, fora do ambiente hospitalar e nesta perceber como ocorre o trabalho médico. Embora valorizem estas observações, não vêm nelas, um preparo, uma vinculação com um futuro mercado de trabalho. A sua valorização está focada, principalmente na possibilidade, de iniciar neste espaço uma prática profissional.

Através do primeiro contato com o paciente, o que é a situação de alguns estudantes, estes podem desenvolver uma relação médico-paciente, uma atitude profissional, construindo sua identidade.

Sobre a morbidade, com a qual se deparam, diferente do cenário hospitalar, estarão convivendo com pessoas portadoras de patologias prevalentes, doenças crônicas, que favorece um acompanhamento, construindo relações, criando vínculos, diferente de um hospital terciário em que os pacientes estão separados por ambulatorios, por setores, por patologias, por especialidades.

Na atenção básica à saúde, as pessoas são abordadas por patologias diferentes, no mesmo espaço, pelo mesmo profissional, em uma prática médica generalista.

Em relação à entrevista médica, surge um dado interessante. A anamnese classicamente dirigida para os sintomas físicos, neste estudo, os estudantes valorizam igualmente os sintomas psicológicos, o que pode significar um olhar sensível e ampliado em relação ao processo saúde-doença. Outros dados da anamnese relacionado ao componente social, espiritual ou mesmo as crenças, persistem subvalorizadas.

Na seqüência do atendimento ocorre o exame clínico, realizado pelo próprio estudante acompanhado da discussão sobre os dados levantados. Este momento é apontado como relevante nesta atividade, coerente com a fase cognitiva de raciocínio clínico e construção de diagnóstico, centrais na formação médica.

Após esta fase, valorizam uma prescrição médica, adaptada a realidade do paciente, contrapondo-se a uma prescrição médica ideal. Esta postura sinaliza uma atitude médica sensível, frente aos limites envolvidos no adoecimento das pessoas. Nos pacientes crônicos, esta postura é necessária, uma vez que são doenças multifatoriais e na prescrição é preciso trabalhar com ofertas, não apenas com restrições, buscando o equilíbrio entre o combate a doença, com a produção de vida.

Nestas ofertas, atitudes de promoção e educação de saúde e o estímulo ao auto cuidado são mais valorizados entre os estudantes do que o processo de encaminhamento para outros níveis de atenção ou mesmo a solicitação de exames complementares.

Na seqüência, através dos relatos dos estudantes serão ilustrados os indicativos anteriores. Considerando serem estudantes do 7º período, são

desenvolvidas competências e habilidades, como anamnese, exame físico, desenvolver relação médico-paciente, inerentes à prática profissional, fazendo um elo entre a fase inicial do curso, em especial a propedêutica, com a prática médica.

“Convívio com pacientes ajuda na relação médico-paciente, ver queixas frequentes que são básicas e que ainda não sabemos tratar”. (E11)

“Aplicar na prática a propedêutica aprendida no curso para aperfeiçoar o atendimento aos pacientes”. (E138)

“Aptidão na anamnese e exame físico (clínica), segurança ao atender pacientes, contato com doentes, patologias, sinais, sintomas, desenvolvimento do raciocínio clínico”. (E149)

Na atenção básica à saúde, a morbidade verificada é a prevalente entre a população, em torno de 90% dos agravos de saúde relevante para a formação médica, explicitado nos relatos abaixo:

“Podemos ter contato com doenças prevalentes, comuns na prática médica, diferente do HC, onde temos contato somente com casos mais complexos, além disso nos possibilita maior contato com o paciente”. (E111)

“Saber lidar com queixas mais frequentes e pelas quais mais seremos procurados”. (E124)

“Conhecer os problemas de saúde mais prevalentes na população”. (E139)

Em algumas disciplinas do curso, são apresentadas a organização e o funcionamento do SUS. Nesta atividade, o estudante tem uma vivência prática, desta informação o que possibilita um olhar crítico, sobre o sistema de saúde.

“Contribui para entender melhor o SUS, o que é possível ou não fazer com paciente dentro do SUS”. (E140)

“...melhor compreensão do SUS na prática”. (E153)

Alguns outros estudantes percebem nesta modalidade de ensino outros elementos relevantes, complementares aos citados anteriormente:

“Pode ajudar a ver a realidade na qual vive a maior parte da população, que é muito diferente da realidade de um estudante de medicina”. (E110)

“A realidade da saúde no Brasil deve ser reconhecida e o acompanhamento da rotina das US vem a contribuir muito para a formação médica...”. (E125)

É possível perceber entre os dados mais valorizados na consulta médica, e nos relatos dos estudantes, a importância que eles atribuem a possibilidade de estar iniciando uma prática médica e desenvolvendo as habilidades relacionadas com esta atividade.

Valorizam a possibilidade de atender os pacientes crônicos e os portadores de doenças prevalentes, estando em segundo plano à abordagem de pacientes com sintomas indefinidos.

A atividade abordada na seqüência, qual seja o ensino médico junto à comunidade, contribui trabalhando componentes subvalorizados anteriormente na consulta médica como o social, espiritual e as crenças.

Ensino Médico junto a Comunidade: As diretrizes curriculares nacionais apontam sobre os conteúdos de formação:

“devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrando a realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina”. (Art.6º)

A disciplina de atenção integral busca de forma complementar associar o ensino que ocorre na unidade de saúde, com o ensino oriundo do acompanhamento de uma família, moradora na área de abrangência da US. Busca-se deste modo, trazer para a formação médica, uma base humanista, construída nas relações e comprometida socialmente com a realidade vivenciada.

Em relação às contribuições para a formação médica, relacionado com atividades fora da unidade básica de saúde, ou seja, no acompanhamento realizado às famílias, solicitamos que entre várias contribuições possíveis, os estudantes apontem as mais importantes, obtendo-se os seguintes resultados:

Referem que estar conhecendo a realidade onde a família mora e vivem sua estrutura familiar, suas condições de trabalho e lazer, permite identificar suas necessidades concretas de saúde.

Durante o acompanhamento desta família, os estudantes vão percebendo a necessidade em adequar às orientações realizadas na consulta médica, seja em relação ao uso de medicamentos, seja realizando ações de prevenção e promoção da saúde, respeitada a realidade do paciente.

Os dados apontados mostram que ao estarem junto às famílias eles podem perceber a efetividade da conduta tomada na unidade de saúde em relação aos pacientes, desde a sua compreensão, a sua execução e até mesmo a sua valorização. A observação de dados culturais, ligados ao processo saúde-doença, algo frequentemente desconsiderado pelos médicos, mostra-se relevante durante esta atividade.

Entre os estudantes é pouco valorizado conhecer e participar das reuniões do conselho local de saúde, bem como estar levantando políticas públicas para atender as necessidades das famílias. Esta atitude sinaliza que falta uma postura política na formação médica.

Um dado interessante refere-se a pouca valorização que o estudante tem, em acompanhar o trabalho do agente comunitário de saúde. A inserção junto às famílias depende, na fase inicial, exclusivamente deste profissional, por ser ele, o elo entre a comunidade e a unidade de saúde.

Pelos dados apontados, percebe-se junto aos estudantes que o ensino médico que ocorre fora da unidade de saúde, possibilita uma aproximação entre a escola e a comunidade, estimulando um olhar crítico sobre o adoecimento, através do levantamento das necessidades concretas de saúde, identificando problemas e propondo estratégias possíveis de intervenção.

Para realizar esta atividade, é fundamental a visita domiciliar. Enquanto instrumento pedagógico percebemos na sua execução um conjunto de dificuldades, o que mostra a necessidade de ser trabalhado no enfoque teórico os elementos necessários para a execução desta estratégia, bem como um maior envolvimento docente.

A descrição de seus relatos aponta quatro categorias de dificuldades: a metodologia utilizada na visita domiciliar, as condições encontradas no local, a relação estabelecida entre o estudante e a família e a resolutividade.

Sobre a metodologia utilizada, os relatos mostram que é necessário um planejamento para esta atividade, que vai da definição, de quais informações se busca, como obtê-las, quem estará participando com os estudantes e até mesmo em que horário esta visita pode ocorrer, considerando entraves próprios do cotidiano das pessoas. Estaremos ilustrando os dados apontados, através dos relatos dos estudantes:

“...quais informações são realmente importantes e traçar a partir do diagnóstico uma estratégia de tratamento”. (E13)

“Como abordar a família...”. (E127)

“Falta de apoio dos professores, monitores e profissionais da unidade...”. (E142)

“Disponibilidade do paciente em receber (devido a horário, trabalho...)...”. (E152)

Os relatos acima mostram que esta estratégia, a visita domiciliar, impõe um diálogo entre a escola/serviço/comunidade, com definição de objetivos para o desenvolvimento da tarefa, acordando o modo de participação. A experiência de uma escola revela a preocupação no preparo do estudante para esta atividade, sendo utilizado o procedimento de psicodrama, simulando possíveis situações a

serem encontradas (CERQUEIRA et al, 2009). Reconhecer que a realidade que os estudantes encontram é complexa, mostra a necessidade de estratégias pedagógicas contextualizadas, com base multiprofissional, para o enfrentamento dos vários aspectos que cercam o viver e o adoecer no seio das famílias.

Sobre as condições que os estudantes encontram no local, são verificadas dificuldades na localização e acesso a casa, a distância desta até a unidade de saúde e condições intrínsecas do local, entre elas a segurança, que podem inibir esta atividade. Estas situações reforçam a necessidade de uma integração entre o serviço e a escola, sendo que neste caso, o agente comunitário de saúde, é um elemento central para esta aproximação. O relato dos estudantes explicita o que esta sendo levantado:

“...dificuldade de achar a casa do paciente”. (EI12)

“...moradia de difícil acesso, ruas sem asfalto, cheia de buracos, lama, lixo, esgoto a céu aberto”. (EI45)

“Segurança, locais afastados, ruelas perigosas...”. (EI25)

Sobre a relação que se estabelece entre os estudantes e a família, podem surgir dificuldades em relação à família, com aceitação ou não da visita, eventual falta de receptividade, participação ou mesmo constrangimento. Do lado dos estudantes, alguns têm dificuldade por condição social diversa da encontrada, ou mesmo embaraço relacionado com a rotina da família, como explicitados nos relatos abaixo:

“...recusa do paciente em atender os alunos”. (EI59)

“...a família visitada não estava à vontade para nos receber”. (EI47)

“...as condições hábitos de vida são muito diferentes dos meus”. (EI29)

“...desconforto ao entrar na residência de alguém com condições socioeconômicas piores”. (EI56)

Quando as barreiras anteriores são ultrapassadas, os estudantes referem dificuldades para propor estratégias de intervenções, em face de estrutura social encontrada:

“Como proceder em relação a queixas e problemas relacionadas a condição social...”. (EI3)

“...a curto prazo não há possibilidade de ver certas mudanças”. (EI23)

Em que pesem as dificuldades anteriormente apontadas, o que se percebe no cotidiano com estas famílias e que esta atividade, se legitima ou não, a partir das

relações que são construídas, de forma dialogada, respeitando a subjetividade que o próprio encontro acarreta. É uma estratégia que envolve tempo, disponibilidade, sendo estes os maiores empecilhos desta prática junto aos docentes. O fato de estar em uma casa, conversando com as pessoas, já traz em si um conhecimento, na formação médica. Nesta condição é possível perceber o limite da prática médica, distante, excluindo as condições de morar e viver na compreensão do processo saúde-doença, desconsiderando o peso que o contexto agrega nas intervenções propostas.

Quando um profissional entra na casa de um cliente, tudo na estrutura sugere que o contexto é parte da intervenção. O bairro e os vizinhos são o terreno do cliente, e o ambiente maximiza a possibilidade de a família e de outros membros importantes da rede poderem se reunir. Além disso, o ato de ir até a casa do cliente sugere que o serviço está se expandindo. A aura de autoridade que caracteriza um ambiente oficial é silenciada, enquanto a realidade do ambiente em que a família vive é conhecida. (MINUCHIN et al., 1999, p. 189, apud MANO, 2009)

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao nos aproximarmos do final deste trabalho, cujo objetivo é compreender os aspectos psicossociais e educativos envolvidos no ensino médico, na visão dos estudantes que cursam a disciplina de atenção básica à saúde, trazemos algumas considerações.

A atenção básica à saúde, tal qual se apresenta hoje no país, tem uma longa história de construção a partir da segunda metade do século XX, nas várias medicinas anteriormente tratadas, sendo que após a promulgação do SUS, no final da década de 80, ocorre uma expansão da atenção básica à saúde, através da descentralização das ações de saúde, por meio da municipalização.

A partir de 1994 é implantado o Programa Saúde da Família, o qual após 2006, torna-se uma política para a reorientação do modelo assistencial. Esta política vem estimulando a ampliação da atenção básica à saúde a qual entretanto ocorre voltada preferencialmente para as regiões periféricas das grandes cidades, tendo na média nacional uma baixa qualidade.

Entre os médicos há pouco interesse para atuar nesta área, sendo que a especialidade médica Saúde da Família, encontra-se entre as menos procuradas para residência médica, como apontado neste trabalho.

Os dados, portanto mostram, que embora tenham ocorrido avanços importantes na expansão da atenção básica, persistem dificuldades, seja a nível do serviço, seja a nível do órgão formador, para consolidar a atenção básica à saúde, como a porta de entrada para o sistema de saúde do país.

De outro lado, a partir da década de 90, assistimos a um forte crescimento do setor privado, através dos seguros de saúde, o qual tem uma grande vinculação com as especialidades médicas, com a agregação de tecnologias e uma vinculação ao chamado complexo médico industrial, caracterizando junto à população, em especial a classe média, a chamada “boa medicina”, tendo em muitos casos, no cenário hospitalar, seu principal espaço de atuação.

Temos, portanto nas duas últimas décadas um crescimento do setor público, relacionado com a saúde através da atenção básica, onde se busca uma relação com a saúde, enquanto direito, orientada pelos princípios do SUS e um crescimento do setor privado, valorizando a especialidade médica, orientada pela lógica do

capital, mantendo uma relação com a saúde, como uma mercadoria, um bem a ser consumido, como tantos outros produtos.

A mesma expansão verificada em relação ao serviço de saúde, vem ocorrendo nas escolas médicas, sendo que nas duas últimas décadas, praticamente dobraram o número de escolas médicas, principalmente pelo aumento das escolas privadas. Como este aumento de vagas nos cursos não foi acompanhado de aumento de vagas para residência médica, estudos mostram que pouco mais da metade dos médicos formados, terão acesso à especialização nos próximos anos (MARTINS, 2008 e LEITE et al, 2008).

Estas duas situações, de um lado a expansão da atenção básica à saúde, e de outro lado, a restrição de acesso médico às especialidades, abre a possibilidade de um diálogo, entre a escola e o serviço, repensando-se a formação médica para as necessidades de saúde do país.

Na última década, são várias as iniciativas buscando impulsionar mudanças no ensino médico brasileiro, em especial através das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN - 2001), pelo Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED – 2002), e pelo Programa Nacional de Reorientação de Formação Profissional (PRÓ-SAÚDE – 2005). São iniciativas que buscam aproximar o perfil do médico formado, das necessidades concretas de saúde da população, estimulando a inserção da escola médica no serviço municipal de saúde.

Todos os envolvidos na formação médica reconhecem a complexidade desta inserção, seja por fatores intrínsecos ao serviço, sujeito a instabilidade de gestão, seja por fatores intrínsecos a escola, cuja sólida estrutura de ensino no cenário hospitalar, mostra resistências às mudanças preconizadas pelas diretrizes curriculares nacionais.

Esta complexidade pode ser observada na experiência da UFPR, através do suporte que o curso de medicina oferece para a estruturação de uma disciplina com este perfil. As limitações que a escola apresenta para esta modalidade de ensino acabam por interferir no aspecto formativo proposto.

Em relação ao curso de medicina, é um equívoco localizar as mudanças preconizadas pelas diretrizes curriculares em um único departamento, no caso o Departamento de Saúde Comunitária. A experiência de outras escolas médicas (USP, UEL) mostra um suporte interdepartamental o que, aliás, ocorreu na fase inicial de implantação das disciplinas junto à atenção básica à saúde na UFPR.

A educação médica na atenção básica à saúde, em especial nas atividades junto às famílias, pressupõe um trabalho multiprofissional, sendo relevantes as articulações com outros cursos da área da saúde e fora dela, ligado às humanidades, exemplificando, as contribuições relacionadas à psicologia social comunitária, face a sua longa trajetória de trabalhos junto à comunidade.

O esvaziamento da estrutura de apoio inicial, verificada na falta de formação de novos quadros profissionais, para suporte junto à disciplina, revela o pouco valor que esta modalidade de ensino tem recebido. A pequena carga horária no currículo da UFPR, de 3-4%, como descrito anteriormente, semelhante ao que ocorre em outras escolas, mostra a prioridade dada ao modelo de ensino hospitalocêntrico, voltado para as especialidades.

Em relação à estruturação da disciplina, o tempo vem mostrando que o deslocamento de parte do ensino do hospital para a unidade de saúde foi necessário, mas não o suficiente para impulsionar mudanças. Entre os estudantes percebe-se um maior interesse pelo espaço do consultório na atividade ambulatorial e pouca integração com a equipe local de saúde e atuação junto aos setores e serviços disponibilizados pela unidade de saúde. Nas atividades externas, no acompanhamento de uma família as maiores resistências estão relacionadas aos docentes. Uma aproximação relevante para a estruturação da disciplina poderá surgir através da Psicologia Social Comunitária, seja na forma do planejamento para conhecer e atuar na realidade onde vivem as famílias, nas formas de inserção junto à comunidade, bem como estimulando o fortalecimento comunitário, através de cooperação, estímulo à autonomia e uma consciência crítica frente aos seus agravos de saúde. Um processo que implica em mútua transformação entre os atores envolvidos, da escola e da comunidade, buscando a formação de trabalhadores sociais, solidários, éticos, nas relações estabelecidas.

A presença da escola médica na atenção básica pressupõe trabalhar com conteúdos formativos que reorienta o olhar para os aspectos subjetivos do adoecimento, com maior visibilidade as questões sociais, culturais e psicológicas do indivíduo doente, de sua família ou da comunidade onde ele vive; ampliando a compreensão do processo saúde-doença. Para trabalhar estes conteúdos são necessárias estratégias pedagógicas, tendo no professor um facilitador do processo. Classicamente a forma como o professor atua, reflete o seu processo de formação, hospitalocêntrico, com o ensino centrado no professor, e na transmissão de

conhecimentos, seja em aulas teóricas magistrais, ou diante dos pacientes hospitalizados ou nos ambulatórios especializados. Nestas condições predomina entre os estudantes, uma atitude passiva, frente às informações transmitidas.

Para atender aos conteúdos propostos nesta modalidade de ensino é necessário ao docente trabalhar com metodologias ativas de ensino-aprendizagem o que para alguns professores representa dificuldades. Esperam-se da escola médica estratégias de apoio, incentivando e valorizando aos docentes envolvidos nestas atividades.

Futuramente novas pesquisas serão necessárias envolvendo outros atores da escola, buscando atender os indicativos apontados pelas Diretrizes Curriculares.

Em relação aos estudantes, razão central de nossa pesquisa percebe-se entre eles um perfil social, em que a maioria é oriunda do ensino médio privado, reside com a família, sem atividade laboral e com acesso a plano de saúde e carro.

Em relação a sua própria saúde, há um predomínio de sintomas entre as mulheres. Sintomas depressivos e distúrbios do sono são semelhantes nos dois gêneros e a auto medicação é apontada na metade deles. Apenas uma minoria tem no SUS uma referência de atendimento médico.

Pelos dados é possível perceber que para os estudantes, o ensino médico na atenção básica à saúde é um conhecimento em si, por estarem em uma realidade diferente da sua. Para alguns, em especial na atividade junto às famílias, esta diferença social traz um desconforto, como apontado nos relatos.

Têm como razões para a escolha do curso de medicina, o interesse científico, com o desejo de compreender e estudar a natureza humana e um interesse humanitário, sentindo-se útil para aliviar o sofrimento das pessoas. Um dado apontado como pouco valorizada é a questão do prestígio social, sendo que o componente financeiro tem entre os homens, uma valorização superior comparado às mulheres.

Sobre a avaliação do curso, a maioria o classifica entre médio e bom. Apesar desta avaliação um número significativo de estudantes (20% a 30%) pensa em interromper e/ou buscar outro curso, o que mostra um descompasso entre as expectativas iniciais do curso e a atual motivação. São dados relevantes que merecem a nível institucional, uma investigação, buscando compreender possíveis razões intrínsecas a escola, relacionadas com esta desmotivação.

De outro lado percebe-se em praticamente a metade dos estudantes, uma definição por uma área de atuação, sendo que esta escolha não tem relação com a atenção básica à saúde, mostrando, já nesta fase do curso, a influência das especialidades na formação médica.

Sobre as atividades que ocorrem dentro da unidade de saúde, em que pesem algumas dificuldades pontuais, os estudantes vêem esta atividade como importante para a sua formação. Percebem e valorizam atuarem em um cenário diferente do hospital, pela morbidade apresentada, pelo acompanhamento de pessoas portadoras de doenças crônicas e o desafio de atenderem pessoas com sintomas indefinidos. A possibilidade de executar todas as etapas relacionadas com a consulta médica tem entre eles, uma grande receptividade.

Um dado que o estudo traz é o valor igualmente por eles apontado para a anamnese de sintomas físicos e psicológicos, incomum na prática profissional e que pode significar uma ampliação do olhar médico sobre o processo saúde-doença.

Sobre as atividades que ocorrem fora da unidade de saúde, seja na atividade estudo de caso, onde os estudantes acompanham no domicílio os agravos específicos de saúde de um paciente, seja atualmente pela atividade de acompanhamento de uma família, os alunos valorizam conhecer a realidade em que as pessoas moram e as condições em que vivem, são dados que possibilitam um auto conhecimento a partir do contato com o outro, diferente de sua realidade, o que significa um conhecimento em si. São elementos que auxiliam na estruturação da formação médica, uma vez que trabalham diretamente com relações interpessoais, dado central no cotidiano do trabalho médico. Através deste conhecimento podem identificar problemas e propor as soluções possíveis. Fazem através desta atividade uma reflexão sobre o trabalho desenvolvido na unidade básica de saúde, podendo rever e adequar às orientações médicas oriundas do atendimento, considerando agora, a realidade conhecida. Podem também realizar ações de educação e promoção da saúde, sejam elas dirigidas a nível da família, ou em relação a comunidade.

Alguns dados são pouco valorizados pelos estudantes, como buscar as políticas públicas que atendam as necessidades das famílias, a participação nas reuniões do conselho local de saúde e o estímulo à cidadania. São atitudes que a escola médica deve estimular buscando formar um médico com uma visão social e política frente ao processo saúde-doença.

Através de seus relatos percebe-se que o estudante valoriza a atividade dentro da Unidade de Saúde, valoriza o acompanhamento junto às famílias e que percebem o seu valor, para uma formação geral do futuro médico.

Entretanto os estudantes não vêem nesta experiência de ensino, um preparo para um futuro mercado de trabalho. Persiste o interesse por especialidades fora da atenção básica à saúde, semelhante a escolha observada, em relação a vagas para residência médica. São elementos da pesquisa, que mostram o vigor do modelo hegemônico, hospitalocêntrico, na formação médica.

O perfil do médico formado pressupõe um profissional, hábil, tecnicamente competente e com um olhar sensível, tendo compromisso, responsabilidade e uma postura crítica frente ao processo saúde-doença. O ensino médico na atenção básica à saúde, aponta este caminho, através da integração da escola com o serviço de saúde e a comunidade.

O ensino na atenção básica à saúde, é importante, enquanto resposta política, apoiada nas diretrizes curriculares para a graduação em medicina e na formação de recursos humanos, voltados para a estruturação do sistema único de saúde, o qual tem na atenção primária, sua base de sustentação, sendo a porta de entrada para 80% da população brasileira.

Através do ensino na ABS é ofertado ao estudante um corpo de conhecimentos ligados ao processo saúde-doença, possibilitando observar os vários elementos imbricados, sejam eles psicológicos, biológicos, sociais, os quais são centrais na formação médica, independente de sua futura área de atuação, reforçando a importância da educação médica na atenção básica à saúde.

É um processo lento, complexo, imerso em potencialidades.

Um desafio. Certamente um desafio.

REFERÊNCIAS

- ABREU, JR.P. **Contexto atual do ensino médico: metodologias tradicionais e ativas: Necessidades pedagógicas dos professores e da estrutura das escolas** –Dissertação de mestrado – Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Faculdade de medicina – Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde: Cardiologia e Ciências cardiovasculares, Porto Alegre-RS, 2009,p.37,69-84.
- AMB: **Associação Médica Brasileira**. Disponível em: <<http://www.amb.org.br>>. Acesso em 08/10/10.
- AMORETTI, R. **A educação médica diante das necessidades sociais em saúde**. ABEM. V.29, nº2, maio-agosto, Rio de Janeiro, p.136-146, 2005.
- AROUCA, A.S.S. **O dilema preventivista. Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva** – UNICAMP – 1975, p.9,104,119.
- BALDASSIN, S. **Ansiedade e depressão no estudante de medicina: Revisão de Estudos Brasileiros** – Revista Brasileira de Educação Médica/Associação Brasileira de Educação Médica, vol.1 (maio 2004) – Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2004.
- BATISTA, G.S. et al. **Qualidade de vida dos estudantes de uma escola médica e fatores que a influenciam**. Congresso Brasileiro de Educação Médica. Goiânia-Goiás, 2010.
- BERBEL, N.A.N. **A problematização e a aprendizagem baseada em problemas; diferentes termos ou diferentes caminhos?** Interface – Comunic., Saúde, Educ.-Fev, 1998, p.139-154.
- BULCAO, L.G. e SAYD, I. D. **As razões da Escola Médica: Sobre os professores e seus valores. Os valores dos médicos e os impasses da Escola Médica**. Physis: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 13(1), 2003, p.11-38.
- CAMPOS, F.E., *et al.* **Reflexões sobre Saúde da Família no Brasil: desafios e oportunidades**. In: Revista Brasileira Saúde da Família, ano II, nº5. Edição Especial. Brasília, 2002.
- CAMPOS, G.W.S. **Modo de co-produção singular do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas**. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v.33, n.81, jan/abr. 2009, a, p.47-55.
- _____. Palestra **“Saúde ampliada e compartilhada: interdisciplina Possível e necessária”**. Interdisciplinaridade no processo saúde-doença –. II Jornada de Sociologia da Saúde – UFPR – 2009, b.
- CAMPOS, J.J.B. **O ensino da Saúde coletiva na graduação médica: estudo de caso em três universidades do Paraná**. Tese doutorado. Faculdade Medicina da Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva-São Paulo, 2009, p.151.

- CAPRA, F.G. **O ponto de mutação** – Editora Cultrix – SP, 1999, p.56,57.
- CARVALHO, G. **Saúde: o tudo para todos que sonhamos e o tudo que nos impingem os que lucram com ela**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.29, n.69, jan/abr, 2005, p.99-104.
- CARVALHO, S.R. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: Hucitec, 2005, p.58-60.
- CARVALHO, S.R., GARCIA, R.A., ROCHA, D.C. **O ensino da saúde coletiva no curso médico da Unicamp: experiências inovadoras junto a unidades básicas de saúde**. Interface – Comunic., Saúde, Educ., v.10, n.20, jul/dez. 2006, p.457-472.
- CEIDIN, J. **Atención primaria y medicina familiar: en un callejón sin salida?** Aten. Primaria. 2008; 40(1):5-6.
- CERQUEIRA, A.T.A.R. *et al.* **Um estranho bate à minha porta: preparando estudantes de medicina para visita domiciliar**. Revista Brasileira de Educação Médica- 33(2):276-281; 2009.
- CFM: **A Saúde dos médicos no Brasil: coordenação Genário Alves Barbosa et alli** – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2007.
- ____. **Conselho Federal de medicina**. Disponível em: <<http://portal.cfm.org.br>>. Acesso em: 10/10/10.
- CORTES, S.M.V. **Participação, Democracia e Saúde/** Sonia Fleury e Lenaura de Vasconcelos orgs – Rio de Janeiro, CEBES, 2009, p.102-128.
- COSTA, N.M.S.C. **Docência no Ensino Médico: por que é tão difícil mudar?** Revista da Associação Brasileira de educação médica, 31(1), 2007, p.21-30.
- CRUZ, L., FREITAS, M.F.Q., AMORETTI, J. **Psicologia Social Comunitária – Enfoques conceptuales y técnicos en psicología comunitária/** compilado por Enrique Saforcada y Jorge Castellã Sarriera – 1ª edição – Buenos Aires: Paidós, 2008, p.91-111.
- CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005, p.91-124.
- CYRINO, E.G. e PEREIRA, M.L.T. **Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(3), mai/jun, 2004, p.785-786.
- FAGUNDES, N.C. e BURNHAM, T.F. **Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde**. Interface – Comuni., Saúde, Educ., v.9, n.16, Botucatu – São Paulo, set/fev, 2005, p.105-114.

FERREIRA, R. C., SILVA, R.F., AGUER, C.B. **Formação do Profissional Médico: A aprendizagem na atenção básica a saúde.** Revista Brasileira de Educação Médica, 31(1): 2007, 52-59.

FREITAS, M.F.Q. **Psicologia na Comunidade, Psicologia da Comunidade e Psicologia (social) comunitária – Práticas da psicologia em comunidade nas décadas de 60 e 90, no Brasil** – Psicologia Social Comunitária: Da solidariedade à autonomia/ Regina Helena de Freitas (org), 10ª edi. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2005, p.54-80.

_____. **Inserção na comunidade e análise de necessidades: reflexões sobre a prática do psicólogo.** Psicol. Reflex. Crit., v.11, n.1, Porto Alegre, 1998, p.175-189.

_____. **Educação de jovens e adultos, educação popular e processos de conscientização: intersecções na vida cotidiana.** Educar, Editora UFPR, nº29, Curitiba, 2007, p.47-62.

_____. **Estratégias de ação comunitária e mudança social: relações a partir da vida cotidiana e dos processos de participação.** In Magda Dimenstein (org). Psicologia Social Comunitária. Apontes teóricos e metodológicos. Natal – Editora da UFRN/EDU FRN – 2008, p.23-42.

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade.** Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1967.

_____. **Educação e mudança.** 24ª edição. Rio de Janeiro. Editora Tema e Paz, 2001.

FURLAN, P.G. **O Agente Comunitário de Saúde e a prática na atenção básica: alguns apontamentos.** Manual de Práticas de Atenção Básica – CAMPOS, G.W.S. e GUERRERO, A.V. P org. – Editora Hucitec – 2008, p.368-387.

GERSCHMAN, S. **Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Européia e Brasil.** Ciência e Saúde Coletiva, 13(5), 2008, p.1441-1451.

GIL, C.R.R. **Interação ensino, serviço e comunidade: desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção básica.** Revista Brasileira de Educação Médica, 32(2), 2008, p.230-239.

GIOVANELLA *et al* – **Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil.** Ciência e Saúde Coletiva, 14(3): 2009, p.783-794.

GUEDES, C.R., NOGUEIRA, M.I. e CAMARGO, K.R. – **Os sofredores de sintomas indefinidos: um desafio para a atenção médica.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 19[3]:797-815, 2009.

JARDIM T.A. e LANCMANN, S. **Aspectos subjetivos de morar e trabalhar na mesma comunidade.** Interface Comunicação Saúde e Educação, v.13, n.28, jan/mar. 2009, p.123-135.

JORNAL MEDICINA – **Publicação oficial do Conselho Federal de Medicina** – Brasília - DF, Abr-2010.

_____ – _____ – Brasília - DF, Set-2010.

JORNAL UFPR – **Notícias da UFPR** – ano 9, nº 49, junho-2010. Assessoria de Comunicação Social da UFPR – 2010.

KISS, L.B., SCHRAIBER, L.B. e OLIVEIRA, A.F.P.L. **Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência.** Interface – Comunic. Saúde Educ., v.11, nº 23, p.485-501, set/dez 2007.

KUSCHNIR, R. e CHORNY, A.H. **Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate.** Ciência e Saúde Coletiva, 15(5): 2010, p.2307-2316.

LAMPERT, J.B. **Avaliação do processo de mudança na formação médica** - Educação Médica em transformação – Instrumentos para a construção de novas realidades. João José Neves Marins, Sergio Rego, Jadete Barbosa Lampert, José Guido Correa de Araújo (orgs). São Paulo: Hucitec, 2004, p.248,254.

_____. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil. Tipologia das escolas.** 2ª ed. Editora Hucitec. Associação Brasileira de Educação Médica, São Paulo, 2009, p. 125.

LEITE, I.C.G. et al. **Avaliação da efetividade dos cursos preparatórios para a residência médica.** Rev. Brás. Educ. méd. vol.32, nº4, Rio de Janeiro, oct/dec. 2008.

LIMA, V.V. **Avaliação de competência nos cursos de medicina. Educação Médica em transformação.** Instrumentos para a construção de novas realidades. João José Neves Marins, Sergio Rego, Jadete Barbosa Lampert, José Guido Correa de Araújo (orgs). São Paulo: Hucitec, 2004, p.123-127.

MACHADO, J.L. M, JUNIOR, A.L.C., BORTONCELLO, N.M.F. **Uma nova iniciativa na formação dos profissionais de saúde.** Interface- Comunic., Saúde, Educ., agosto, 1997, p.147-156.

MANO, M.A.M. **Casa de Família – Uma reflexão poética sobre a visita domiciliar e a produção de conhecimento.** Rev. APS, v.12, n.4, p.459-467, out/dez, 2009.

MARQUES, M.B. **Discursos médicos sobre seres frágeis.** Editora FIOCRUZ, 2001. Rio de Janeiro.

MARTINS, M.A. Palestra: **A importância da atenção primária para a formação médica de qualidade.** Departamento de Saúde Comunitária, Setor Ciência da Saúde – UFPR, Curitiba, nov., 2008.

MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos.** Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde/ Roseni Pinheiro e Ruben Araújo Martins de Mattos, organizadores. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001, p.39-64.

MELLO, G.A. FONTANELLA, B.J.B., PIVA, M.M. **Atenção Básica e atenção primária a saúde – Origens e diferenças conceituais.** Ver. APS, v.12, n.2 abr/jun – 2009, p.204-213.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS, nº. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/prtGM648_2006328.pdf>. Acesso em 10 de out. 2010.

MIRANDA, S.M. *et al.* **Construção de uma escala para avaliar atitudes de estudantes de medicina.** Revista da ABEM, 33(1 supl. 1): 2009, p.104-110.

MONTERO, M. **Construcción y crítica de la Psicología Social.** Barcelona, España: Anthropos, Editorial del Hombre, 1994, p.27-47.

MORITA, I. e ALMEIDA, M.A.S. – **O estudante de medicina no conselho municipal de saúde: construindo a responsabilidade social.** Revista Brasileira de Educação Médica, 32(4):462-467, 2008.

NASSIF, A.C. Membro da comissão de especialista de ensino médico. MEC – editorial. Disponível em: <<http://www.escolasmedicas.com.br>>. Acesso em: 07/10/10.

NETO, P.G.C., LIRA, G.V., MIRANDA, A.S. **Interesse dos estudantes pela Medicina de Família: Estado da questão e agenda de Pesquisa.** Revista Brasileira de Educação Médica, 33(2): 198-204, 2009.

NOGUEIRA, M.I. **As mudanças na Educação Médica Brasileira em Perspectiva: Reflexões sobre a Emergência de um Novo Estilo de Pensamento** – Revista Brasileira de Educação Médica – 33(2): 262-270, 2009.

NUNES, E.D. **Pós Graduação em saúde coletiva no Brasil: histórico e perspectivas.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, v.15, n.1. Rio de Janeiro, (jan-jun), 2005, p.13-38.

_____. **Cem anos do relatório Flexner.** Editorial Ciência e Saúde Coletiva, vol.15, sup.1, Rio de Janeiro, jul 2010, Editorial.

OCKÉ-REIS, C.O. e SOPHIA, D.C. **Uma crítica à privatização do sistema de saúde brasileiro: pela constituição de um modelo de proteção social público de atenção à saúde** – 20 anos de SUS - Saúde em debate – RJ – jan/abr 2009, p.72-79.

OLIVEIRA, N.A. **Ensino médico no Brasil: desafios e prioridades, no contexto do SUS- um estudo a partir de seis estados brasileiros** – Ministério da Saúde – FIOCRUZ – RJ, 2007, p.5,12.

PAGLIOSA, F.L. e DA ROS, M.A. **O relatório Flexner: Para o bem e para o mal.** Revista Brasileira de Educação Médica, 32(4): 2008, p.492-499.

PAIM, J.S. **Bases conceituais da reforma Sanitária brasileira**, In: Fleury, S. (org). Saúde e Democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos, 1997, p.11-24.

_____. **Medicina comunitária: Introdução a uma análise crítica.** Saúde em Debate. Fundamentos da Reforma Sanitária/ Sonia Fleury, Ligia Bahia e Paulo Amarante (orgs). Rio de Janeiro: CEBES, 2008 (reimpressão), p.12-15.

PAIM, J.S. e FILHO, N.A.: **Saúde Coletiva: Uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?** Rev. Saúde Pública, 1998, p.299-316.

PEREIRA, O.P. e ALMEIDA, T.M.C. **A formação médica segundo uma pedagogia da resistência.** Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.16, set2004/nov2005, p.60-70.

PONTES, A. L., REGO, S., JUNIOR, A.G.S. **Saber e prática docente na transformação do ensino médico.** Revista Brasileira de Educação Médica. 30(1):2006, p.66-75.

QUINHOES, T.A.T. **La Reforma del Sistema de Salud de los Estados Unidos de América en los años 90.** Salud Coletiva. Mayo-Agosto 2005, p.130-153.

RIBEIRO, I.M. *et al.* **Procedimentos e percepções de profissionais e grupos atuantes em mercados de planos de saúde no Brasil.** Ciência e Saúde Coletiva, 13(5): 2008, p.1477-1487.

ROS, M.A. **A ideologia nos cursos de medicina** – Educação Médica em Transformação: Instrumentos para a construção de novas realidades/ João José Neves Marins, Sergio Rego, Jadete Barbosa Lampert e José Guido Corrêa de Araújo, orgs. – São Paulo: Hucitec, 2004, p.224-244.

SAFORCADA, E. **Perspectiva ecológica – sistêmica de la salud** – Enfoques conceptuales y técnicos en psicología comunitária/ compilado por Enrique Saforcada y Jorge Castellá Sarriera – 1ª ed – Buenos Aires – Paídos, 2008, p.49-74.

SAVIANI, D. **Educação do senso comum à consciência filosófica.** 17ª edição revista. Campinas – SP: Autores associados, 2007, p.17-30.

SANTOS, L. **A quem pertence o SUS?** Correio Popular, Campinas, 10 de janeiro de 2008, opinião.

SANTOS, L e ANDRADE, L. O. M. **Vinte anos de SUS: o sistema de saúde no Brasil no século 21.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.33, n.82, maio/agos. 2009, p.201-219.

SANTOS, N.R. **A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: Tendências e desafios após 20 anos.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.33, n.81, jan/abr, 2009, p.13-26.

SCHEFFER, M. **A exclusão de coberturas assistenciais, nos planos de saúde privado.** Saúde em Debate, v.29, n.71, set/dez, 2005, p.231-247.

SILVA, S.F. **Sistema único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.33, nº81, jan/abr, 2009, p.38-46.

SILVA, S.S. **Laboratório de Habilidades no ensino médico.** Educação Médica em transformação. Instrumentos para a construção de novas realidades. João José Neves Marins, Sergio Rego, Jadete Barbosa Lampert, José Guido Correa de Araújo (orgs). São Paulo: Hucitec, 2004, p.62-96.

SISSON, M.C. **Identidades profissionais na implantação de novas práticas assistenciais.** Revista Brasileira de Educação Médica, 33(1Supl.1), 2009, 116-122.

SOBRAL, D.T. **Auto determinação da motivação em alunos de medicina: relações com motivos de escolha da opção e intenção de adesão ao curso.** – Revista Brasileira de Educação Médica – 32(1): 56-65, 2008.

SOUSA, M.F. e HAMANN, E.M. **Programa Saúde da Família no Brasil: a agenda incompleta/** Revista Ciência Saúde Coletiva, ABRASCO. Rio de Janeiro – 2006, p.1325-1335.

STARFIELD, B. **Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades básicas de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002, p.30,122,570,583.

VIANNA, C.M.M. **Estruturas do Sistema de Saúde: do complexo médico-industrial ao médico-financeiro.** Physis- Ver. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 12(2): 2002, p.375-390.

ANEXOS

ANEXO 1 – DCN - DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA.....	103
ANEXO 2 – DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA.....	108
ANEXO 3 – RELAÇÃO CANDIDATO-VAGA RESIDÊNCIA MÉDICA/2010 – UNIFESP.....	111
ANEXO 4 - RELAÇÃO CANDIDATO-VAGA RESIDÊNCIA MÉDICA/2010 – UFF..	115
ANEXO 5 - RELAÇÃO CANDIDATO-VAGA RESIDÊNCIA MÉDICA/2010 – UNICAMP.....	116
ANEXO 6 - RELAÇÃO CANDIDATO-VAGA RESIDÊNCIA MÉDICA/2010 – FAMEMA.....	118
ANEXO 7 - RELAÇÃO CANDIDATO-VAGA RESIDÊNCIA MÉDICA/2010 – USP..	119
ANEXO 8 - RELAÇÃO CANDIDATO-VAGA RESIDÊNCIA MÉDICA/2010 – UFPR.....	121
ANEXO 9 – EMENTAS DISCIPLINAS – AISMC E PGC – UNIFESP.....	124
ANEXO 10 – EMENTAS DISCIPLINAS – AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA I E II - UNICAMP.....	125
ANEXO 11 – EMENTAS DISCIPLINAS – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE I E II - USP.....	126
ANEXO 12 – MÓDULO CURRICULAR – FAMEMA.....	129
ANEXO 13 – MÓDULO CURRICULAR – UEL.....	131
ANEXO 14 – EMENTA DISCIPLINA – PRÁTICA DE AMBULATÓRIO GERAL II - UFPR.....	132
ANEXO 15 – PLANO DE ENSINO - PRÁTICA DE AMBULATÓRIO GERAL II - UFPR.....	133
ANEXO 16 – EMENTA DISCIPLINA – ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE II- UFPR.....	134
ANEXO 17 –PLANO DE ENSINO - ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE II – UFPR.....	135
ANEXO 18 – ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO JUNTO À COMUNIDADE – DISCIPLINA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE II - UFPR.....	136
ANEXO 19 – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DISCENTE DA DISCIPLINA PRÁTICA DE AMBULATÓRIO II – 2008 - UFPR.....	138
ANEXO 20 – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DISCENTE – DISCIPLINA ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE - II – 2009 – UFPR.....	139
ANEXO 21 – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DISCENTE – DISCIPLINA ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE - II – 2010 – UFPR.....	140
ANEXO 22 – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ESTUDANTES INGRESSANTES – 2ºSEMESTRE/2010 – UFPR.....	141

ANEXO 1 – DCN - DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO(*) CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR

RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 4, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001.

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea “c”, da Lei nº 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CNE/CES 1.133, de 7 de agosto de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Senhor Ministro da Educação, em 1º de outubro de 2001,

RESOLVE:

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

Art. 2º As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Medicina definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Medicina das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

Art. 3º 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.

Art. 4º A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I - **Atenção à saúde** : os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

(*)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.

II - **Tomada de decisões**: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

III - **Comunicação:** os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV - **Liderança:** no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V - **Administração e gerenciamento:** os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e

VI - **Educação permanente:** os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais.

Art. 5º A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

I – promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;

II - atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário;

III - comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares;

IV - informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação;

V - realizar com proficiência a anamnese e a conseqüente construção da história clínica, bem como dominar a arte e a técnica do exame físico;

VI - dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza biopsicosocio-ambiental subjacentes à prática médica e ter raciocínio crítico na interpretação dos dados, na identificação da natureza dos problemas da prática médica e na sua resolução;

VII - diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios a prevalência e o potencial mórbido das doenças, bem como a eficácia da ação médica;

VIII - reconhecer suas limitações e encaminhar, adequadamente, pacientes portadores de problemas que fujam ao alcance da sua formação geral;

IX - otimizar o uso dos recursos propedêuticos, valorizando o método clínico em todos seus aspectos;

X - exercer a medicina utilizando procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base em evidências científicas;

XI - utilizar adequadamente recursos semiológicos e terapêuticos, validados cientificamente, contemporâneos, hierarquizados para atenção integral à saúde, no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção;

XII - reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

XIII - atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte;

XIV - realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico;

XV - conhecer os princípios da metodologia científica, possibilitando-lhe a leitura crítica de artigos técnico-científicos e a participação na produção de conhecimentos;

XVI - lidar criticamente com a dinâmica do mercado de trabalho e com as políticas de saúde;

XVII - atuar no sistema hierarquizado de saúde, obedecendo aos princípios técnicos e éticos de referência e contra-referência;

XVIII - cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como médico;

XIX - considerar a relação custo-benefício nas decisões médicas, levando em conta as reais necessidades da população;

XX - ter visão do papel social do médico e disposição para atuar em atividades de política e de planejamento em saúde;

XXI - atuar em equipe multiprofissional; e

XXII - manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde.

Parágrafo Único. Com base nestas competências, a formação do médico deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina. Devem contemplar:

I - conhecimento das bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados aos problemas de sua prática e na forma como o médico o utiliza;

II - compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;

III - abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção;

IV - compreensão e domínio da propedêutica médica – capacidade de realizar história clínica, exame físico, conhecimento fisiopatológico dos sinais e sintomas; capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-paciente;

V - diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica nas doenças que acometem o ser humano em todas as fases do ciclo biológico, considerando-se os critérios da prevalência, letalidade, potencial de prevenção e importância pedagógica; e

VI - promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos – gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e do processo de morte, atividades físicas, desportivas e as relacionadas ao meio social e ambiental.

Art. 7º A formação do médico incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço, em regime de internato, em serviços próprios ou conveniados, e sob supervisão direta dos docentes da própria Escola/Faculdade. A carga horária mínima do estágio curricular deverá atingir 35% (trinta e cinco por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina proposto, com base no

Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

§ 1º O estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço incluirá necessariamente aspectos essenciais nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, devendo incluir atividades no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção em cada área. Estas atividades devem ser eminentemente práticas e sua carga horária teórica não poderá ser superior a 20% (vinte por cento) do total por estágio.

§ 2º O Colegiado do Curso de Graduação em Medicina poderá autorizar, no máximo 25% (vinte e cinco por cento) da carga horária total estabelecida para este estágio, a realização de treinamento supervisionado fora da unidade federativa, preferencialmente nos serviços do Sistema Único de Saúde, bem como em Instituição conveniada que mantenha programas de Residência credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica e/ou outros programas de qualidade equivalente em nível internacional.

Art. 8º O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Medicina deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, mediante estudos e práticas independentes, presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

Art. 9º O Curso de Graduação em Medicina deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante por meio de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Art. 10. As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Medicina para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

§ 1º As diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Medicina deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

§ 2º O Currículo do Curso de Graduação em Medicina poderá incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

Art. 11. A organização do Curso de Graduação em Medicina deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

Art. 12. A estrutura do Curso de Graduação em Medicina deve:

I - Ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações referidas pelo usuário e identificadas pelo setor saúde;

II - utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência;

III - incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania;

IV - promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais;

V - inserir o aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida

profissional;

VI - utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional;

VII - propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato; e

VIII - vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS.

Art. 13. A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Medicina que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

§ 1º As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

§ 2º O Curso de Graduação em Medicina deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

Art. 14. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Arthur Roquete de Macedo
Presidente da Câmara de Educação Superior

FONTE: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – PROSAÚDE – BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE 2007.

ANEXO 2 – DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE

Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata aos doze dias do mês de setembro de mil novecentos e setenta e oito, expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo, formulou a seguinte declaração:

I) A Conferência enfatiza que a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.

II) A chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro dos países, é política, social e economicamente inaceitável e constitui, por isso, objeto da preocupação comum de todos os países.

III) O desenvolvimento econômico e social baseado numa ordem econômica internacional é de importância fundamental para a mais plena realização da meta de Saúde para Todos no Ano 2000 e para a redução da lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e o dos desenvolvidos. A promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial.

IV) É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde.

V) Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva.

Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social.

VI) Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação.

Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

VII) Os cuidados primários de saúde:

1 - Refletem, e a partir delas evoluem, as condições econômicas e as características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades, e se baseiam na aplicação dos resultados relevantes da pesquisa social, biomédica e de serviços de saúde e da experiência em saúde pública.

2 - Têm em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, cura e reabilitação, conforme as necessidades.

3 - Incluem pelo menos: educação, no tocante a problemas prevaletentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais.

4 - Envolvem, além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores.

5 - Requerem e promovem a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis, locais, nacionais e outros, e para esse fim desenvolvem, através da educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades.

6 - Devem ser apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando à progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos e dando prioridade aos que têm mais necessidade.

7 - Baseiam-se, nos níveis locais e de encaminhamento, nos que trabalham no campo da saúde, inclusive médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, conforme seja aplicável, assim como em praticantes tradicionais, conforme seja necessário, convenientemente treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde e responder às necessidades expressas de saúde da comunidade.

VIII) Todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação para lançar/sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores. Para esse fim, será necessário agir com vontade política, mobilizar os recursos do país e utilizar racionalmente os recursos externos disponíveis.

IX) Todos os países devem cooperar, num espírito de comunidade e serviço, para assegurar os cuidados primários de saúde a todos os povos, uma vez que a consecução da saúde do povo de qualquer país interessa e beneficia diretamente todos os outros países. Nesse contexto, o relatório conjunto da OMS/UNICEF sobre cuidados primários de saúde constitui sólida base para o aprimoramento adicional e a operação dos cuidados primários de saúde em todo o mundo.

X) Poder-se-á atingir nível aceitável de saúde para todos os povos do mundo até o ano 2000 mediante o melhor e mais completo uso dos recursos mundiais, dos quais uma parte considerável é atualmente gasta em armamento e conflitos militares. Uma política legítima de independência, paz, distensão e desarmamento pode e deve liberar recursos adicionais, que podem ser destinados a fins pacíficos e, em particular, à aceleração do desenvolvimento social e econômico, do qual os cuidados primários de saúde, como parte essencial, devem receber sua parcela apropriada.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde concita à ação internacional e nacional urgente e eficaz, para que os cuidados primários de saúde sejam desenvolvidos e aplicados em todo o mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento, num espírito de cooperação técnica e em consonância com a nova ordem econômica internacional. Exorta os governos, a OMS e o UNICEF, assim como outras organizações internacionais, entidades multilaterais e bilaterais, organizações governamentais, agências financeiras, todos os que trabalham no campo da saúde e toda a comunidade mundial a apoiar um compromisso nacional e internacional para com os cuidados primários de saúde e a canalizar maior volume de apoio técnico e financeiro para esse fim, particularmente nos países em desenvolvimento. A Conferência concita todos a colaborar para que os cuidados primários de saúde sejam introduzidos, desenvolvidos e mantidos, de acordo com a letra e espírito desta Declaração.

FONTE: PROBLEMAS ATUAIS DE BIOÉTICA/ LEOCIR PESSINI, CHRISTIAN DE PAUL DE BARCHIFONTAINE – 8ED.REV.AMPL. – SÃO PAULO: CENTRO UNIVERSITÁRIO SAO CAMILO: EDIÇÕES LOYOLA, 2008.

ANEXO 3 – RELAÇÃO CANDIDATO-VAGA RESIDÊNCIA MÉDICA/2010 – UNIFESP

Programa	Candidatos inscritos	vagas disponíveis	candidato/vaga
Alergia e Imunologia Pediátrica	5	1	5,0
Anestesiologia	92	7	13,1
Cancerologia / Cancerologia Clínica	24	2	12,0
Cancerologia Pediátrica	14	5	2,8
Cardiologia	64	8	8,0
Cardiologia Pediátrica	6	1	6,0
Cirurgia Cardiovascular	4	2	2,0
Cirurgia da Mão	15	3	5,0
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	4	2	2,0
Cirurgia do Aparelho Digestivo	23	3	7,7
Cirurgia Geral	243	16	15,2
Cirurgia Pediátrica	5	1	5,0
Cirurgia Plástica	35	4	8,8
Cirurgia Torácica	6	2	3,0
Cirurgia Vascular	18	2	9,0
Clínica Médica	455	30	15,2
Clínica Médica Ano Opcional	7	3	2,3
Dermatologia	179	9	19,9
Endocrinologia	65	4	16,3
Endocrinologia Pediátrica	8	1	8,0
Endoscopia Digestiva	3	1	3,0

Gastroenterologia	20	2	10,0
Gastroenterologia Pediátrica	6	2	3,0
Genética Médica	3	2	1,5
Geriatria e Gerontologia	23	4	5,8
Hematologia – Hemoterapia	28	5	5,6
Hematologia e Hemoterapia Pediátrica	7	2	3,5
Hepatologia	1	1	1,0
Infectologia	42	5	8,4
I Infectologia Pediátrica	4	2	2,0
Mastologia	26	3	8,7
Medicina de Família e Comunidade	15	4	3,8
Medicina do Adolescente	2	2	1,0
Medicina Esportiva	30	5	6,0
Medicina Fetal	5	1	5,0
Medicina Física e Reabilitação	13	4	3,3
Medicina Intensiva	15	4	3,8
Medicina Intensiva Pediátrica	16	9	1,8
Nefrologia	76	8	9,5
Nefrologia Pediátrica	10	2	5,0
Neonatologia	23	10	2,3
Neurocirurgia	52	3	17,3
Neurologia	78	5	15,6
Neurologia Pediátrica	14	2	7,0

Nutrologia Pediátrica	4	2	2,0
Obstetrícia e Ginecologia	107	10	10,7
Obstetrícia e Ginecologia Ano Opcional	2	3	0,7
Oftalmologia	180	13	13,8
Ortopedia e Traumatologia	110	13	8,5
Otorrinolaringologia	67	4	16,8
Patologia	32	3	10,7
Patologia Clínica / Medicina Laboratorial	1	1	1,0
Pediatria	254	23	11,0
Pediatria Ano Opcional	2	1	2,0
Pneumologia	12	6	2,0
Pneumologia Pediátrica	6	2	3,0
Psicogeriatría	1	2	0,5
Psicoterapia	1	2	0,5
Psiquiatria	117	11	10,6

Psiquiatria da Infância e Adolescência	6	3	2,0
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	197	12	16,4
Radioterapia	7	1	7,0
Reprodução Humana	4	1	4,0
Reumatologia	36	6	6,0
Reumatologia Pediátrica	1	1	1,0
Transplante de Medula Óssea	1	1	1,0
Urologia	27	3	9,0

FONTE: http://www.proex.unifesp.br/residencia/candidato_vaga_2010.htm

ANEXO 4 - RELAÇÃO CANDIDATO-VAGA RESIDÊNCIA MÉDICA/2010 – UFF

Nome do PRM	CANDIDATOS	V	C/V
Patologia	11	3	3
Anestesiologia	77	2	38
Cirurgia Geral	181	3	60
Clínica Médica	216	4	54
Infectologia	11	2	5,5
Medicina de Família e Comunidade	4	2	2
Medicina Preventiva e Social	5	2	2
Neurocirurgia	25	1	25
Oftalmologia	92	3	30
Pediatria	81	7	11
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	93	3	31
Obstetrícia e Ginecologia	56	3	18
Patologia Clínica/Medicina Laboratorial	3	1	3
Dermatologia	152	5	30
Neurologia	53	5	10
Psiquiatria	38	2	19
Otorrinolaringologia	22	1	22
Cardiologia	6	1	6
Cirurgia Plástica	45	1	45
Cirurgia Torácica	2	1	2
Endocrinologia	22	2	11
Gastroenterologia	21	3	7
Hematologia e Hemoterapia	1	1	1
Nefrologia	18	4	4,5
Urologia	15	1	15
Cirurgia Vasculár	14	1	14
Geriatría	11	2	5,5
Neonatology	12	3	4
Administração em Saúde	2	2	1
Neurofisiologia Clínica	1	1	1
Neurologia Pediátrica	9	2	4,5
Endoscopia Respiratória	1	1	1
Mastologia	4	1	4
TOTAL:	1304		

FONTE:

<http://www.coseac.uff.br/concursos/coreme/2010/arquivos/COREME%202010%20-%20Relacao%20CV.pdf>

ANEXO 5 - RELAÇÃO CANDIDATO-VAGA RESIDÊNCIA MÉDICA/2010 - UNICAMP

especialidades de acesso direto	candidatos	bolsas	TT/VG
Anestesiologia	70	10	7,00
Cirurgia geral	250	15	16,67
Clinica medica	365	24	15,21
Dermatologia	134	4	33,50
Genetica medica	2	1	2,00
Infectologia	23	3	7,67
Medicina de familia e comunidade	14	5	2,80
Medicina do trabalho	9	1	9,00
Medicina nuclear	34	4	8,50
Medicina preventiva e social	4	4	1,00
Neurocirurgia	53	3	17,67
Neurologia (acesso direto)	71	4	17,75
Obstetricia e ginecologia	82	11	7,45
Oftalmologia	171	10	17,10
Ortopedia e traumatologia	55	6	9,17
Otorrinolaringologia	46	4	11,50
Patologia	28	3	9,33
Patologia clinica/medicina laboratorial	1	1	1,00
Pediatria	149	20	7,45
Psiquiatria	65	5	13,00
Radiologia e diagnostico por imagem	150	7	21,43
Radioterapia	7	1	7,00
Total	1783	146	12,21
Especialidades clínicas	candidatos	bolsas	tt/vg
Alergia e imunologia	0	1	-
Cancerologia / clinica	32	3	10,67
Cardiologia	33	4	8,25
Endocrinologia	41	2	20,50
Gastroenterologia	33	2	16,50
Hematologia e hemoterapia	28	3	9,33
Nefrologia	44	3	14,67
Pneumologia	4	2	2,00
Reumatologia	19	2	9,50
Total	234	22	10,64
Especialidades cirúrgicas	candidatos	bolsas	tt/vg
Cirurgia cardiovascular	1	1	1,00
Cirurgia de cabeça e pescoço	0	1	-
Cirurgia do aparelho digestivo	35	3	11,67
Cirurgia geral - Programa Avançado	3	2	1,50
Cirurgia pediátrica	2	1	2,00
Cirurgia plástica	37	2	18,50

Cirurgia torácica	3	1	3,00
Cirurgia vascular	20	3	6,67
Coloproctologia	8	1	8,00
Urologia	37	2	18,50
Total	146	17	8,59
Medicina intensiva	candidatos	bolsas	tt/vg
Medicina intensiva	14	3	4,67
Mastologia	candidatos	bolsas	tt/vg
Mastologia	8	2	4,00
Áreas de atuação da pediatria	Candidatos	bolsas	tt/vg
Cancerologia pediátrica	6	3	2,00
Nefrologia pediátrica	4	1	4,00
Neonatologia	8	2	4,00
Neurologia pediátrica	6	1	6,00
Medicina intensiva pediátrica	7	1	7,00
Alergia e imunologia pediátrica	3	-	-
Endocrinologia pediátrica	5	-	-
Gastroenterologia pediátrica	2	-	-
Hematologia pediátrica	5	-	-
Pediatria geral (R3)	1	-	-
Pneumologia pediátrica	9	-	-
Reumatologia pediátrica	1	-	-
Total	57	8	7,13
Total geral: 2242 / 198 / 11,32	2242	198	11,32

FONTE:

http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/relacao_candidato_vaga_site_0.pdf

ANEXO 6 - RELAÇÃO CANDIDATO-VAGA RESIDÊNCIA MÉDICA/2010 – FAMEMA

Especialidade	Candidato/Vaga
Anestesiologia	3,00/1
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	2,00/1
Cirurgia do Aparelho Digestivo	2,00/1
Cirurgia Geral	8,57/1
Cirurgia Vascular	5,00/1
Clínica Médica	8,89/1
Dermatologia	6,00/1
Endocrinologia	8,00/1
Geriatria	1,00/1
Infectologia	2,00/1
Medicina de Família e Comunidade	0,70/1
Nefrologia	0,50/1
Neurologia	4,00/1
Obstetrícia e Ginecologia	4,25/1
Oftalmologia	9,00/1
Ortopedia e Traumatologia	4,25/1
Otorrinolaringologia	11,00/1
Pediatria	4,33/1
Psiquiatria	8,00/1
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	9,00/1
Urologia	7,00/1

FONTE: <http://www.famema.br/residencia/candidatovaga.php#verrela>

ANEXO 7 - RELAÇÃO CANDIDATO-VAGA RESIDÊNCIA MÉDICA/2010 – USP

	Inscritos	Bolsas	Cand/Bolsa
Especialidades Básicas e Acesso Direto			
ANESTESIOLOGIA	149	18	8,28
CIRURGIA GERAL	409	33	12,39
CLINICA MEDICA	541	41	13,20
MEDICINA FISICA E REABILITACAO	23	6	3,83
MEDICINA DO TRABALHO	9	1	9,00
MEDICINA NUCLEAR	9	1	9,00
MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL	7	5	1,40
NEUROCIRURGIA	83	4	20,75
OFTALMOLOGIA	162	10	16,20
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	65	8	8,13
OTORRINOLARINGOLOGIA	53	3	17,67
PEDIATRIA	281	36	7,81
PSIQUIATRIA	105	11	9,55
RADIOTERAPIA	17	3	5,67
OBSTETRICIA E GINECOLOGIA	120	14	8,57
INFECTOLOGIA	43	6	7,17
MEDICINA LEGAL	3	1	3,00
PATOLOGIA	38	5	7,60
PATOLOGIA CLINICA / MED LABORATORIAL	0	3	0,00
RADIOLOGIA E DIAGNOST P/ IMAGEM	219	12	18,25
MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE	22	6	3,67
DERMATOLOGIA	150	6	25,00
NEUROLOGIA	82	6	13,67
ACUPUNTURA	9	2	4,50
MEDICINA ESPORTIVA	14	1	14,00
GENETICA MEDICA	4	1	4,00
Especialidades com Pré-Requisito em Cirurgia Geral			
CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO	10	4	2,50
CIRURGIA CARDIOVASCULAR	7	3	2,33
CIRURGIA PEDIATRICA	4	1	4,00
CIRURGIA PLASTICA	61	9	6,78
CIRURGIA TORACICA	11	4	2,75
UROLOGIA	34	5	6,80
CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO	30	5	6,00
COLOPROCTOLOGIA	7	1	7,00
CIRURGIA VASCULAR	31	5	6,20
CIRURGIA GERAL - PROG AVANÇADO	26	6	4,33
-Especialidades com Pré-Requisito em Clínica Médica			
ALERGIA E IMUNOLOGIA	5	2	2,50
CARDIOLOGIA	158	18	8,78
GASTROENTEROLOGIA	29	4	7,25
HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA	38	6	6,33

NEFROLOGIA	74	8	9,25
PNEUMOLOGIA	12	6	2,00
REUMATOLOGIA	33	6	5,50
CANCEROLOGIA CLINICA	81	10	8,10
ENDOCRINOLOGIA	80	10	8,00
GERIATRIA	23	8	2,88
CANCEROLOGIA PEDIATRICA	8	4	2,00
MASTOLOGIA	17	2	8,50
NUTROLOGIA	0	1	0,00
MEDICINA INTENSIVA	24	6	4,00
NEUROLOGIA PEDIATRICA	11	2	5,50
CIRURGIA DA MÃO	10	2	5,00
Total de Inscritos	3458		

FONTE: <http://www.fm.usp.br/>

ANEXO 8 - RELAÇÃO CANDIDATO-VAGA RESIDÊNCIA MÉDICA/2010 – UFPR

ÁREA / ESPECIALIDADE	Inscritos	Vagas	Cand/Vaga
• SEM PRÉ-REQUISITO / ANESTESIOLOGIA	052	04	13.00
• SEM PRÉ-REQUISITO / CIRURGIA GERAL	109	06	18.17
• SEM PRÉ-REQUISITO / NEUROCIRURGIA	002	01	02.00
• SEM PRÉ-REQUISITO / ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	034	06	05.67
• SEM PRÉ-REQUISITO / OFTALMOLOGIA	042	03	14.00
• SEM PRÉ-REQUISITO / OTORRINOLARINGOLOGIA	053	03	17.67
• SEM PRÉ-REQUISITO / PEDIATRIA	050	16	03.13
• SEM PRÉ-REQUISITO / GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	055	10	05.50
• SEM PRÉ-REQUISITO / CLÍNICA MÉDICA	212	24	08.83
• SEM PRÉ-REQUISITO / NEUROLOGIA	023	03	07.67
• SEM PRÉ-REQUISITO / DERMATOLOGIA	047	02	23.50
• SEM PRÉ-REQUISITO / RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	047	03	15.67
• SEM PRÉ-REQUISITO / INFECTOLOGIA	004	03	01.33
• SEM PRÉ-REQUISITO / PSIQUIATRIA	028	03	09.33
• SEM PRÉ-REQUISITO / PATOLOGIA	008	02	04.00
• SEM PRÉ-REQUISITO / MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE	003	04	00.75
• COM PRÉ-REQUISITO / CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO	012	03	04.00
• COM PRÉ-REQUISITO / CIRURGIA DE MÃO	001	02	00.50
• COM PRÉ-REQUISITO / CIRURGIA CARDIOVASCULAR	001	01	01.00
• COM PRÉ-REQUISITO / CIRURGIA GERAL (R3)	004	02	02.00
• COM PRÉ-REQUISITO / CIRURGIA PEDIÁTRICA	001	01	01.00
• COM PRÉ-REQUISITO / CIRURGIA VASCULAR	007	01	07.00

• COM PRÉ-REQUISITO / COLOPROCTOLOGIA	012	01	12.00
• COM PRÉ-REQUISITO / UROLOGIA	021	02	10.50
• COM PRÉ-REQUISITO / CLÍNICA MÉDICA (R3)	003	01	03.00
• COM PRÉ-REQUISITO / ENDOCRINOLOGIA	026	03	08.67
• COM PRÉ-REQUISITO / MEDICINA INTENSIVA	006	02	03.00
• COM PRÉ-REQUISITO / GASTROENTEROLOGIA	015	02	07.50
• COM PRÉ-REQUISITO / HEMATOLOGIA	010	02	05.00
• COM PRÉ-REQUISITO / CANCEROLOGIA CLÍNICA	004	02	02.00
• COM PRÉ-REQUISITO / NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA	007	02	03.50
• COM PRÉ-REQUISITO / PNEUMOLOGIA	006	02	03.00
• COM PRÉ-REQUISITO / REUMATOLOGIA	014	02	07.00
• COM PRÉ-REQUISITO / CARDIOLOGIA	007	02	03.50
• COM PRÉ-REQUISITO / NEUROLOGIA PEDIÁTRICA	003	01	03.00
• COM PRÉ-REQUISITO / INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA	003	01	03.00
• COM PRÉ-REQUISITO / HEMATOLOGIA PEDIÁTRICA	000	01	00.00
• COM PRÉ-REQUISITO / MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA	004	03	01.33
• COM PRÉ-REQUISITO / NEONATOLOGIA	005	02	02.50
• COM PRÉ-REQUISITO / PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA	006	01	06.00
• COM PRÉ-REQUISITO / ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA	007	01	07.00
Total:	954	136	

ÁREA / ESPECIALIDADE	Inscritos	Vagas	Cand/Vaga
• SEM PRÉ-REQUISITO / ANESTESIOLOGIA	031	02	15.50
• SEM PRÉ-REQUISITO / CIRURGIA GERAL	073	02	36.50
• SEM PRÉ-REQUISITO / MEDICINA DO TRABALHO	003	02	01.50
• SEM PRÉ-REQUISITO / RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	035	02	17.50
• COM PRÉ-REQUISITO / MEDICINA INTENSIVA	005	02	02.50
• COM PRÉ-REQUISITO / CIRURGIA GERAL (R3)	004	01	04.00
Total:	151	11	

FONTE: <http://www.nc.ufpr.br/>

ANEXO 9 - EMENTAS DISCIPLINAS AISMC E PGC - UNIFESP

DADOS CURRICULARES:

1) Atenção Integral a saúde da mulher e da criança (AISMC):

- Série: 4
- Objetivo Geral: Formar o estudante para uma atuação na atenção básica de saúde SUS com abordagem interdisciplinar e integral na área da saúde da mulher e da criança.
- Objetivo específico: Formar o estudante para uma atuação na atenção básica de saúde SUS com abordagem interdisciplinar e integral na área da saúde da mulher e da criança o atendimento individual da mulher e da criança com aprendizado em anamnese e exame físico, formulações de hipóteses diagnósticas e condutas adequadas compreender o papel da assistência individual da mulher e da criança na Saúde Comunitária desenvolver a relação médico-paciente entendimento dos princípios básicos sobre alimentação e nutrição e embasamento teórico-prático para o diagnóstico e intervenções nutricionais voltadas para os indivíduos e para populações o reconhecimento da adequação da organização dos serviços às necessidades de saúde da população.
- Ementa: Assistência à saúde da criança, da mulher e à gestante em unidade básica de saúde. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. Doenças mais frequentes em pediatria. Programa de saúde da mulher. Prevenção do câncer ginecológico e de mama. Planejamento familiar. Pré-natal normal. Intercorrências mais frequentes no pré-natal. Principais problemas nutricionais. Relação médico-paciente. A unidade básica de saúde e Sistema Único de Saúde.
- Cenários: Anfiteatro/ Sala de aula, Centro de Saúde/ Vila Mariana
- Tempo de atividade: 4 semanas

2) Pediatria Geral e Comunitária (PGC)

- Série: 5
- Objetivo Geral: Capacitar o estudante para uma atuação na atenção básica em pediatria geral e medicina do adolescente na rede de saúde de um sistema local.
- Objetivo específico: Compreender a atual organização do Sistema Único de Saúde, o papel e a complexidade de seus diferentes níveis de atenção. Analisar coeficientes e indicadores demográficos, compreendendo a sua importância no planejamento e estruturação dos serviços de saúde na área da pediatria. Atuar como profissional em Unidades Básicas de Saúde e em Ambulatório Geral de Pediatria e Adolescência, visando sua compreensão quanto ao papel do pediatra geral nesses serviços e articulação destes com as especialidades. Reconhecer e atuar nas doenças de maior ocorrência regional na infância e adolescência, incluindo atividades de promoção à saúde e prevenção.
- Ementa: Dados demográficos e indicadores de saúde. Organização e estruturação do Sistema Único de Saúde. Educação em Saúde. Crescimento e Desenvolvimento da criança e do adolescente. Alimentação e Imunizações da criança e do adolescente. Diagnóstico e tratamento de doenças agudas e crônicas prevalentes na infância e na adolescência.
- Cenários: Ambulatório especializado, anfiteatro/ sala de aula.

FONTE: http://www.unifesp.br/prograd/app_prograd/uc2/filtro_uc/filtro_uc.php

ANEXO 10 - EMENTA DISCIPLINAS AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA I E II - UNICAMP

1) Ações de Saúde Pública I

Ementa: Introdução ao estudo da saúde coletiva, do sistema de saúde brasileiro, e dos determinantes do processo de saúde-doença - atenção com ênfase no território. Realização da primeira experiência de estágio em serviços de saúde, possibilitando uma visão crítica tanto dos papéis desempenhados pelas instituições e profissionais da área quanto da política da saúde do Brasil.

2) Ações de Saúde Pública II

Ementa: Aprofundar a compreensão de alguns conteúdos básicos e introdutórios da saúde coletiva, com ênfase nas competências e habilidades que os alunos adquirirão para desenvolver projetos em relação com equipes e comunidades.

FONTE: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/ensino/graduacao-0>

ANEXO 11 – EMENTA DISCIPLINAS ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE I E II - USP

1) Atenção primária em saúde I

Tipo: Anual (1º/2º Período)

Objetivos:

Propiciar ao aluno a formação de uma mentalidade na prática assistencial pautada nos princípios da cidadania, no reconhecimento da autonomia dos usuários, na interação com a população e com a equipe de saúde na busca de soluções para os problemas identificados e no envolvimento com os resultados da assistência. Propiciar ao aluno reconhecer a história social da doença e o Programa de Saúde da Família (PSF) como modalidade de assistência à saúde. Promover o desenvolvimento de habilidades e padrões de comportamento voltados para o envolvimento com os problemas de saúde da comunidade no plano individual e coletivo e na relação profissional/usuário baseada na alteridade e na responsabilidade social.

Programa:

Disciplina trans-curricular e interdepartamental de caráter eminentemente prático, a ser desenvolvida junto às Equipes de Saúde da Família (ESF) das unidades do Distrito de Saúde do Butantã, sob responsabilidade dos Departamentos de Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina Preventiva e Pediatria, compondo o Módulo Nuclear do Currículo de Graduação. 17 períodos letivos por semestre. Síntese do Conteúdo: a) Imersão do aluno na Unidade de Saúde da Família (USF) e na região, abrangendo visitas 'in loco' aos equipamentos sociais e o reconhecimento da comunidade; b) Acompanhamento das atividades do Agente Comunitário de Saúde (ACS), com ênfase nos procedimentos de Visita Domiciliar (VD) e na dimensão público/privado dela decorrente; c) Diagnóstico de problemas e formulação de proposta de intervenção. Objetivos: 1) Promover a interação do aluno no reconhecimento do espaço social abrangendo as dimensões sócio econômicas, estrutura de equipamentos comunitários e o sistema local de saúde; 2) Promover a interação do aluno na ESF, especialmente junto ao Agente Comunitário de Saúde e à população adscrita à USF; 3) Familiarizar-se com os instrumentos do PSF, principalmente os disponíveis para o trabalho do ACS (cadastro das famílias e a intervenção no domicílio); 4) Identificar as informações coletadas pelo ACS; 5) dados para subsidiar o planejamento das ações da ESF; 6) Diagnosticar os problemas relativos à dinâmica da comunidade bem como as medidas de intervenção possíveis. Meios: - Desenvolvimento de trabalho em grupo, composto idealmente por 12 alunos (e no máximo 24 alunos) sob responsabilidade de 1 professor/preceptor. - Produção de relatórios individuais de tipo etnográfico, a partir de roteiros de observação estabelecidos. - Desenvolvimento de work-shop para sistematizar e socializar as experiências intergrupos (6 ou 9 grupos). - Privilegiar o treinamento em serviço (no território, na ESF e nos domicílios) abrangendo cerca de 80% do tempo disponível (correspondendo a 150 horas). - Discussão em grupo, seminários e espaços para sistematização de informações e dados coletados para compor os relatórios, abrangendo cerca de 20% do tempo disponível (correspondendo a 42 horas). Abordagem e instrumentos específicos: 1. Aferição da visita domiciliar: a) Utilizar o Padrão de Visita Domiciliar do Ministério da Saúde segundo Roteiro proposto pelo Manual de Enfermagem do PSF como elemento básico do Roteiro de Observação para fins de 'check list in loco' com a elaboração de um Relatório de tipo etnográfico após 3 visitas, seguida de discussão em grupo com o professor/tutor. b) Objetivos Cognitivos: Aprender o que é e como se realiza a VD. Familiarizar-se com os instrumentos de registro da VD. Aprender o alcance da VD no planejamento das ações da ESF.

Compreender o papel do ACS na ESF. c) Habilidades: Desenvolver capacidade de interação com a população e o ACS. Desenvolver capacidade de conhecimento de situações socioeconômicas relacionadas às condições de saúde. Desenvolver a capacidade de análise crítica das ações de VD. Desenvolver a capacidade de apresentar possibilidades de soluções para as situações de saúde que demandam intervenção da ESF e ou do ACS. 2. Dimensão Público/Privado da VD: a) Elaboração de um Roteiro de Observação a partir dos elementos envolvidos no papel do ACS como agente do Estado no âmbito do domicílio, tomando por base a produção científica disponível sobre o assunto. b) Objetivos Cognitivos: Refletir sobre a distinção entre esfera pública e privada na prestação de assistência à saúde. Avaliar como a interação público/ privado interfere na prática da assistência à saúde, especialmente no que concerne ao trabalho médico. Refletir a distinção entre as esferas pública e a privada na construção da cidadania no Brasil. c) Habilidades: Desenvolver a capacidade de análise crítica das ações de VD na perspectiva da relação público/ privado. Identificar as situações de conflito entre a esfera pública (o ACS) e a esfera privada (o usuário do PSF) na consecução dos objetivos do trabalho da ESF. Reconhecer o usuário da ESF como sujeito, o que significa o reconhecimento de sua alteridade (autonomia de decisão).

2) Atenção primária a saúde II

Tipo: Semestral (6º Período)

Objetivos

1) promover a interação do aluno junto a equipe multiprofissional, planejando e participando das atividades em grupo; 2) capacitar o aluno a fazer um levantamento do perfil epidemiológico da região, listando os principais agravos, e discutindo propostas de resolução desses problemas; 3) integrar as informações relativas ao perfil epidemiológico da região ao atendimento individual ou em grupo dentro do Programa de Saúde da Família; 4) discutir um novo modelo de atendimento que inclui ações preventivas e de promoção da saúde.

Programa:

Síntese do conteúdo: a) imersão do aluno na Equipe de Saúde da Família (USF) e na região, devendo ao longo do estágio elaborar o perfil epidemiológico da região ressaltando os principais problemas e propondo soluções; b) acompanhamento das atividades realizadas em grupo dentro da Unidade Básica de Saúde aprendendo a trabalhar como parte de equipe multiprofissional. c) Realização de consultas com especial atenção à aspectos preventivos e presença de co-morbidade. Meios:· Desenvolvimento de trabalho em grupo, composto idealmente por 12 alunos sob responsabilidade de 1 professor/preceptor. Os 180 alunos seriam divididos nas 15 equipes de Saúde da família do Distrito de Saúde Escola "Butantã".· Produção de relatórios individuais sobre perfil epidemiológico da região e relatando o andamento das atividades em grupo na Unidade Básica de Saúde.· Desenvolvimento de reuniões periódicas entre todos os grupos de alunos que estagiam na mesma unidade (em torno de cinco grupos) com preparação de uma apresentação final incluindo todos os grupos que atuam nas três diferentes unidades de saúde. (em torno de 15 grupos).· Privilegiar o treinamento em serviço incluindo atendimento individual e atuação nos grupos abrangendo 70% do tempo disponível (aproximadamente 60 horas). Deixando os 30% restantes (aproximadamente 30 horas) para a elaboração do levantamento epidemiológico da região;·

Discussão em grupo após as atividades de atendimento individual com cada aluno apresentando os seus casos e das atividades dos grupos, além de discussões que dêem subsídio para a preparação do levantamento epidemiológico da região. Abordagem e instrumentos específicos: 1. Aferição das consultas individuais: a) Utilizar instrumentos a ser preparado pelos docentes responsáveis pelo terceiro ano que incluirá um guia para realização de consulta com a inclusão de uma anamnese preventiva e presença de comorbidades. Esse instrumento deverá ser preenchido a cada atendimento, havendo uma discussão, periódica mensal onde serão discutidas as informações das fichas em grupo. b) Utilizar instrumento a ser preparados pelos docentes do terceiro ano sobre as atividades em grupo realizadas pela equipe multiprofissional. Esse instrumento deverá ser preenchido após cada grupo com discussões quinzenais sobre as informações colhidas pelos alunos de um mesmo grupo. c) Objetivos cognitivos: Aprender a realizar uma consulta com enfoque preventivo e de promoção da saúde incluindo informações sobre hábitos de vida, vacinas e rastreamento de doenças; Aprender a identificar as comorbidades que podem interferir com as queixas do paciente; Aprender a trabalhar sem equipe multiprofissional. Aprender a identificar os agravos de saúde em uma região e o planejar ações que possam ajudar na sua solução. d) Habilidades: Desenvolver capacidade de interação com os pacientes individualmente propondo mudanças de hábitos. Desenvolver a capacidade de interação com os pacientes nos grupos. Desenvolver capacidade de planejar estratégias que minimizem os agravos de saúde em uma região.

FONTE:

<http://sistemas2.usp.br/jupiterweb/listarGradeCurricular?codcg=5&codcur=5042&codhab=0&tipo=N>

ANEXO 12 – MÓDULO CURRICULAR - FAMEMA**1ª série**

Necessidades de Saúde 1

Unidade de Prática Profissional 1

2ª série

Necessidades de Saúde 2

Unidade Educacional Eletiva

Unidade de Prática Profissional 2

3ª série

Necessidades de Saúde 3

Unidade Educacional Eletiva

Necessidades de Saúde 3

Unidade de Prática Profissional 3

Unidade de Prática Profissional 3

4ª série

Unidade Educacional Eletiva

Atenção às necessidades de saúde do indivíduo, família e comunidade, no modelo de vigilância à saúde

Unidade de Prática Profissional 4

5ª série

Saúde do Adulto I

Saúde Materno- Infantil I

Unidade Educacional Eletiva *

6ª série

Saúde do Adulto II

Saúde Materno- Infantil II

Unidade Educacional Eletiva *

* A Unidade Educacional Eletiva ocorre em diferentes períodos ao longo do ano para cada grupo de estudantes.

FONTE: <http://www.famema.br/medicina/grade.htm>

ANEXO 13 - MÓDULO CURRICULAR - UEL

PIN101 (1º ano): Práticas de interação ensino, serviços e comunidade I

- Área de abrangência e de influência da UBS; territorialização com identificação de áreas de risco; organização comunitária.

PIN201 (2º ano): Práticas de interação ensino, serviços e comunidade II

- Atenção primária à saúde: organização, funcionamento e relações entre as Unidades Básicas de Saúde e níveis secundários e terciários de atenção. Introdução à metodologia científica. Epidemiologia e estatística aplicada à saúde. Ações e intervenções em equipes multiprofissionais de saúde.

PIN301 (3º ano): Práticas de interação ensino, serviços e comunidade III

- Atenção ambulatorial na rede básica de saúde. Papel do médico nas equipes de saúde da família. Habilidades clínicas básicas. Conduta clínica em patologias de maior prevalência loco-regional. Cuidados de saúde para pacientes acamados no domicílio. Atuação em equipe multiprofissional de saúde

PIN401 (4º ano): Práticas de interação ensino, serviços e comunidade IV

- Desenvolvimento de habilidades em semiologia, raciocínio clínico e condutas terapêuticas.

FONTE: http://www.ccs.uel.br/medicina/curso/organizacao_cur.php

ANEXO 14 – EMENTA DISCIPLINA PRÁTICA DE AMBULATÓRIO GERAL II - UFPR

Disciplina: Prática em Ambulatório Geral II (MI 005)

Carga horária: 120hs (Prática/ Semestral)

Ementa: Visa expor o aluno ao atendimento integrado de clientes diversos -adultos e crianças. O aluno fará anamnese e exame físico completo para a elaboração do diagnóstico e plano terapêutico. Terá orientação de docentes de diversas especialidades médicas como consultores.

O objetivo é o de dar solução a maioria dos casos clínicos em nível ambulatorial. Funcionará no Hospital de Clínicas e em Ambulatórios da Comunidade através de convênios.

FONTE: COORDENAÇÃO CURSO DE MEDICINA - UFPR

ANEXO 15 – PLANO DE ENSINO PRÁTICA AMBULATORIO GERAL II - UFPR**Programa:**

Aulas teóricas

Relatório sobre a Unidade de Saúde

Palestra Comunitária

Seminários:

Metodologia do trabalho científico

Ética médica – Bioética

Palestras sobre instituições de Serviço de Saúde

Objetivos (competência do aluno)

- 1) Conhecer o Serviço Público de Saúde
- 2) Interação de conhecimento formal e político no atendimento à saúde da população.

FONTE: COORDENAÇÃO CURSO DE MEDICINA - UFPR

ANEXO 16 – EMENTA DISCIPLINA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE II - UFPR

EMENTA (UNIDADES DIDÁTICAS)

Visa expor o aluno em um serviço de atenção primária à saúde, ligado ao SUS em Unidades Básicas de Saúde, proporcionando ao aluno abordar todas as dimensões do processo de saúde-doença, na integralidade da assistência através de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde com base em atitude ética, visão humanística, senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania.

FONTE: COORDENAÇÃO CURSO DE MEDICINA - UFPR

ANEXO 17 – PLANO DE ENSINO DA DISCIPLINA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE II - UFPR

PROGRAMA CONTENDO OS ITENS DE CADA UNIDADE DIDÁTICA:

CONTEÚDO:

- Atendimento ambulatorial visando a integralidade da assistência.
- Realizar anamnese e exame físico.
- Realizar tarefas educativas junto a comunidade.
- Elaborar relatórios sobre funcionamento e programas executados na US.
- Acompanhar visitas domiciliares junto com ACS.
- Selecionar entre os pacientes atendidos, um caso para discussão teórica.
- Aulas expositivas sobre Educação e Saúde, Integralidade da saúde, imunização.
- Discussão de estudo de caso, com abordagem focada nos temas das aulas expositivas.
- Construção de projeto terapêutico singular para paciente selecionado na Unidade de Saúde.

OBJETIVO:

I – OBJETIVO GERAL:

- Estabelecer integração ensino-serviço, de forma supervisionada.

II – OBJETIVO ESPECÍFICO:

- Vivenciar serviço de atenção primária a saúde.
- Participar de forma ativa e supervisionada do atendimento ambulatorial aos clientes da US.
- Conhecer aspectos do processo saúde-doença com seus determinantes sociais.
- Participar das ações de Vigilância e Promoção da Saúde efetuadas no território da Unidade de Saúde.

ESTRATÉGIAS DE ENSINO-APRENDIZADO:

- Aulas teóricas, aulas práticas, discussão de casos e seminários.

FONTE: COORDENAÇÃO CURSO DE MEDICINA - UFPR

ANEXO 18 – ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO JUNTO À COMUNIDADE – DISCIPLINA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE II - UFPR

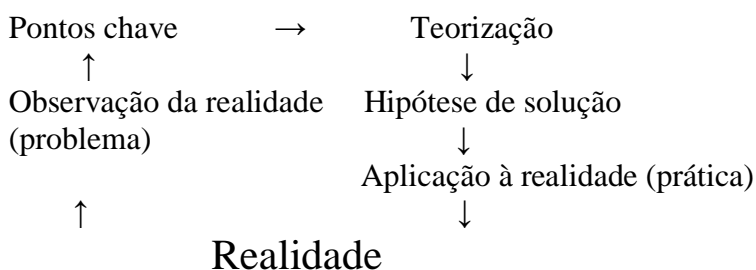
Problematização

- Concepção que acredita na educação como prática social.
- “Usa a realidade para com ela aprender, ao mesmo tempo em que se prepara para transformá-la”. (Bordenave, 1989)
- Experiências em vários setores da educação.
- Busca contemplar aspectos sinalizados nas diretrizes curriculares.

Realidade

- Carente
 - Preocupante
 - Inconsistente
 - Necessário
- Identificação
de
problema**

- que precisa ser
 - Trabalhado
 - Corrigido
 - Aperfeiçoado



Observação da realidade

→ Compreender o cotidiano desta família

(vínculo/comprometimento/responsabilização)

→ Respeito frente valores diferentes (subjetividade)

→ Coleta de informações

- Arranjo familiar
- Estrutura da moradia/ seu entorno...
- Relação com familiares, vizinhos, instituições (pontos de apoio)
- Ocupações
- Lazer
- Espiritualidade
- UBS: Relação/ frequência de uso/expectativa
- Acesso aos serviços de saúde (1ª/2ª/3ª)

- ❑ Medicamentos: acesso/ uso atual
- ❑ Questão do Conselho Local de Saúde
- ❑ Políticas públicas de outros setores que interferem na saúde

Fundamental nesta 1ª Fase:

- Construção da relação com a família
- Evitar a postura de senso comum
- Individualizar a situação
- Generalização posteriores

Pontos chave

- ❑ Identificação de fatores que ocasionam diretamente o problema.
- ❑ Reflexão sobre os possíveis fatores e determinantes maiores relacionados com o problema.
- ❑ Busca ampliar a compreensão, considerando sua complexidade e multi determinação.

Teorização

- ❑ Quais pontos tenho que estudar?
- ❑ O que é prioritário, relevante para esclarecer o problema?
- ❑ Construção de respostas, mais elaboradas
 - Suporte teórico (biblioteca, sites, revista,...)
 - Entrevistas, depoimentos
 - Opinião de especialista
 - Programas de apoio
- Utiliza estudos mais aprofundados para solucionar o problema

Hipóteses de solução

- ❑ Criatividade
- ❑ Ações novas, diferentes
- ❑ Experiências em outros locais
- ❑ Registrar todas as possibilidades pensadas

Aplicação a realidade

- ❑ Ações com a transformação possível
- ➔ Cidadania
- ➔ Auto cuidado
- ➔ Conscientização
- ❑ Postura ética frente a família

FONTE: DISCIPLINA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE II - UFPR

ANEXO 19 – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DISCENTE DA DISCIPLINA
PRÁTICA DE AMBULATÓRIO GERAL II – 2008 - UFPR

- Dados positivos/ negativos/ sugestões, relacionado com as atividades da disciplina

1 – Unidade de Saúde

- Atendimento ambulatorial
- Relatório sobre US
- Educação em Saúde
- Encontro com supervisores

2 – Aulas teóricas

3 – Estudo de caso

ANEXO 20 - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DISCENTE - DISCIPLINA: ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE II – 2009 - UFPR

- Comente aspectos positivos/ negativos e sugestões relacionado com as atividades da disciplina:

- Atividades das 4ª feiras (aulas teóricas/ estudo de caso/ encontro com supervisores)

- Atividades na Unidade de Saúde (atendimento ambulatorial/ relatório sobre US/ atividade educação saúde/ encontro com supervisores)

ANEXO 21 – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DISCENTE - DISCIPLINA: ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE II – 2010 - UFPR

Como parte do planejamento desta disciplina, agradeço sua colaboração, apontando aspectos positivos, aspectos negativos, sugestões e nota, referente as atividades desenvolvidas:

1)Atividades que ocorrem as 4ª feiras, no Setor Ciência da Saúde. (aulas teóricas, prova, seminário) (Nota:_____)

2)Atividades que ocorrem na Unidade de Saúde. (atendimento ambulatorial) (Nota:_____)

3)Atividades que ocorrem na Unidade de Saúde. (acompanhamento de um paciente/ família) (Nota:_____)

4)Atividade relacionada com Educação em Saúde. (Nota:_____)

ANEXO 22 - QUESTIONÁRIO APLICADO AO ALUNO INGRESSANTE NO 2º SEMESTRE/ 2010 - UFPR

DISCIPLINA ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE II

ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE II

Art 3º 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.

(Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina – 2001)

Caros alunos,

Orientado pelas diretrizes curriculares, a proposta desta disciplina é que, ao expor o aluno na atenção primária a saúde, a escola médica possa contribuir com a sua formação, através de dois movimentos complementares.

Primeiro: Estar em contato com pessoas portadoras de doenças prevalentes, doenças crônicas bem como portadores de sintomas indefinidos. São situações que estarão compondo o cenário cotidiano do trabalho médico.

Segundo: O acompanhamento de uma família no seu domicílio possibilita revelar outros aspectos ligado ao processo saúde-doença, relevantes no cuidado ofertado as pessoas. Nesta atividade além de ampliar o conhecimento médico a possibilidade de identificar problemas propondo intervenções possíveis responde a uma lacuna na formação médica relacionada com a nossa responsabilidade social.

Tanto em um movimento como em outro surgem desdobramentos relacionados com a formação médica. Como forma de reflexão gostaria de obter algumas informações em parte ligada ao perfil do aluno egressante na disciplina bem como suas impressões sobre as atividades propostas, tendo como objetivo central adequar a nossa disciplina às diretrizes curriculares, buscando contextualizar a formação médica, com as necessidades de saúde na sociedade contemporânea.

Atenciosamente

Professor Ricardo Carlini
Responsável Disciplina Atenção Integral a Saúde II
Curitiba, Julho de 2010

1) Perfil do aluno ingressante disciplina AIS II

Idade: _____ Sexo: () masculino () feminino
 Cidade/Estado nascimento: _____ / _____
 Com quem mora: () família () só () colega () outros
 Você tem outra Formação Escolar/Profissional? () sim () não
 Qual: _____ Quando terminou? _____
 Você trabalha: () sim () não Qual atividade: _____ horas/semana _____
 Em que Instituição completou o ensino médio: () público () privado () ambos
 Você possui plano de saúde: () sim () não
 Você utiliza computador: () sim () não horas/dia: _____
 Você tem acesso à Internet: () sim () não
 Motivo de acesso a Internet: () estudo () rede social () notícias () serviço () outro
 Você utiliza a biblioteca da UFPR? () sim () não Quantas Vezes/Mês
 (Frequência): _____
 Você tem carro: () sim () não
 Atividade de lazer regular: () sim () não Qual? _____
 Quantas vezes/semana?: _____
 Atividade ligado à espiritualidade: () sim () não Qual? _____
 Quantas Vezes/semana? _____
 Algum familiar é médico(a): () sim () não Que grau de parentesco? _____

2) Em relação à sua saúde, aponte possíveis situações que ocorrem com você:

- () Humor instável
- () Fadiga
- () Distúrbio do sono
- () Dificuldade de concentração
- () Depressão
- () Assintomático
- () Sintomas físicos
 - () cefaléia
 - () gastroenterite
 - () problemas de pele
 - () outros _____

3) Considerando intercorrências com a sua saúde, qual a conduta que você toma?

- () auto medicação
- () consulta médica
 - () médico particular
 - () médico convênio
 - () médico do SUS
- () não são tratadas

- 4) *Razões que levaram você a escolher o curso de medicina.* Atribua a nota (1), (5) ou (10) considerando o fator envolvido. Nota (1) indica o menos importante, a nota (10) o mais importante, a nota (5) uma posição intermediária. Por favor preencha todos os itens.
- () Prestígio social
 () Gratificação pessoal ao poder adquirir conhecimento médico
 () Desejo de compreender/estudar a natureza humana
 () Aliviar o sofrimento das pessoas
 () Retorno financeiro
 () Sentir-se útil
 () Ter uma profissão liberal
 () Influência de familiares ou pessoas próximas
 () Vocação para atender/compreender as pessoas
 () Dom para atuar nesta profissão/área
 () Outro Qual: _____
- 5) Qual o seu grau de satisfação em relação ao curso?
 () ruim () regular () médio () bom () ótimo
- 6) Em relação ao curso, considerando o item anterior, já pensou em:
- Interromper temporariamente: () sim () não
 - Desistir: () sim () não
 - Buscar outro curso: () sim () não
- Qual: _____
- 7) Que área ou especialidade médica, pretende se dedicar, ao final do curso ?
 Qual?: _____ Por
 que?: _____
-
- 8) Tomando como referência o ensino médico na Unidade Básica de Saúde, na sua opinião quais contribuições esta modalidade de ensino pode trazer para a formação médica? _____
-
- 9) Em relação às atividades desenvolvidas na UBS, assinale quais delas você teria interesse em conhecer e participar:
- () recepção
 - () vacinas
 - () farmácia
 - () reuniões dos programas de saúde
 - () reuniões ligada ao Conselho local de saúde
 - () Atividades de educação em saúde
 - () outra atividade. Qual: _____

10) Tomando como referência o ensino médico na Unidade Básica de Saúde, na sua opinião haveria alguma dificuldade em termos de relações interpessoais?

sim não Com quem?

colegas de turma

professores/supervisores

médicos da unidade de saúde

profissionais da unidade de saúde

agente comunitário de saúde

outro _____

11) Nas situações de *atendimento às pessoas na Unidade Básica de Saúde*, assinale o item (ou itens), em que você tem maior dificuldade:

medo de fracassar (diagnóstico/ tratamento)

lidar com as minhas emoções

lidar com as emoções das pessoas

comunicação com as pessoas

crenças e valores distintos dos meus

lidar com sintomas indefinidos

contato com dor e sofrimento

relações com pessoas de outra classe social

observar limite na resolutividade

outra Qual: _____

12) Em relação às atividades programadas pela disciplina AIS II, na Unidade Básica de Saúde, você estará *participando das consultas médicas*. Nesta atividade há *vários aspectos que podem contribuir para a Formação Médica*. Qual a importância que você atribui a cada aspecto citado a seguir. Considere a escala abaixo (de 1 a 5), e marque um X nas caselas correspondentes:

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Ambiente:	Não tem importância	Pouca importância	Moderada importância	Razoável importância	Grande importância
Vivenciar o trabalho médico na Atenção Primária a Saúde					
Conhecer a dinâmica do Sistema Local de Saúde					
Compreender a estrutura do Sistema Único de Saúde					
Preparo para futuro mercado de trabalho					
Vivenciar ambiente diverso do cenário hospitalar					

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Atendimento:	Não tem importância	Pouca importância	Moderada importância	Razoável importância	Grande importância
Primeiro contato com o paciente					
Desenvolver relação médico paciente					
Praticar o acolhimento					
Desenvolver comunicação técnica (linguagem médica)					
Desenvolver comunicação relacional					
Desenvolver atitude profissional					

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Perfil de morbidade:	Não tem importância	Pouca importância	Moderada importância	Razoável importância	Grande importância
Contato com pessoas portadoras de doenças prevalentes					
Contato com paciente crônico					
Contato com pessoas portadoras de sintomas indefinidos					

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Anamnese:	Não tem importância	Pouca importância	Moderada importância	Razoável importância	Grande importância
Anamnese voltada para dados físicos					
Anamnese voltada para dados psicológicos					
Anamnese voltada para dados sociais					
Anamnese voltada para dados ligados a espiritualidade					
Anamnese voltada para dados ligados a crenças populares					

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Avaliação:	Não tem importância	Pouca importância	Moderada importância	Razoável importância	Grande importância
Exame clínico realizado pelo aluno					
Discussão no grupo sobre os dados levantados					

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Conduta:	Não tem Importância	Pouca importância	Moderada importância	Razoável importância	Grande importância
Educação/ promoção a saúde					
Estímulo ao auto cuidado					
Dinâmica de encaminhamento para outros níveis de atenção					
Solicitação de exames complementares					
Prescrição médica ideal					
Prescrição médica possível, adaptada a realidade do paciente					

13) Em relação às atividades desenvolvidas pela disciplina AIS II, na Unidade Básica de Saúde, você estará *acompanhando uma família vinculada ao serviço*. Desta atividade surgem *vários aspectos que podem contribuir para a formação médica. Qual a importância que você atribui a cada aspecto citado*. Considere a escala abaixo, *anotando (X)*, na casela correspondente:

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Conhecimento:	Não tem importância	Pouca importância	Moderada importância	Razoável importância	Grande importância
Conhecer a realidade da família (território, organização familiar, trabalho, lazer,...)					
Conhecer as necessidades concretas de saúde desta família					
Trabalhar diretamente com a comunidade					
Acompanhar o trabalho do agente comunitário de saúde					
Observar aspectos culturais ligados ao processo saúde-doença					
Desenvolver solidariedade e compromisso					
Possibilidade de obter um olhar crítico sobre a abordagem do processo saúde-doença					

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Encaminhamento:	Não tem importância	Pouca importância	Moderada importância	Razoável importância	Grande importância
Coletar dados buscando solucionar problemas					
Propor estratégias concretas de intervenção nas situações vivenciadas					
Adequar as orientações médicas oriunda dos atendimentos					
Levantar dados relacionados com o uso de medicamentos					
Reforçar junto a família as atividades desenvolvidas na US					
Realizar ações de prevenção/ promoção de saúde					
Levantar políticas públicas referente as necessidades da família					
Orientar aspectos relacionado ao conselho local de saúde					
Estímulo para o exercício da cidadania					
Exercitar o papel social e político do médico					

14) Para o desempenho da atividade descrita anteriormente (Acompanhamento de uma família), é utilizada *a estratégia de visita domiciliar*.

Quais dificuldades você já vivenciou em relação a essa atividade? (Por favor aponte, ao menos, duas dificuldades mais importantes para você).

1^a _____

2^a _____

15) Deseja acrescentar algo? (utilize este espaço a seguir para isso)
