



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO
DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Victória Ângela Adami Bravo

**O ensino na atenção primária à saúde em escolas médicas
do estado de São Paulo**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre(a) em Saúde Coletiva.

Orientador(a): Prof(a).Dr(a) Eliana Godfarb Cyrino

Coorientador(a):Prof(a).Dr(a). Maria Antônia Ramos de Azevedo

**Botucatu
2014**

Victória Ângela Adami Bravo

**O ensino na atenção primária à saúde em escolas médicas
do estado de São Paulo**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de
Botucatu, para obtenção do título de
Mestre(a) em Saúde Coletiva.

Orientador (a): Prof(a).Dr(a). Eliana Goldfarb Cyrino
Coorientador(a):Prof(a).Dr(a). Maria Antônia Ramos de Azevedo

Botucatu
2014

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO - CRB 8/7500

Bravo, Victória Ângela Adami.

O ensino na atenção primária à saúde em escolas médicas do estado de São Paulo / Victória Ângela Adami Bravo. - Botucatu, 2014

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Eliana Goldfarb Cyrino

Coorientador: Maria Antônia Ramos de Azevedo

Capes: 40602001

1. Cuidados Primários de Saúde. 2. Ensino Superior. 3. Escolas para profissionais de saúde. 4. Planejamento educacional.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Educação Superior; Escolas Médicas; Projeto Pedagógico.

Folha de Aprovação

FOLHA DE APROVAÇÃO

VICTÓRIA ÂNGELA ADAMI BRAVO

O ensino na atenção primária à saúde em escolas médicas do estado de São Paulo

BANCA EXAMINADORA:

Profª. Dra Eliana Goldfarb Cyrino - Orientadora

Prof. Dr. Nildo Alves Batista

Profª. Dra. Gimol Benzaquen Peroza

Botucatu / SP
2014

Dedicatória

DEDICATÓRIA

A meu Pai Carlos Edson Bravo, que o pouco tempo que estive conosco, nunca deixou dúvidas que é através da educação que as mudanças acontecem.

À Minha família, Carmen, Luiza e José Antônio, pois o amor incondicional dedicado a mim e meus irmãos contribuiu para cada linha desse trabalho e para nosso crescimento em cada dia das nossas vidas.

Aos meus queridos e amados irmãos Marília e Pedro, só por existirem, tornando minha vida mais leve. Ao meu cunhado André, que têm sido um irmão durante todos esses anos.

A meu sobrinho Joaquim, meu afilhado Arthur, minha sobrinha Valentina (que está a caminho) e a todas as crianças da minha família, por fazerem parte do futuro e nos incentivarem a lutar por um Brasil com muito mais qualidade.

Ao meu querido Avô Álvaro, que com toda sua simplicidade me ensinou sempre muito!

Ao meu amor, Marcel, que com muita paciência acompanhou desde a graduação minha caminhada até aqui.

À minha querida orientadora Eliana que me proporcionou vivências, experiências e aprendizados que não estão em nenhum livro ou revista científica que foram e são indescritíveis.

À minha querida co-orientadora Maria Antônia, que chegou com a pesquisa caminhando e em pouco tempo foi impossível pensar esta pesquisa sem ela, a parceria e os laços entre nós três (Eu, Eliana e Maria Antônia), pareciam existir a muitos anos.

Dedico também às famílias das minhas orientadoras, que sempre me acolheram com muito carinho.

Agradecimientos

AGRADECIMENTOS

À 100% da minha família, sempre apoiando e valorizando o estudo.

Agradeço às amigas de uma vida toda Gabriela, Maria Rita, Fabiana, Fernanda, Thaís, Mariana e Laura.

Àsilda e Wilson que sempre apoiaram minha caminhada e contribuíram muito em tudo que pudeam.

Às minhas amigas queridas de graduação Débora e Roberta.

Agradeço aos amigos muito queridos que fiz,e que foram minha família durante os anos de construção desta pesquisa e sempre: Marina, Lujani, Karen, Rose, Eduardo, Cássia, Renata e Mariana.

À Bete e ao Marcelo, pela prontidão e apoio em todas as dificuldades e necessidades.

À todos os funcionários da FMB e da Saúde Coletiva que estiveram sempre prontos para ajudar.

Epígrafe

“A neutralidade frente ao mundo, frente ao histórico, frente aos valores, reflete apenas o medo que se tem em revelar o compromisso.”

Paulo Freire - Educação e Mudança

Este trabalho se desenvolveu no escopo do Edital CAPES 24/2010 Pró Ensino na Saúde e traduz o trabalho colaborativo do Grupo de Pesquisa do Projeto: Integração Universidade, Serviços de Saúde e Comunidade na Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP:

Construindo novas práticas de formação e pesquisa.

A pesquisa foi desenvolvida no programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP em parceria com o grupo de coordenação do Ensino de Graduação de Medicina e Enfermagem na Atenção Primária à Saúde na interface

Universidade, serviços de saúde e comunidade, do PRO-Saúde e do PET-Saúde

Inserir-se na linha de pesquisa: Integração universidade e serviços de saúde- Formação de Profissionais de Saúde: Desenvolvimento e Análise de Tecnologias e Processos de Ensino-Aprendizagem.

Os recursos para esta pesquisa foram oriundos do referido edital da CAPES e a mestrandia recebeu bolsa CAPES.

Resumo

RESUMO

BRAVO, V. A. A. O ensino na atenção primária à saúde em escolas médicas do estado de São Paulo. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2014.

Os currículos das escolas médicas vêm se modificando, em busca de adequarem-se às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em medicina que foram instituídas em 2001, pela resolução nº4 do Conselho Nacional de Educação. Todas as escolas médicas do Brasil devem adequar seus currículos as Diretrizes Curriculares Nacionais, o que inclui, entre outras reformulações, a inclusão do ensino na atenção primária à saúde (APS). Sob essa ótica o trabalho tem por objetivo analisar como é entendida a proposta formativa dos cursos de medicina frente a interação entre universidade serviço e comunidade nos Projetos Pedagógicos, nas falas dos coordenadores dos cursos de medicina e na fala dos coordenadores das disciplinas em que têm como cenário de prática a atenção primária. Trata-se de uma pesquisa exploratória, com metodologia qualitativa. Na organização da amostra, utilizaram-se os seguintes critérios de seleção das escolas: uma escola federal, uma estadual e uma privada. As escolas selecionadas deveriam ter os currículos e Projetos pedagógicos disponíveis no sítio da rede virtual da instituição. Objetivando-se cumprir os critérios elencados acima foram selecionadas três escolas médicas do estado de São Paulo. O estudo foi realizado por meio de análise documental dos projetos pedagógicos, coletados no sítio da rede virtual das escolas, logo de domínio público, com roteiro pré estabelecido que buscou identificar as concepções e formas de intervenção da atenção primária apresentada nos referidos documentos. Na sequência, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os coordenadores dos cursos de medicina e coordenadores responsáveis por disciplinas em que os alunos tem como campo de prática a APS no intuito de compreender como esses profissionais entendem, elaboram e implementam o contexto formativo desses cursos da APS. Foi utilizada a análise de conteúdo para interpretação dos dados obtidos. A partir da leitura do material documental e das entrevistas e mediante as seguintes dimensões organizadas: concepção de formação e Projeto Político Pedagógico (PPP); concepção e implementação sobre atenção primária. Frente a análise dos PPP e das entrevistas foram construídas as seguintes categorias: As DCN como indutoras da necessidade da formação na APS; Divergências da proposta formativa dos PPP frente ao mundo de trabalho; Concepções divergentes sobre o ensino na atenção primária que dificultam implementação; Impasses sobre a integração da instituição de ensino superior com os serviços municipais e estaduais e as mudanças políticas na gestão local: pouco investimento na estrutura de redes de atenção à saúde nas unidades básicas e hospitais como espaços de ensino; Falta de profissionais que dominem novas metodologias e que tenham formação generalista. É apontado nesse estudo a percepção do PPP com problemas estruturais e pedagógicos com relação ao próprio entendimento da proposta em si, afetando o papel do ensino na atenção primária. Apesar da APS ser considerada extremamente importante na formação dos futuros médicos a mesma ainda é vista de forma isolada e descontextual na dinâmica profissional dos seus docentes impactando assim a formação dos futuros médicos nessas instituições.

Palavras Chave: Projeto Pedagógico, escolas médicas, atenção primária à saúde, educação superior.

Abstract

ABSTRACT

The educational program of medical universities have been changing to conform to the National Curricular Guidelines for medical undergraduates (DCNmed), implemented in 2001 through resolution n°4 of the National Education Council. All medical schools in Brazil must adapt their curricula to the National Curricular Guidelines, which includes the primary health care education. Under this perspective, the educational projects of the surveyed schools were evaluated within these principles and the insertion of the student in the primary health care, in order to understand how schools are introducing students to primary health care, what space it occupies in the program and what importance it has in the formation of physicians today. This is a qualitative study. When organizing the samples, we used the following criteria to select schools: one federal, one state public school and one private school. Selected schools should have had their educational programs and projects on their institutional website. We chose three medical schools from São Paulo state following the criteria above mentioned. The study consisted of a desk review of educational projects, collected on the school websites, therefore public domain information, with a predetermined script intended to identify the conceptions and primary health care intervention practices in the reviewed documents. Additionally, we conducted semi-structured interviews with the medicine course coordinators and coordinators responsible for disciplines in which the students access primary health care, so that we can understand how professionals perceive and prepare the implementation of primary health care, within the formative context of these courses. This study also points the curricular pedagogic proposals (PPCs) with structural and educational problems rooted in the understanding of the proposal. These problems even affected the role of primary health care giving an idea that the primary health care, despite its extremely regarded importance in the formation of future physicians, is still seen as isolated and out of context in the professional dynamics of educators.

Keywords: Educational project, medical schools, primary health care, higher education.

*Lista de Quadros, Anexos e
Abreviaturas*

LISTA DE QUADROS

Quadro II –	Quadro esquemático da metodologia.....	55
Quadro III –	Escolas Médias do estado de São Paulo existentes e selecionadas: formas de aproximação e critérios de escolha	56
Quadro IV –	As escolas médicas do estado de São Paulo selecionadas segundo algumas características	58
Quadro V –	Dados gerais sobre os coordenadores do curso das Escolas Médicas selecionadas	59
Quadro VI –	Dados gerais sobre os coordenadores de disciplina das Escolas Médicas selecionadas	59
Quadro VII –	Dados sobre os PPP das escolas obtidos por pesquisa documental no sítio de cada IES, no portal virtual.....	60

LISTA DE ANEXOS

Anexo I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes da Pesquisa 100

Anexo II – Entrevistas realizadas com Coordenadores de Curso e de Disciplina das
escolas participantes 101

Anexo III – Tabela de conteúdo relativo à Atenção Primária nos PPP..... 122

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FMB	Faculdade de Medicina de Botucatu
IES	Instituição de Ensino Superior
PPP	Projeto Político Pedagógico
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESP	Universidade Estadual Paulista
USF	Unidade da Saúde da Família
VD	Visita Domiciliar

Sumário

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	24
Motivações para realização do estudo	25
O Problema	27
CAPÍTULO 1	28
Diretrizes Curriculares Nacionais, Projeto Político Pedagógico e Ensino na Atenção Primária à Saúde	29
1.1 Alguns apontamentos sobre a educação médica, a implantação do SUS e o ensino na atenção primária à saúde	29
1.2 As DCN e o Projeto Político Pedagógico	36
CAPÍTULO 2	45
Objetivos	46
Objetivo Geral	46
Objetivos Específicos	46
CAPÍTULO 3	47
Caminho Metodológico Percorrido	48
3.1 Pesquisa qualitativa	48
3.2 Análise documental	49
3.3 Entrevista semiestruturada	50
3.4 Análise dos dados	51
3.5 As escolas selecionadas: formas de aproximação e critérios de escolha	55
3.6 Os sujeitos da pesquisa: escolhas e possibilidades de aproximação	58
3.7 Critérios para a análise documental dos PPP:	59
3.8 Critérios para a roteiro das entrevistas realizadas	61
3.9 Construção das dimensões e as categorias de análises	61
3.10 Aspectos éticos	61
CAPÍTULO 4	62
Descrição e Análise das Categorias	63
Categoria 1 – As DCN como indutora sobre a importância da formação na APS .	63
Categoria 2 – Divergências da proposta formativa dos PPP frente ao mundo de trabalho	67
Categoria 3 – Concepções divergentes sobre o ensino na atenção primária que dificultam sua implementação	71
Categoria 4 – Impasses sobre a integração da instituição de ensino superior com os serviços municipais e estaduais e as mudanças políticas na gestão local: pouco investimento na estrutura das redes de atenção à saúde nas unidades básicas e hospitais como espaços de ensino	77

Categoria 5 – Falta de profissionais que dominem novas metodologias de ensino e que tenham formação generalista	81
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
BIBLIOGRAFIA	92
ANEXOS	99

Introdução

INTRODUÇÃO

Motivações para realização do estudo

Dou início a este trabalho com a sensação de que devo apresentar ao leitor minha trajetória até aqui.

Cresci em uma família que não tinha muitos integrantes que dedicaram muitos anos aos estudos, por falta de tempo e necessidades mais urgentes. Acredito que por isso tornou-se uma família que valorizasse tanto o conhecimento. Estudei em boas escolas, muito tradicionais por sinal, que contribuíram para minha formação pessoal e profissional. Encontrei professores ótimos e maravilhosos e também péssimos e aterrorizantes, agradeço aos ótimos e maravilhosos, mas dedico aos péssimos e aterrorizantes minha escolha profissional, Pedagoga. Dedico a eles pois sinto a necessidade de contrariá-los totalmente em minha profissão, acredito que não fosse por eles eu não estaria escrevendo estas linhas, hoje não me vejo nem imagino em outro contexto.

Quando decidi por ser pedagoga, procurei um curso que tivesse um perfil diferente, e a Unesp de Araraquara tinha muitas opções para o aluno de pedagogia, portanto decidi tentar e conquistei uma vaga. Mudei-me para Araraquara para iniciar o curso. Curso maravilhoso que concluí na Faculdade de Ciências e Letras da Unesp, onde tive maravilhosos professores e uma base profissional consistente. No terceiro ano do curso entrei para o centro de pesquisa da infância e do adolescente onde iniciei pesquisas com crianças com dificuldades escolares. Permaneci neste centro durante 2 anos. Aprendi muito lá, trabalhei com crianças medicalizadas, estigmatizadas, dentre outros e com atividades bem diferentes às escolares (trabalhamos com arte, jogos, brincadeiras, etc) conseguíamos trazer de volta a autoestima destes alunos e conseqüente melhoria nas atividades escolares. Esta vivência me mostrou nitidamente a necessidade de reinventar a escola.

Durante o tempo que participei deste trabalho estava me formando em Educação Especial na mesma universidade. Me envolvi com iniciação científica nesta área e trabalhei com alunos especiais. Neste mesmo ano fui professora particular de duas crianças.

Este contexto acabou me encaminhando para a saúde, pois todos estes alunos que trabalhei tinham diagnósticos em relação à sua saúde, principalmente psicológicas, quando na realidade o sistema educacional do país deixou a desejar na educação delas. Portanto senti necessidade de saber como era para a saúde ser responsabilizada pelos problemas escolares destas crianças e como agiam. Procurei os Aprimoramentos em saúde que as universidades

ofereciam, prestei e passei na FMB-UNESP de Botucatu.

No aprimoramento vi o sentido oposto, as crianças e adolescentes chegavam no centro de saúde com queixas de escolares e eram direcionadas para atividades com profissionais como fonoaudióloga, psicóloga, arte terapeuta e pedagoga.

Durante este período do aprimoramento me foi solicitado que eu acompanhasse, como professora voluntária, a disciplina Interação Universidade Serviço Comunidade onde os alunos de medicina e enfermagem trabalham juntos com foco na atenção primária e trabalho multiprofissional.

Acompanhei uma pedagoga na disciplina e pude perceber como a saúde se preocupa com a educação, busca melhorar e reinventar. Tive a impressão de estar mais dentro da educação agora do que estava antes.

Depois de tudo isso, decidi permanecer na saúde e tentar o mestrado em saúde pública, e aqui estamos.

Assim, ao buscar articular meus conhecimentos pedagógicos adquiridos na minha formação inicial, como pedagoga, e os coloca-los no contexto dos cursos que formam os futuros profissionais da área da saúde é que surgiu este estudo que teve como objetivo **compreender a ênfase em relação às DCN do papel do ensino médico na atenção primária à saúde e as diretrizes curriculares nacionais nos projetos pedagógicos dos cursos de medicina do estado de São Paulo.**

Nessa direção essa pesquisa justificasse com o intuito de propor reflexões acerca dos PPP dos cursos de medicina frente as DCN com foco no papel da atenção primária em saúde nesses cursos.

A implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais foi um propulsor destas reformas, para tanto se faz necessário nesta pesquisa o aprofundamento nos Projetos pedagógicos na busca de analisar se as escolas médicas estão conseguindo se adequar às DCN. Cabe analisar também, tendo em vista as novas necessidades do Sistema Único de Saúde se as reformas proporcionam melhor capacitação dos alunos para uma futura atuação profissional mais condizente com os princípios do SUS.

De acordo com os princípios doutrinários do SUS, universalização, equidade e integralidade o presente trabalho busca observar os caminhos das Universidades médicas para formar profissionais aptos a trabalhar de acordo com estes princípios na atenção primária. As escolas médicas que serão pesquisadas apresentam inovação em seus projetos pedagógicos em relação à preocupação em formar um profissional apto a atuar na atenção primária.

O Problema

A partir das DCN, que abordam a importância da formação profissional de saúde voltada para a qualificação do SUS e para o trabalho, os PPP das escolas médicas do Estado de São Paulo abordam a atenção primária como um cenário de formação enriquecedor neste sentido? O que está no PPP é colocado em prática? Quais as dificuldades?

Capítulo 1

Diretrizes Curriculares Nacionais,

Projeto Político Pedagógico e

Ensino na Atenção Primária à

Saúde

CAPÍTULO 1

Diretrizes Curriculares Nacionais, Projeto Político Pedagógico e Ensino na Atenção Primária à Saúde¹

O movimento de reorganização dos currículos das graduações na área da saúde balizados pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, instituídas a partir de 2001, e no caso da medicina em recente reformulação, em 2014, tem potencializado o redimensionamento do papel que hoje o ensino na atenção primária à saúde vem exercendo na dinâmica formativa dos cursos por meio da integração ensino serviço, com a participação de professores, alunos, residentes, gestores, trabalhadores da saúde, usuários dos serviços e comunidade.

Esta dissertação tem a intenção de trazer contribuições sobre o papel que os Projetos Políticos Pedagógicos podem vir a desencadear para legitimar as Diretrizes Curriculares Nacionais na área da saúde visando a qualificação de uma formação numa perspectiva que contribua para a interprofissionalização dos futuros profissionais num contexto próprio e educativo que é o espaço do Sistema Único de Saúde (SUS), mediatizadas pelo ensino na atenção primária.

1.1 Alguns apontamentos sobre a educação médica, a implantação do SUS e o ensino na atenção primária à saúde

Atualmente é consenso a necessidade de reformular os currículos da graduação em medicina. Desde o relatório Flexner que é considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América (EUA), com profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial e do Brasil, poucas mudanças, no sentido paradigmático, foram impressas nas formações nas graduações médicas. Hoje com a implantação do Sistema Único de Saúde que tem por princípios a universalidade, integralidade e equidade, torna-se necessário que o médico a ser formado, no nosso país, tenha um perfil diferente do que o relatório apresentou, no início do século XX. (STELLA; BATISTA, 2004).

No modelo flexneriano, a formação médica deveria estar inserida ou ligada a uma

¹Este capítulo foi modificado do artigo Diretrizes Curriculares Nacionais, projeto político pedagógico e ensino na atenção primária à saúde, que é parte do livro *Saúde, Ensino e Comunidade: Reflexões sobre práticas de ensino na Atenção Primária à Saúde*, no prelo, Editora EDUNESP, UNESP, selo acadêmico, a ser editado no segundo semestre de 2014.

universidade, o hospital deveria estar ligado às universidades, os docentes deveriam dedicar-se integralmente à pesquisa e ensino; o curso de graduação médica seria composto por um ciclo de dois anos, o ciclo básico, com aulas em laboratórios para obter conhecimento biológico. A teoria deveria anteceder e preparar para a prática. No segundo ciclo, os alunos aprenderiam com a clínica, por fim no terceiro ciclo, no internato o aluno teria treinamento sob supervisão de docentes, com foco em doença-lesão orgânica (PARAGUAY, 2011).

Com isso, o relatório, e todo movimento que o sucedeu, contribuiu para a reorientação dos currículos das escolas médicas, com centralidade na visão biologicista, deixando para um segundo plano aspectos sociais, culturais e psicológicos. Ao longo dos anos foi possível perceber sua enorme contribuição para organização curricular, mas também se observar, com o passar dos anos, críticas ao modelo instituído.

Nunes nos coloca que análises recentes revelam que Flexner, defendia

“rigor científico e standardização da educação médica, ressaltava que o treinamento, a qualidade e a quantidade da formação médica deveriam responder às necessidades da sociedade, os médicos têm obrigações sociais com a prevenção da doença e a promoção da saúde, devendo receber treinamento com amplitude necessária para realizar tais obrigações, e a colaboração entre medicina acadêmica e saúde pública das comunidades resulta em benefícios para ambas as partes” (NUNES, 2010)

Thomas Maack, foi professor da Faculdade de medicina da USP São Paulo em 1962, foi preso em 1964 por seis meses em um navio atracado no porto de Santos, durante o período que esteve na embarcação, cuidou dos presos que adoeciam. Aos 29 foi expulso do país por decreto do governo, durante o regime militar, perdeu o direito de se naturalizar brasileiro. Nos EUA foi contratado como Professor na Escola Médica da Universidade de Cornell. Dedicou seu trabalho à pesquisa e à formação médica. Apoiou e assessorou reformas curriculares de cursos de medicina no Brasil. Maack (CYRINO; CYRINO, 2010), em entrevista, reflete sobre os anos que decorreram do relatório até os dias de hoje:

“O que esses anos trouxeram foram essencialmente duas mudanças fundamentais, na minha opinião e na opinião de muitos: uma é a expansão vertiginosa do conhecimento de ciências biomédicas, principalmente nos últimos cinquenta anos, o que estabeleceu definitivamente as bases científicas da medicina; a outra é a conscientização de que o atendimento médico é um direito humano, um direito do cidadão, com um enorme aumento da demanda por essa assistência.”

O relatório, portanto, contribuiu em seu tempo, mas mostrou-se ineficaz ao passar dos

anos, frente às mudanças da sociedade contemporânea. O passar dos anos, trouxe possibilidades de reflexão sobre a educação médica. Com isso os participantes do processo educacional nas escolas médicas foram se mobilizando e trazendo à tona a necessidade de mudança que foi se instalando no mundo todo.

Em 1988 e 1993 aconteceram as Conferências Mundiais de Educação médica em Edimburgo, onde os educadores da área médica começaram a estabelecer as orientações que hoje balizam as reformas curriculares e a adequação da formação do médico às novas demandas sociais e exigências da contemporaneidade. No Brasil, na década de 1990, a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino médico (Cinaem) apontou a necessidade de reformulação do modelo de formação. Isto ocorreu com base na avaliação do ensino médico no Brasil (1991-1997) (MARANHÃO; GOMES; CIQUEIRA-BATISTA, 2012).

Novas e antigas necessidades decorrem deste contexto, que repercutem na proposta de formação do médico, defendida por diversos autores, que deveria ser voltada para integralidade do cuidado à saúde e não mais centrada na doença. A presença do conceito de promoção à saúde, como estratégia de produção de saúde, articulada às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, devem contribuir para uma formação que valorize a construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde.

Para que o estudante de medicina possa tornar-se um médico reflexivo, agente de transformação social é necessário que ele tenha contato com a realidade em que irá atuar. As Diretrizes Curriculares Nacionais vêm com o intuito de melhor preparar o profissional para o trabalho, com visão atual do processo de formação do médico.

Tomamos como marco referencial para discutir as DCN e atenção primária, o sistema de saúde vigente no país quando elas foram elaboradas.

O Sistema Único de Saúde criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 e n.º 8.142/90, Leis Orgânicas da Saúde, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde, tornou o acesso gratuito à saúde direito de todo cidadão; até então as pessoas que tinham acesso à saúde eram pessoas advindas de classes sociais favorecidas, pessoas com carteira assinada, mas quem não tinha nada disso dependia de caridade pois não possuía direito à saúde. Segundo Ferreira e Campos (2012), neste período as escolas médicas eram insuficientes, com conseqüente limitado número de estudantes, o “currículo mínimo”, vigente na segunda metade do século passado, enfatizava o modelo biomédico, priorizando o uso da tecnologia, com enfraquecimento da relação médico-

paciente. Já havia nesta época experiências de ensino na atenção primária, geralmente atreladas a uma instituição, a um departamento ou a um professor. O Programa de Integração Docente Assistencial (PIDA) e a implantação de Centros de Saúde Escola, desenvolvidos a partir da segunda metade do século vinte, são exemplos de projetos exitosos que buscaram impulsionar o desenvolvimento da medicina comunitária e a aproximação do ensino médico com a atenção primária à saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, contribuiu para que este cenário de integração universidade e atenção primária se expandisse. Esta Conferência foi a primeira em que a população teve voz ativa participou intensamente das discussões, propuseram a criação de uma ação institucional correspondente ao conceito ampliado de saúde que envolve proteção, promoção e recuperação.

Os projetos de reforma curricular das escolas médicas, influenciados pela implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais, pelos diversos movimentos sociais no país, pelo movimento da reforma sanitária e na sequência a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), apontam a importância da integração ensino-serviço para a formação de um médico voltado às necessidades de saúde da população e do sistema de saúde vigente no país (Brasil, 2001). No entanto, constata-se, ainda hoje, século XXI, que a grande maioria das instituições de ensino superior no Brasil, responsáveis pela formação de profissionais na área da saúde estão distantes de uma formação que privilegie a integralidade do cuidado ou à prestação de serviços no SUS, fazendo com que os profissionais formados não correspondam às expectativas das necessidades de saúde da população, em especial da rede de serviços de atenção primária (DIAS; CYRINO; LASTÓRIA, 2007).

Discutindo os rumos das Escolas Médicas no Brasil e as propostas de mudanças curriculares, Briani (2001) mostra que mudanças têm sido desenvolvidas numa perspectiva tecnicista, privilegiando a organização do currículo a uma orientação restrita à atividade técnica – o como fazer. Voltam-se à “promoção de metodologias de ensino centradas no aluno, na resolução de problemas e no aprendizado contínuo”, que muitas vezes, são experiências, reproduzidas, sem uma maior reflexão crítica, de modelos de ensino de outras nações, com características estudantis, padrões culturais e estrutura universitária que difere da experiência nacional, não conseguindo problematizar a organização do currículo no contexto da sociedade brasileira contemporânea, nem discutir demandas econômicas, políticas ou questões ideológicas envolvidas na formulação desses currículos, principalmente tendo em vista a especificidade do sistema público de saúde brasileiro.

Teixeira, Paim e Vilas Boas (1998) destacam que as práticas de saúde devem ser

entendidas como respostas sociais aos problemas e necessidades de saúde das pessoas, seja individualmente, nos grupos populacionais ou, até mesmo, na totalidade das populações. Do ponto de vista do individual, a perspectiva de análise é a clínica e os chamados fatores de risco, que determinam não só a busca de tratamento e cura das doenças, como, também, a modificação de comportamentos. Já do ponto de vista do coletivo, a perspectiva que predomina é a promocional e preventiva, buscando identificar os determinantes econômicos, sociais e culturais das condições de vida e saúde dos diversos grupos da população, como ponto de partida para a realização de intervenções ambientais, socioeconômicas e culturais que promovam a melhoria dos níveis de saúde e o controle de doenças.

A partir da década de 1990, novas propostas e modelos de ensino médico vêm sendo construídos em diversas escolas da América Latina, buscando-se uma reformulação do mesmo. Alguns desses projetos vêm se propondo a realizar um ensino médico voltado para o desenvolvimento de atividades que tomam como objeto necessidades sociais de saúde, “a busca de novos cenários para o ensino/aprendizado em saúde, como as unidades básicas de saúde e a própria ideia de um ensino médico que articule os diferentes níveis de atenção à integração dos serviços de saúde” (CYRINO; RIZATTO, 2004).

A atenção primária é entendida aqui como primordial na formação do futuro profissional de saúde, pois através do envolvimento com ela, o aluno pode perceber a necessidade da promoção à saúde, do acompanhamento de gestantes e crianças, a expressão de problemas individuais na dimensão do coletivo, do seguimento longitudinal aos pacientes portadores de doenças crônicas, do atendimento em grupo, do trabalho em equipe, da necessidade de ações intersetoriais, da percepção de um campo de complexidade que envolve o sofrimento de difícil dimensionamento, da determinação social do adoecer e outros que, em outros pontos das redes de atenção, como o Hospital Escola, são pouco explorados, dado as próprias características do trabalho hospitalar e do ensino centrado nas doenças.

A vivência do estudante de medicina na atenção primária por um período de tempo maior, contínuo e com regularidade, pode permitir compreender que neste nível de atenção se consegue resolver mais de 80% dos problemas de saúde de uma população. Torna-se evidente que exames complementares, equipamentos, medicamentos e insumos são indispensáveis, mas, que com maior veemência, é na relação entre profissional de saúde e paciente, família e comunidade, com troca de saberes e a presença da subjetividade dos sujeitos, enquanto portadores de conhecimentos distintos, que se dará o desenvolvimento do cuidado qualificado.

Com a criação do Programa de Saúde da Família, em 1994, a demanda de profissionais na atenção primária aumentou substancialmente. De acordo com o Portal da

Saúde, “a saúde da família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.”

Em 2014, a Estratégia Saúde da Família (ESF) está completando vinte anos de existência, com mais de 34 mil equipes implantadas em quase todos os municípios brasileiros. Em que pese todo o esforço político do Estado na busca à reorientação do modelo assistencial e na implementação de práticas que rompam com o modelo biomédico tradicional, a mudança não pode se realizar plenamente sem a mudança radical da formação do profissional de saúde.

Para Almeida (2008) “a articulação com os serviços de saúde e com as organizações comunitárias da sociedade local é uma estratégia decisiva para os processos de mudança na formação de médicos. Só contando com as forças renovadoras existentes nesses segmentos é que as forças renovadoras que atuam dentro da escola médica conseguem sobrepujar o status quo mantido pela forças conservadoras. Essa articulação precisa alcançar progressivamente patamares mais elevados em termos de identidade de propósitos, intercâmbio de interesses e instrumentos ou mecanismos de expressão. Ou seja, as fases de aproximação, de coordenação e de interação devem ser estágios para o estabelecimento de verdadeiras parcerias: alianças entre atores diferentes para a conquista de fins comuns, constituindo uma modalidade de co-gestão, a partir da qual os vínculos entre os parceiros se dão em pé de igualdade e de maneira mais profunda”.

Nesse contexto de mudança e na sequência das DCN, foi proposto, em 2002, o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nas Escolas de Medicina (PROMED), como iniciativa conjunta dos Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC) com o propósito de estimular mudanças nos cursos médicos visando a adequar a formação profissional às necessidades do SUS. O PROMED, que se propunha a induzir, com apoio do MS e MEC "Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde", teve início em 2002, com a participação efetiva de 19 escolas (BRASIL, 2002). O objetivo deste programa de indução de mudanças referia-se ao estabelecimento de um processo de cooperação entre os gestores do SUS escola médica de forma sistemática e autossustentável; que o ensino médico incorporasse a noção integralizadora do processo saúde/doença e da promoção da saúde com ênfase na atenção básica; que os cenários da prática médica fossem ampliados para a rede de serviços básicos de saúde e, finalmente, a adoção de metodologias ativas no processo ensino-

aprendizagem da medicina (PADILHA, 2002).

Estudo realizado por pesquisadores da UFMG, financiado pelo MS, sobre o desenvolvimento do PROMED, aponta que:

“A análise dos dados mostrou a diversidade e a complexidade dos obstáculos enfrentados pelas escolas médicas para implementar seus projetos de mudança curricular. Mostrou ainda como esses fatores dificultadores se inter-relacionam e se potencializam. No entanto, é preciso analisar o movimento de mudanças na formação profissional em saúde no Brasil, especialmente a médica, como um processo em construção e sob forte influência do momento histórico das políticas de saúde. Significa dizer que, de um lado, muitos dos entraves para o avanço dos processos formativos extrapolam o campo da educação e expressam o pensamento, as expectativas e os anseios da sociedade em que as escolas se inserem. Por outro, é preciso que as instituições de ensino se comprometam com a formação de profissionais que atuam na sociedade de modo a transformá-la, quebrando os paradigmas que limitam a concretização do enunciado “uma nova escola, para um novo sistema de saúde”. (ALVES, 2013).

Em 2003, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, no Ministério da Saúde, e na sequência o Departamento de Gestão da Educação na Saúde, com o objetivo do Ministério da Saúde assumir seu papel de gestor federal do Sistema Único de Saúde no que diz respeito à ordenação da formação de pessoal para o setor e à educação permanente do pessoal inserido no SUS.

Assim, diversas iniciativas como políticas, programas e projetos, vêm sendo propostas, muitas vezes como ações conjuntas entre os Ministérios da Educação e da Saúde na perspectiva de apoiar e fomentar a formação universitária que se aproxime do SUS, seus princípios, necessidades e sua qualificação, propondo-se a conquistar relações orgânicas entre as instituições de ensino superior e a gestão, a rede de atenção à saúde, os serviços de saúde e seus trabalhadores e os movimentos sociais. Podemos destacar alguns programas e projetos como o Projeto Vivência-Estágio na Realidade do SUS, VER-SUS/Brasil– Vivência e Estágio de estudantes na Realidade do SUS em todo o país; o PRO-SAÚDE (Programa Nacional de Reorientação dos Profissionais de Saúde); o PET-SAÚDE (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde), a publicação da Política Nacional de Educação Permanente para o SUS (PNEPS); o Pró-Internato (Programa Nacional de Apoio ao Internato Médico), o Programa de Residência Multiprofissional de Saúde, o Projeto Pro-Ensino na Saúde (PRO-ENSINO). Estes programas, projetos e políticas apresentam como objetivo comum a reorientação da formação das profissões da saúde e a ampliação das práticas nos serviços como espaço de ensino e aprendizagem, os mesmos apresentam especificidades que se inter-

relacionam e que podem ser compreendidos como complementares.

1.2 As DCN e o Projeto Político Pedagógico

Para Almeida (2008), a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) por parte da escola médica só terá êxito se houver uma formidável capacidade de formar e manter equipes de trabalho docente, de trabalho universitário (professores e estudantes) e de trabalho interinstitucional (com os serviços de saúde e com as comunidades) junto a construção implementação e avaliação permanente dos Projetos Políticos Pedagógicos. Isto porque a interdisciplinaridade, a formação multiprofissional, a diversificação de cenários de ensino-aprendizagem e a adoção de metodologias ativas e suas interfaces com o âmbito avaliativo, exigem esforços compartilhados por parte dos sujeitos nos diferentes espaços formativos.

Nesta direção, recentes políticas indutoras vêm sendo propostas pelos Ministérios da Educação e da Saúde na perspectiva da mudança na formação nas graduações na saúde. A criação do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), a recente lei "Mais médicos para o Brasil", que traz mudanças na política de provimento médico para o SUS e a atual revisão, pelo Conselho Nacional de Educação, de novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a graduação médica, ocorrida em 2014, têm ampliado a possibilidade de abertura de novos cursos de graduação, de vagas em cursos existentes, de vagas de médicos residentes, afirmado a centralidade da formação na atenção primária e a perspectiva de uma formação em redes de atenção à saúde no SUS, o aprimoramento da integração ensino-serviço, tendo o SUS como ordenador da formação em saúde, que fortalece a perspectiva da indissociabilidade entre formação e atenção em saúde.

Um exemplo dessa busca de ressignificação da formação na área da saúde no âmbito da concepção de uma formação focada no contexto real do SUS e na saúde, nas práticas pedagógicas dos professores nos diferentes profissionais é apontada no livro intitulado "O Estetoscópio e o Caderno" de Godoy e Cryrino (2013, p. 28) na Faculdade de Medicina da Unesp de Botucatu que participaram desses programas indutores. Neste material é apresentado a importância de ações que potencializem nos alunos e professores atitudes proativas de suas próprias intervenções em diferentes cenários de formação "reformulando seus currículos, incorporando ou ampliando a presença de alunos em cenários da rede local de saúde e / ou práticas mais junto à comunidade, também em outros espaços". Os autores acrescentam ainda a fundamental ideia de que essas práticas indutoras de mudança no foco formativo devam desencadear e potencializar a transformação do perfil do futuro profissional

da área da saúde por meio de uma prática reflexiva e contextual focada na humanização das relações profissionais e pessoais.

É possível assim entendermos que as Diretrizes Curriculares Nacionais na área médica no decorrer desses anos, desde sua criação em 2001, têm potencializado inúmeras aprendizagens acerca das propostas formativas; encaminhamentos educacionais e as possíveis correlações que podem ser desencadeadas entre a universidade e seus respectivos cursos frente a sociedade diminuindo o abismo ainda tão forte de uma universidade intramuros e descontextualizada.

Nessa direção, ao analisarmos as novas Diretrizes Curriculares (2014) na área da medicina, é possível apontarmos avanços nessa direção que visa a busca pela qualidade formativa dos futuros médicos no país. É fundamental esclarecer que as DCN tem papel educativo e formativo pois aponta possibilidades de organização; direcionamento e estruturação dos Cursos de Medicina no país que deverão estar balizados e em consonância com a realidade nacional brasileira.

No Art. 3º desta resolução é apresentado a função educativa da formação médica apontando como as propostas formativas destes cursos devem se organizar para que possam dar conta da construção identitária do futuro profissional da medicina. No perfil profissional apresentado destaca-se a intencionalidade de como os futuros médicos deverão ser formados. Isso fica claro neste artigo: “uma formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção do processo saúde-doença, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania e da dignidade humana, objetivando-se como promotor da saúde integral do ser humano”(BRASIL, 2014, p. 1).

Quando elaboramos proposta formativa na organização dos Projetos Políticos Pedagógicos é fundamental a estruturação da dinâmica curricular. Nas DCN é apresentado três grandes eixos integradores que devem permear todo o processo formativo dos futuros médicos, exigindo dos seus docentes e profissionais externos a Universidade conhecimento, reconhecimento e desenvolvimento destes eixos durante todo o curso. Destacamos aqui a importância por um lado da clareza dos eixos norteadores que devem ser balizados em todo o curso e, por outro, o papel formativo interdisciplinar e interprofissionalizante que os eixos potencializam.

É pertinente entendermos que para cada eixo norteador (I - Atenção à Saúde; II - Gestão em Saúde; III - Educação na Saúde), apontado nas novas DCN, foca formação em

processo auxiliando enormemente os diferentes cursos na organização das suas propostas que devem ser contempladas por meio dos seus componentes curriculares via articulação das diferentes áreas de conhecimento. Para cada eixo norteador é apresentada ampla definição daquilo que deve ser aprendido (conhecimento); aquilo que deve ser apreendido no processo de realização das atividades médicas (habilidades) e por fim aquilo que deva contribuir com a formação do ser humano médico enquanto elementos que contribuam para uma formação ética, cidadã e humanitária (atitudes). É apontado nas DCN como os eixos necessitam estabelecer vínculo com a realidade do SUS e com outros setores da área da saúde para que a formação não fique aligeirada, ineficiente e descontextualizada da realidade local, municipal, estadual, regional e nacional brasileira.

Outro aspecto importante e formativo nas DCN é o foco nos conteúdos fundamentais do Curso de Graduação em Medicina, correlacionando-se o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade referenciados com a realidade epidemiológica e profissional proporcionando, assim, a integralidade das ações do cuidar em saúde. Essa clareza das DCN acaba por nortear os próprios PPP.

As DCN são absolutamente claras quanto as orientações aos cursos na construção, implementação e avaliação permanente dos seus PPP destacando o papel da formação centrada no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor que é profissional mediador do processo, com vistas à formação integral e adequada do estudante, articulando ensino, a pesquisa e extensão. Nessa premissa as DCN são fundamentais ao apontar a necessidade emergente que estes cursos já devam “nascer” indissociáveis, interdisciplinares e interprofissionalizantes.

Entretanto as DCN só poderão surtir o efeito pedagógico necessário, se os PPP conseguirem traduzir com propriedade a proposta formativa contida nas diretrizes.

Para explicar o que são Projetos Políticos Pedagógicos nos baseamos em Veiga (2012) quando dissecar os termos: “Projeto” que significa etimologicamente a ação de lançar para frente, tendo como sinônimos a ideia de plano, intenção, propósito, delineamento. Quanto ao termo Político “explicita que é derivado do termo grego *polis*, que significa cidade, pois envolve uma comunidade de indivíduos; Pedagógico aponta em sua etimologia o vínculo ao sentido de condução”. Estes elementos conceituais quando bem entendidos e apreendidos têm a ação formativa e educativa.

O Projeto Pedagógico é essencial para que a instituição de ensino possa caminhar sem perder o foco nas reais necessidades. Deve ser construído coletivamente com todos sujeitos participantes do processo (professores, alunos, graduados, residentes, colaboradores, etc). Em

sua construção é importante que se façam, os seguintes questionamentos: Onde estamos? Onde queremos chegar? e Como fazemos para chegar lá?

Estas questões definem os rumos do curso tendo por base múltiplas necessidades sociais e culturais da população.

“Desenvolver o educando, prepará-lo para o exercício da cidadania e do trabalho significam a construção de um sujeito que domine conhecimentos, dotado de atitudes necessárias para fazer parte de um sistema político, para participar dos processos de produção da sobrevivência e para desenvolver-se pessoal e socialmente.” (VEIGA, 2003)

Para desenvolver o educando como afirma Veiga, o sistema educacional há de ser estruturado e reestruturado com o passar do tempo, acompanhando sempre as mudanças sociais. Para isso as DCN foram implantadas e por isso se fala tanto em reformas curriculares das escolas médicas hoje.

“O projeto político-pedagógico visa à eficácia que deve decorrer da aplicação técnica do conhecimento. Ele tem o cunho empírico-racional ou político-administrativo. Neste sentido, o projeto político-pedagógico é visto como um documento programático que reúne as principais ideias, fundamentos, orientações curriculares e organizacionais de uma instituição educativa ou de um curso.” (VEIGA, 2003)

A elaboração do Projeto Político-Pedagógico da universidade é o principal ponto de referência para a construção da identidade dos profissionais que nela atuam, assim como é a base para a formação de futuros cidadãos críticos, profissionais éticos e qualificados.

Dessa forma, o currículo deverá estar direcionado aos interesses da universidade, do contexto histórico, da realidade local e das reais necessidades vivenciadas no cotidiano pelos envolvidos no processo educativo.

Um Projeto Político Pedagógico (PPP) ao ser elaborado ou conduzido à elaboração tem a função de ajudar na conquista e consolidação da autonomia da universidade; necessita assim, ser organizado e conduzido por concepções de conhecimentos, promovendo o desenvolvimento integral dos indivíduos, atualizando-se e transformando-se de acordo com os avanços e as mudanças da comunidade universitária; balizadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para decidir que caminho seguir, que identidade deseja ter, que concepções deseja desenvolver frente aos seres humanos que deseja formar.

Para Libâneo (2001) a construção de um Projeto Político Pedagógico requer continuidade, reestruturação, participação e democratização, partindo da problemática abordada pela comunidade universitária, sendo necessário primeiramente delinear os

princípios norteadores em termos de ação, definindo o rumo e as concepções sobre a prática pedagógica.

Para que se possa realizar uma prática pedagógica comprometida com a realidade, é indispensável que, além do conhecimento desta realidade, seja promovido, um processo de problematização crítica, sensibilizando a comunidade universitária para a elaboração do projeto político pedagógico buscando soluções práticas para os problemas detectados, observando que este é um processo em constante construção/reconstrução, estando sempre aberto a novas análises, argumentações e questionamentos quanto às necessidades no decorrer de sua organização.

A universidade deve buscar a qualidade no ensino, visando especialmente à interdisciplinaridade, a contextualização e a autonomia, expressando a necessidade de uma educação mais justa e solidária, mas esquece que, antes de tudo, é necessário que o professor tenha conhecimento, habilidades específicas e especialmente, consiga desenvolver suas competências para desse modo, melhor compreender o sentido do saber; buscando a estruturação da aprendizagem a partir da estrutura econômica, política e cultural do ambiente ao qual a universidade e seus alunos pertencem.

Neste momento, é importante salientar também, que assim como os professores e alunos são considerados como sujeitos centrais deste processo, as participações de outros setores da comunidade universitária se fazem necessárias visando à busca por uma melhor estruturação da instituição em relação à construção e implementação do seu Projeto Político Pedagógico.

Tomando como base o Projeto Político Pedagógico, pode-se compreender todo o funcionamento, a estrutura, a metodologia e a prática pedagógica, enfim, tudo o que pode e deve ser esclarecedor para o bom entendimento quanto à estrutura e o funcionamento da universidade, tanto por parte da comunidade e especialmente pelos professores.

A principal característica de um Projeto Político Pedagógico consiste no envolvimento da comunidade educativa, visando um processo de reflexão-ação, que se consegue por meio da prática reflexiva, onde juntamente com o grupo se estabelece um ponto de referência que passará a ser o gerador de questionamentos, dúvidas e mudanças.

A partir desse processo de reflexão-ação, a comunidade educativa terá referencial concreto para a elaboração de pareceres avaliativos sobre a realidade universitária, sendo possível analisar o processo em toda sua extensão, seja nos valores agregados à instituição, metas a serem seguidas ou na recriação das regras para a construção crítica e autônoma da nova ordem educativa.

Portanto, deve ficar explícito e evidenciado, ao se determinar a proposta teórico-metodológica da universidade, quais as concepções de ser humano, sociedade e educação que a mesma assume, qual teoria educacional irá guiar o processo ensino-aprendizagem e como se manifestará a prática pedagógica cotidiana. Neste contexto, o projeto político-pedagógico deve oferecer elementos para a elaboração do próprio curso, que será avaliado por meio dos planos de ações anuais que surgem das necessidades da própria universidade.

O processo de construção do projeto político-pedagógico busca a organização do trabalho pedagógico da universidade, colocando em práticas ações educativas que visem a globalização da comunidade universitária.

Mas para que essa construção adquira dimensões expressivas acerca do que a universidade pretende atingir, é necessário que esta seja relativamente autônoma, sendo capaz de delinear sua própria identidade, observando a importância de todos participarem da elaboração do projeto, conscientizando-se que a universidade é espaço único, local de discussões, experiências e reflexões coletivas.

Atingir essa clareza conceitual e prática do poder formativo e informativo que a universidade exerce na sociedade requer união e especialmente organização das ideias propostas, pois, só se houver o compromisso de todos em assumi-la como um complexo teórico-prático, é que a universidade estará alicerçada em uma teoria pedagógica crítica viável, onde o componente curricular irá nortear os passos do processo educativo.

Esta inter-relação exige que este currículo seja prescrito, construído, estudado e refletido pelos professores num processo de ação-reflexão-ação permanente, valorizando e respeitando aspectos ligados a história, as ideologias, aos interesses de grupos profissionais e grupos heterogêneos.

É necessário que os professores universitários realmente tenham conhecimentos/saberes sobre o contexto universitário que vão trabalhar: conhecimento do currículo; conhecimento do Projeto Político Pedagógico (PPP) do curso a qual faz parte, conhecimento acerca das inúmeras modalidades didáticas, conhecimento das novas tecnologias educacionais, conhecimentos referentes as pesquisas da área assim como o saber ensinar a fazer e a pensar sobre pesquisa, conhecimentos teórico-metodológicos dos projetos interdisciplinares tanto na construção, implementação e avaliação destes instrumentos de trabalho que envolvem o ensino, a pesquisa e a extensão e principalmente o conhecimento de saber refletir criticamente sobre seus atos e acontecimentos provocando mudanças e desconfortos no ato de ser e fazer educação universitária.

A formação docente é complexa e longa e está ligada a inúmeros aspectos e fatores

externos e internos que vão se entrecruzando constituindo e moldando o profissional professor. A formação de melhores profissionais para atuarem na realidade social, histórica, política e cultural em sua complexidade na contemporaneidade torna-se um desafio ainda maior no contexto do Ensino superior onde todos que lá atuam devem procurar o desenvolvimento profissional permanente, preciso e transformador.

Para tanto, as Universidades devem possibilitar um espaço de discussões didático-pedagógicas que instiguem nos docentes a sua inserção na realidade que emerge das múltiplas relações dos Projetos Pedagógicos e das possibilidades inerentes aos novos currículos, orientados pelas Diretrizes Curriculares de Educação Nacional. Deve também reposicioná-los no retorno a sua formação em programas de competências para a docência universitária, orientados pelas constantes alterações no cenário em que estão inseridos.

Em vista disto, os docentes que atuam no Ensino Superior devem primar cada vez mais pela qualificação de seu trabalho investindo na adoção de concepções, metodologias e avaliações inovadoras, desafiadoras, inteligentes, criativas e estimuladoras que promovam o processo de intervenção dos sujeitos e os qualifique para o real exercício da sua profissão assim como para a vida em cenários de interprofissionalização.

O ensino deve pautar-se, então, em momentos de assimilação, acomodação, desacomodação e elaboração dos conhecimentos científicos e sociais materializados nas matrizes curriculares dos cursos a partir de uma construção em que respeitem as Diretrizes Curriculares Nacionais, a realidade regional e as diretrizes político-pedagógicas da própria instituição.

Os projetos políticos pedagógicos têm a função institucional de regulamentar o curso perante órgãos oficiais e a reitoria, são documentos públicos que devem, portanto, se manter atualizados e em locais de fácil acesso aos interessados. Não devem ser elaborados somente para cumprir a função burocrática/ regulatórios.

Este aspecto é fundamental pois dependendo como a própria instituição entende o papel e a função que hoje os PPP ocupam dentro da universidade como, também junto as próprias Diretrizes curriculares Nacionais; o PPP acaba por se constituir ora como um documento burocratizante, entendido como regulatório, ou pode se constituir como documento emancipatório que ao mesmo tempo que projeta novo entendimento da ação formativa da proposta na área médica, pode desencadear a ação emancipatória dos sujeitos que a elaboram e a vivenciam no dia a dia da universidade, e nos diferentes contextos socioculturais com especial destaque aos SUS.

Frente a essa discussão Veiga (2003) tem contribuído imensamente com a clareza

conceitual e prática do entendimento do papel que os PPP balizados pelas DCN tem tido na realidade universitária. Para ela a perspectiva regulatória do PPP perpetua, muitas vezes, de forma acrítica um discurso instituído contido nos documentos como o Plano de Desenvolvimento Institucional.

A respeito desta forma de orientação do PPP a autora afirma:

“A inovação regulatória ou técnica tem suas bases epistemológicas assentadas no caráter regulador e normativo da ciência conservadora, caracterizada, de um lado, pela observação descomprometida, pela certeza ordenada e pela quantificação dos fenômenos atrelados a um processo de mudança fragmentado, limitado e autoritário; e de outro, pelo não desenvolvimento de uma articulação potencializadora de novas relações entre o ser, o saber e o agir” (VEIGA, 2003, p. 269).

A respeito da possibilidade de modificação o *status quo*, os projetos regulatórios em pouco contribuem, uma vez que ao serem oficializados provocam uma mudança das ações e orientação das propostas em função de outros fatores, mas tal mudança que em muitos casos é parcial e temporária, não se traduz em uma nova forma de organização ou na possibilidade de modificação de um sistema vigente. As modificações de um projeto regulatório são orientadas em função de reproduzir o mesmo sistema, apenas com uma alteração no foco de interesse.

Em contra partida a esta ideia tão enraizada na realidade dos PPP nos cursos universitário há outra possibilidade no processo de construção, implementação e avaliação de um PPP balizada pela ação emancipatória ou dialética. Nessa direção Lucarelli (1994) afirma que ao pensarmos um PPP a partir de uma perspectiva emancipadora buscamos a ruptura do *status quo*, não apenas em escala social a partir da modificação de nossas ações, mas a ruptura de um *status quo* institucional e pouco questionado na estrutura universitária e escolar brasileira.

Um projeto será emancipador na medida em que os atores envolvidos o incorporem em sua prática cotidiana, e que a existência desse projeto extrapole os limites das funções institucionais e passe a orientar as propostas de intervenção político-social dos envolvidos, através da organização de propostas articuladas, ainda que estas não sejam necessariamente orientadas pelas mesmas bases, mas que tenham como denominador comum os objetivos de curso pensados coletivamente. Deste modo através da elaboração de um PPP emancipador fica explícita um entendimento da função social da educação comprometida com a evolução do sujeito e quebra de paradigmas sociais existentes.

“A instituição educativa não é apenas uma instituição que reproduz relações sociais e valores dominantes, mas é também uma instituição de confronto, de resistência e proposição de

inovações. A inovação educativa deve produzir rupturas e, sob essa ótica, ela procura romper com a clássica cisão entre concepção e execução, uma divisão própria da organização do trabalho fragmentado” (VEIGA, 2003, p. 277).

A existência de todos esses elementos é fundamental para que o PPP cumpra sua função institucional, ao garantir que as instâncias superiores da universidade tenham dados completos e atualizados a respeito dos cursos existentes, e cumpra também sua função social ao deixar sintetizado e explícito aos alunos, professores e funcionários que se integrem ao coletivo de componentes do curso quais são as propostas que orientam as ações e decisões internas, e qual é o comprometimento deste curso com a manutenção ou modificação da sociedade em questão.

A busca pela efetivação das DCN deve ser entendida como elemento fundamental para a construção, implementação e avaliação das propostas pedagógicas dos cursos médicos tendo a atenção primária a saúde papel determinante cujo foco formativo deva ter no SUS lugar onde o trabalho dos professores universitários e dos diferentes profissionais deva possibilitar promoção à saúde focada na qualidade de vida e das relações construídas junto aos sujeitos e não apenas nas doenças.

Capítulo 2

Objetivos

CAPÍTULO 2

Objetivos

Objetivo Geral

Analisar a proposta formativa do curso de medicina no âmbito da integração entre universidade serviço e comunidade nos Projetos Pedagógicos, nas falas dos coordenadores dos cursos e na fala dos coordenadores das disciplinas em que têm como cenário de prática a atenção primária.

Objetivos Específicos

Compreender qual o espaço que a atenção primária ocupa na formação do médico frente às necessidades da população e de qualificação do SUS

- Ler e interpretar as propostas formativas dos cursos de medicina pautando nossa reflexão acerca das diretrizes curriculares nacionais e necessidades da população e do SUS.
 - Aprofundar por meio de entrevistas com os coordenadores e com os professores responsáveis pela disciplina de ensino na atenção primária dos referidos cursos estudados, as percepções acerca do tema mediante as DCN.
-

Capítulo 3

Caminho Metodológico Percorrido

CAPÍTULO 3

Caminho Metodológico Percorrido

3.1 Pesquisa qualitativa

Este capítulo tem por objetivo descrever o percurso metodológico que percorremos a fim de construir esta pesquisa. “Em um estudo científico devemos optar por caminhos para alcançarmos nossos objetivos e assim obter os resultados a serem analisados e discutidos” (CYRINO, 2012, p. 56).

A pesquisa foi desenvolvida sob a **abordagem qualitativa**, por cremos que os dados coletados são

“...ricos em pormenores descritivos relativamente a pessoas, locais e conversas, e de complexo tratamento estatístico. As questões a investigar não se estabelecem mediante a operacionalização de variáveis, sendo, outrossim, formuladas com o objetivo de investigar os fenômenos em toda a sua complexidade e em contexto natural.” (BOGDAN; BIKLEN, 1994, p. 16).

Oliveira (2008), afirma que a pesquisa qualitativa leva em conta o fato de o ser humano não ser passivo, mas um ser que interpreta o mundo em que vive continuamente. Diz que o homem é diferente dos objetos, por isso o seu estudo necessita de uma metodologia que considere essas diferenças. Nesse posicionamento teórico, há a possibilidade de interpretar a realidade a partir dos dados levantados, mas não apenas isso é possível, também, intervir nessa realidade por meio do contato com os sujeitos pesquisados.

Coutinho (2011), ainda sobre a abordagem qualitativa ressalta que

A nível conceptual, o objecto de estudo na investigação não são os comportamentos, mas as intenções e situações, ou seja, trata-se de investigar ideias, de descobrir significados nas ações individuais e nas interações sociais a partir das perspectivas do actores intervenientes no processo. (COUTINHO, 2011, p. 26).

Esse nível conceitual está presente nessa pesquisa, pois se pretende exatamente isso, descobrir significados nas ações individuais e nas interações sociais e averiguar como esses significados contribuem na construção dos saberes desses assessores, bem como de que forma esses saberes modificam suas práticas enquanto docentes.

Além de entendermos que a pesquisa será composta dentro de uma abordagem qualitativa, entendemos que se trata de um estudo exploratório.

Segundo Gil (2008), a pesquisa exploratória é desenvolvida com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato, o que se pretende realizar neste estudo, já que conhecer os saberes que envolvem o assessor pedagógico de instituições que tratam da formação do docente universitário é um assunto pouco explorado.

Além disso, reconhecemos na presente pesquisa os cinco atributos básicos que Bogdan e Biklen (1994, p. 47-51) estabelecem como características próprias desse tipo de abordagem:

1. Na investigação qualitativa a fonte direta de dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal;
2. A investigação qualitativa é descritiva;
3. Os investigadores qualitativos interessam-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos;
4. Os investigadores qualitativos tendem a analisar os seus dados de forma indutiva;
5. O significado é de importância vital na abordagem qualitativa.

O estudo qualitativo visa compreender os sujeitos na sua totalidade, exigindo do professor a capacidade de enxergar as situações na sua complexidade”Para obter essa compreensão, utilizamos para coletar os dados os seguintes instrumentos: análise documental e a entrevista semiestruturada. Utilizamos esses instrumentos “visando obter mais coerência e concordância possível daquilo que é coletado e analisado de forma crítica e contextual” (AZEVEDO, 2009, p. 93). Assim segundo Azevedo (2009, p. 93), “a organização desses instrumentos de dados na pesquisa qualitativa é um procedimento que visa fortalecer e estabelecer conexões mais precisas e coerentes dos materiais coletados e as análises dos mesmos mediante o olhar investigativo do pesquisador sobre vários ângulos”.

3.2 Análise documental

Utilizamos a análise documental visando ao conhecimento profundo e sistemático da estrutura dos cursos de Medicina, foco deste estudo, assim como do próprio documental das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina. Esta análise proporcionou esclarecimentos por um lado na construção, implementação e avaliação dos PPP dos cursos

como, também a análise da proposta formativa para a formação dos médicos contida nas Diretrizes Curriculares

Em função disso, reforçamos a importância da análise documental, pois dela

“podem ser retiradas evidências que fundamentem afirmações e declarações do pesquisador. [Os documentos] representam ainda uma fonte “natural” de informação. Não é apenas uma fonte de informação contextualizada, mas surge num determinado contexto e fornecem informações sobre esse mesmo contexto.” (LÜDKE; ANDRÉ, 2011, p. 39).

Além disso, enfatizamos a importância de correlacionar os dados analisados nos documentos aos outros obtidos pelo pesquisador. “Assim, descaracteriza-se a análise documental como sendo somente o procedimento para verificar documentos oficiais, ampliando-a para ser a norteadora dos contextos investigados” (AZEVEDO, 2009, p. 96).

Porém, devemos estar cientes de que nem sempre os documentos retratam a realidade tal como ela é, como nos lembra Yin (2005). Na análise documental, é importante estar atento a possíveis “pistas” que os documentos podem trazer sobre outros elementos. “A atividade humana quase sempre deixa vestígios [...] Assim, por ‘documento’ entendemos toda fonte de informações já existente, à qual um pesquisador pode ter acesso” (CONTANDRIOPOULOS, 1997, p. 53). E, como acompanhamos uma situação real, é importante tentar extrair dessa situação as razões pelas quais os documentos foram gerados.

3.3 Entrevista semiestruturada

Todos os docentes participantes da pesquisa foram entrevistados a partir de roteiros semiestruturados (Apêndice 2), pois a entrevista “permite a captação imediata e corrente da informação desejada, praticamente com qualquer tipo de informante e sobre os mais variados tópicos” (LÜDKE; ANDRÉ, 2011, p. 34). Essas entrevistas foram gravadas em áudio, mediante a concordância voluntária dos sujeitos e foram previamente agendadas, de acordo com a disponibilidade dos entrevistados. Utilizamos este instrumento de coleta porque nele

“a relação que se cria é de interação, havendo uma atmosfera de influência recíproca entre quem pergunta e quem responde. [...] Na medida em que houver um clima de estímulo e de aceitação mútua, as informações fluirão de maneira notável e autêntica.” (LÜDKE; ANDRÉ, 2011, p. 34).

Corroborando essa visão, Triviños (1992, p. 146) enfatiza que a entrevista “valoriza a presença do investigador e também oferece possibilidades para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação”.

Contudo, além do foco no roteiro pré-estabelecido com suas respostas verbais obtidas, é necessário que o pesquisador esteja atento para os gestos, entonações e expressões apresentadas pelo entrevistado (THIOLLENT, 1982).

“Há toda uma gama de gestos, expressões, entonações, sinais não-verbais, hesitações, alterações de ritmo, enfim, toda uma comunicação não verbal cuja captação é muito importante para a compreensão e a validação do que foi efetivamente dito. Não é possível aceitar plena e simplesmente o discurso verbalizado como expressão da verdade ou mesmo do que pensa ou sente o entrevistado. É preciso analisar e interpretar esse discurso à luz de toda aquela linguagem mais geral e depois confrontá-lo com outras informações da pesquisa e dados sobre o informante.” (LÜDKE; ANDRÉ, 2001, p. 36)

Segundo Lüdke e André (2011, p. 34), a entrevista semiestruturada “se desenrola a partir de um esquema básico, porém não aplicado rigidamente, permitindo que o entrevistador faça as necessárias adaptações”. Portanto, a escolha pela entrevista semiestrutura deve-se também ao fato de que ela, “apesar de conter algumas questões pré-definidas, proporciona ao investigador uma flexibilidade, podendo-se modificar ou adicionar outras questões durante a entrevista, para esclarecer possíveis dúvidas (CYRINO, 2012, p. 59). Nas entrevistas realizadas, sentimos essa necessidade de complementação. Algumas perguntas extras foram feitas a determinado docente a fim de esclarecer ou complementar aquilo que ele havia dito em resposta ao roteiro pré-estabelecido.

3.4 Análise dos dados

Para realizar a análise dos dados, o procedimento adotado foi a metodologia de **análise de conteúdo**, “uma técnica de pesquisa para fazer inferências válidas e replicáveis dos dados para o seu contexto” (KRIPPENDORFF apud LÜDKE e ANDRÉ, 2011, p. 41). Bardin (1979, p. 42) conceitua este tipo de análise como

“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de

conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.”

Este tipo de análise caracteriza-se

“...como um método de investigação do conteúdo simbólico das mensagens. Essas mensagens [...] podem ser abordadas de diferentes formas e sob inúmeros ângulos. [...] O enfoque da interpretação também pode variar. Alguns poderão trabalhar os aspectos políticos da comunicação, outros os aspectos psicológicos, outros, ainda, os literários, os filosóficos, os éticos e assim por diante.”(KRIPPENDORFF apud LÜDKE e ANDRÉ, 2011, p. 41)

Segundo Bardin, a análise do conteúdo (AC) surge como possibilidade para pesquisas sociais e em educação a partir da década de 1970, sendo muito utilizada principalmente para estudos de consumo e psicologia. Gaskell afirma que houve ao longo da história, picos de utilização da análise do conteúdo nas pesquisas das ciências humanas, mas que esta metodologia de análise se distância das mais utilizadas em função da subjetividade com que pode ser realizada, e em virtude de estudos iniciais realizados a partir dela e pouco aprofundados. Entre os principais benefícios da utilização da Análise do Conteúdo como forma de trabalho com materiais escritos o autor destaca a mesma como uma ponte entre o formalismo estatístico e a análise qualitativa dos materiais (GASKELL, 2012).

Trata-se de uma metodologia de análise que centraliza os esforços de pesquisa na linguagem, seja ela verbal ou redigida.

“A Análise do Conteúdo assenta-se nos pressupostos de uma concepção crítica e dinâmica de linguagem. Linguagem, aqui entendida, como uma construção real de toda a sociedade e como expressão da existência humana que, em diferentes momentos históricos, elabora e desenvolve representações sociais no dinamismo interacional que se estabelece entre linguagem, pensamento e ação”. (FRANCO, 2003, p. 14).

Através da análise do conteúdo, pode-se trabalhar com os dados de pesquisa a partir dos elementos presentes na fala dos sujeitos em seus princípios mais básicos, cabe ressaltar que todo discurso e documento são feitos dentro de um contexto e carregam as impressões pessoais da pessoa que o faz, assim, através da análise dos elementos básicos deste discurso, podemos entender questões centrais do momento em que este foi elaborado. No caso desta pesquisa, a opção por se trabalhar os dados a partir da análise do conteúdo se dá, pois não se pode desvincular da fala dos sujeitos suas impressões a respeito dos processos vivenciados nas instituições de ensino superior.

Neste caso, a linguagem utilizada vem carregada de valores pessoais, mas para a

manutenção de um processo de pesquisa que não se limite a repetição das falas realizadas. Podemos através da análise do conteúdo utilizar estas falas como meio de se entender os contextos em que foram realizadas. Trata-se de elaborar uma pesquisa a partir destas falas, mas que não se limite apenas a elas (BARDIN, 2009).

Inicialmente, o material de análise para a AC se organiza em unidades de análise, tais como palavras, frases, temas, etc, estas unidades análise serão posteriormente organizadas em unidades de contexto, que serão a base para o processo de categorização, uma das etapas mais particulares da AC.

Como unidade de análise nesta pesquisa utilizamos o tema, pois apresenta uma quantidade de dados condensada, diferencialmente da palavra como ponto de análise que resulta em uma grande quantidade de dados de difícil interpretação.

A respeito do tema como unidade de análise Franco afirma:

“Pelo fato de que, mediante a utilização do tema como unidade de análise, para a interpretação das respostas de determinados grupos de pessoas, acabamos obtendo um grande número de respostas permeadas por diferentes significados. Por isso, antes da tarefa de recodificá-las e analisá-las, será necessário analisar e interpretar o conteúdo de cada resposta em seu sentido individual e único”

O tema é considerado como a mais útil unidade de registro em análise do conteúdo (FONTES, 2003, p. 37).

A opção de se trabalhar a partir do tema foi feita em virtude das entrevistas, e dos documentos analisados por possibilitar que os dados se agrupassem a partir dos processos formativos observados nas falas e nas ideias e concepções acerca da formação dos futuros médicos.

As unidades de contexto são segundo Bardin o agrupamento das unidades de análise, dentro do escopo da pesquisa e situando em um contexto determinado o sujeito ou documento na qual foram emitidas aquelas idéias. As duas unidades de observação acima descritas são base para o principal processo de organização da AC, a categorização dos elementos. Ainda a respeito desse tipo de análise, podemos dizer que “no processo de decodificação das mensagens o receptor utiliza não só o conhecimento formal, lógico, mas também um conhecimento experiencial onde estão envolvidas sensações, percepções, impressões e intuições” (LÜDKE; ANDRÉ, 2011, p. 41). “Essa análise, conduzindo a descrições sistemáticas, qualitativas ou quantitativas, ajuda a reinterpretar as mensagens e a atingir uma

compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum.” (MORAES, 1999, p. 7).

A análise de conteúdo, dentro da abordagem qualitativa que pretendemos desenvolver nesta pesquisa, servirá de suporte para captar o sentido simbólico dos dados. “Este sentido nem sempre é manifesto e o seu significado não é único.” (MORAES, 1999, p. 8). Olabuenaga e Ispizúa apud Moraes (1999) colocam que um texto pode ter inúmeros significados, e destacam as seguintes colocações:

- a) O sentido que o autor pretende expressar pode coincidir com o sentido percebido pelo leitor do mesmo;
- b) O sentido do texto poderá ser diferente de acordo com cada leitor;
- c) Um mesmo autor poderá emitir uma mensagem, sendo que diferentes leitores poderão captá-la com sentidos diferentes;
- d) Um texto pode expressar um sentido do qual o próprio autor não esteja consciente.

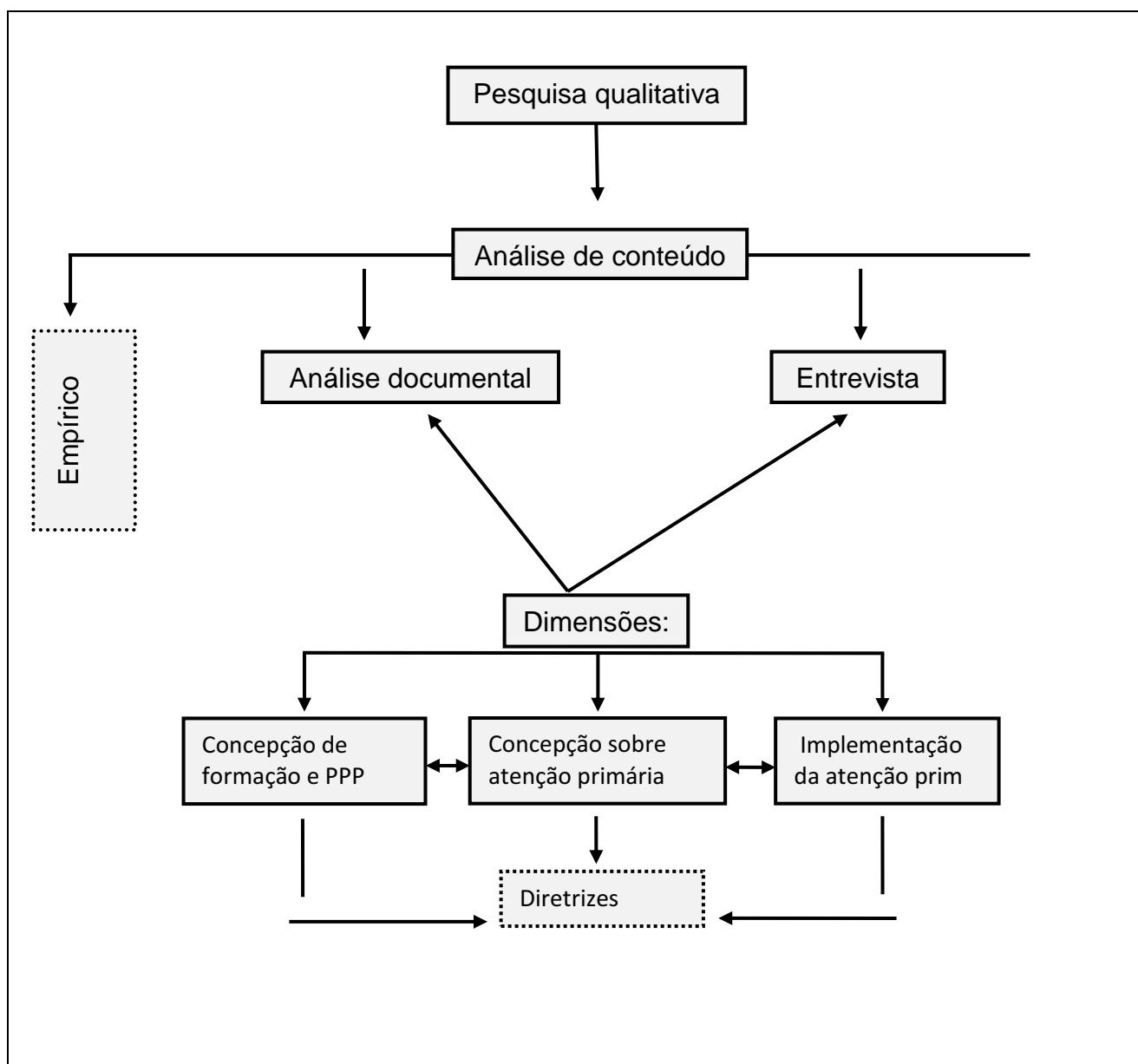
Por meio da análise de conteúdo, pode-se “explicar e sistematizar o conteúdo da mensagem e o significado desse conteúdo, por meio de deduções lógicas e justificadas, tendo como referência sua origem (quem emitiu) e o contexto da mensagem ou os efeitos dessa mensagem” (OLIVEIRA et al., 2003, p. 3-4).

“Na área de educação, a análise de conteúdo pode ser sem dúvida, um instrumento de grande utilidade em estudos, em que os dados coletados sejam resultados de entrevistas (diretivas ou não), questionários abertos, discursos ou documentos oficiais, textos literários, artigos de jornais, emissões de rádio e de televisão. Ela ajuda o educador a retirar do texto escrito seu conteúdo manifesto ou latente.”(OLIVEIRA et al., 2003, p. 3-4)

Munidos desta metodologia estivemos em contato direto com os coordenadores e professores responsáveis por coordenarem a disciplina que tem como cenário da prática a atenção primária, podendo, assim, analisar suas concepções e reflexões acerca disso dentro de um contexto de curso de formação para futuros médicos.

O acompanhamento e registro desses fatores associado aos relatos dos sujeitos nas entrevistas e à leitura das obras bibliográficas constituíram o arcabouço para as análises e verificação do problema da presente pesquisa.

Quadro I – Quadro esquemático da metodologia



3.5 As escolas selecionadas: formas de aproximação e critérios de escolha

As escolas médicas escolhidas para participar desta pesquisa foram eleitas tendo em vista os seguintes critérios:

- Estar situada no estado de São Paulo, pois a presente pesquisa tem como foco esse estado;
- Ser Federal, Estadual e Privada: estes critérios foram escolhidos para podermos observar, analisar e avaliar a proposta formativa nestes 3 tipos de instituição;

- Ter disponível no site da instituição o Projeto Pedagógico. Critério que surgiu porque com a Plataforma Brasil, às exigências para a aceitação de pesquisa mudaram. Inicialmente faríamos uma pesquisa documental dos PPP de 12 escolas do estado de São Paulo, sendo que a maioria delas não tinha o PPP disponível no site. Ao passarmos pelo Comitê de Ética em Pesquisa nos disseram que não poderíamos pedir os PPP somente pois teríamos que passar no comitê de ética de cada escola pesquisada, o que nos tomaria muito mais que dois anos de pesquisa. Por este motivo optamos em pesquisar as que estivessem com o documento disponível no site, sendo assim de domínio público. E função do exposto a pesquisadora trabalhou com 3 escolas a partir desta determinação
- Os PPP escolhidos deveriam ter a disciplina com inserção do aluno na atenção primária, pois este é o foco de investigação desta pesquisa.
- Aceitar realizar a entrevista em tempo hábil para a defesa. Por conta das mudanças que aconteceram nesta pesquisa, este critério foi pensado para podermos finalizar a pesquisa a tempo e com qualidade.

Quadro II – Escolas Médias do estado de São Paulo existentes e selecionadas: formas de aproximação e critérios de escolha

Escolas Médicas	PPP no site	Realiza atividade na atenção Primária**	Disponibilidade em tempo hábil* para participar das entrevistas
Federal1	X	X	–
Federal 2	X	X	X
Estadual 1	–	–	–
Estadual 2	–	–	–
Estadual 3	–	–	–
Estadual 4	X	X	X
Estadual 5	–	–	–
Estadual 6	–	–	–
Privada 1	–	–	–
Privada 2	–	–	–
Privada 3	–	–	–
Privada 4	X	X	–
Privada 5	–	–	–

Escolas Médicas	PPP no site	Realiza atividade na atenção Primária**	Disponibilidade em tempo hábil* para participar das entrevistas
Privada 6	–	–	–
Privada 7	–	–	–
Privada 8	–	–	–
Privada9	–	–	–
Privada 10	–	–	–
Privada 11	–	–	–
Privada 12	–	–	–
Privada 13	–	–	–
Privada 14	–	–	–
Privada 15	–	–	–
Privada 16	–	–	–
Privada17	–	–	–
Privada 18	–	–	–
Privada 19	–	–	–
Privada 20	X	X	–
Privada 21	–	–	–
Privada 22	–	–	–
Privada 23	–	–	–
Privada 24	–	–	–
Privada 25	X	X	X
Privada 26	–	–	–
Privada 27	–	–	–
Privada 28	–	–	–
Privada 29	–	–	–

A Estadual 6 é a escola de origem desta pesquisa, por isso não entrou como pesquisada, está somente representando numericamente uma escola estadual de medicina. As escolas que têm um “X” nas três colunas são as selecionadas. Explicamos que o “X” significa que a escola atendeu ao requisito e o “–” significa que não atendeu.

Quadro III – As escolas médicas do estado de São Paulo selecionadas segundo algumas características

Escolas Selecionadas	Federal 2	Estadual 4	Privada 25
Ano de fundação do curso	2005	1952	1988
Alunos por turma	40	100	
Número de habitantes da cidade onde a escola se encontra	221.936	649.556	207.625
Característica do Sistema de Saúde da cidade (focando a inserção dos alunos no SUS durante o curso)	15 unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 3 Pronto-Socorros e 1 hospital escola municipal.	25 UBS, 14 ESF, 5 Unidades básicas distritais de saúde (UBDS), 1 Centro médico social comunitário (CMSC), 2 Centros de saúde escola (CSE), 1 hospital das clínicas e 1 santa casa.	15 ESF, 13 UBS, 4 serviços de unidade de pronto atendimento, 1 hospital regional, 1 santa casa e 1 hospital universitário.

Obs: Os dados contidos nesta tabela foram retirados dos sites das Prefeituras de cada cidade, portanto para manter o sigilo da pesquisa, os sites não aparecem nas referências bibliográficas

3.6 Os sujeitos da pesquisa: escolhas e possibilidades de aproximação

Este trabalho busca identificar a fala de coordenadores e tutores envolvidos no processo de formação do médico aos Projetos Pedagógicos das escolas médicas a que pertencem e às Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina. Nesta perspectiva, esta pesquisa cruza subjetividades as questões objetivas, portanto é uma pesquisa qualitativa que visa conhecer opiniões que se contrapõem a objetividade dos PPP e das DCN.

O cerne desta pesquisa é a maneira que as escolas médicas, por meio dos seus PPP, visam efetivar as diretrizes e formar um profissional apto a contribuir para o desenvolvimento e melhoria do SUS. O foco, aqui, em relação ao SUS é a atenção primária.

Os sujeitos desta pesquisa são coordenadores dos cursos de medicina e das disciplinas voltadas à atenção primária nos PPP analisados e que aceitaram participar da entrevista. Para garantir o sigilo destes entrevistados foram utilizadas as siglas C1, C2 e C3.

Quadro IV – Dados gerais sobre os coordenadores do curso das Escolas Médicas selecionadas.

Coordenadores de curso	1	2	3
Formação/residência	Médico, oftalmologista	Fisioterapeuta, Médico, cardiologista	Médico epidemiologista, infectologista
Anos de atuação na área	20 anos	8 anos	30 anos
Anos de atuação na coordenação	2 anos	2 anos e meio	5 anos

Quadro V – Dados gerais sobre os coordenadores de disciplina das Escolas Médicas selecionadas.

Coordenadores de disciplina	1	2	3
Formação/residência	Médicas, anesthesiologista e Medicina Preventiva	Médico Ginecologista e Obstetra	Pedagoga e Enfermeira
Anos de atuação na área	26 anos	15 anos	25 anos
Anos de atuação na coordenação	6 anos	3 anos	8 anos

3.7 Critérios para a análise documental dos PPP:

Para a análise documental dos PPP foi seguido um roteiro de itens balizados no foco do problema desta pesquisa, tais quais:

- A inserção das DCN;
- A atenção primária como cenário de formação;
- O SUS como campo de formação e trabalho;
- Carga horária;
- Ementas;
- Programas de disciplinas na atenção primária.

Tal procedimento foi realizado por considerarmos que estes aspectos/itens que compõem os documentos são uma fonte rica e estável a respeito dos cursos analisados, pois surgiram em um determinado contexto e são reflexo das propostas e ações tomadas nestes contextos, sendo portanto primordiais para nossa análise dos resultados destas ações.

Quadro VI – Dados sobre os PPP das escolas obtidos por pesquisa documental no sítio de cada IES, no portal virtual.

	Federal	Estadual	Privada
Organização do PPP	<p>Sumário; Introdução; Pressupostos curriculares (Currículo orientado por competência/ O currículo integrado/ Abordagem educacional construtivista); Características gerais do curso (Cenários de ensino-aprendizagem/ Organização curricular/ Conteúdos curriculares/ Áreas de conhecimento e conteúdos das unidades educacionais/ Desenvolvimento de competência/ Processo ensino-aprendizagem/ Papel dos estudantes/ Papel dos professores); Corpo Docente; Recursos educacionais (laboratório didático de integração Morfo-funcional/ Centro de Simulação da prática profissional); Avaliação (Critérios de Avaliação/ Critérios de Aprovação/ Critérios de Reprovação/ Critérios de Jubilamento/ Instrumentos de avaliação do estudante); Anexos (Projeto Preliminar/ Texto completo das DCN/ Modelo do Histórico escolar/ Relação de material de laboratório de integração Morfo-funcional, Curso de medicina/ Relação de recursos do Centro de Simulação ds prática profissional, curso de medicina/ Instrumentos de avaliação- Avaliação do facilitador, auto-avaliação do facilitador, avaliação da atividade curricular, avaliação do estudante, auto-avaliação do estudante-/ Relação de livros adquiridos para a área médica- Biblioteca Comunitária).</p>	<p>Introdução (Antecedentes); Perfil do médico a ser formado (Competências e habilidades gerais/ Competências e habilidades específicas); Características do curso (Aspectos gerais/ Desenvolvimento/ Etapas e eixos da estrutura curricular); Corpo docente; Cenários de ensino aprendizagem; Apoio ao estudante; planejamento e assessoria educacional; Gestão e Administração; Metas a serem atingidas e perspectivas futuras.</p>	<p>Introdução; A Universidade (composição Administrativa/ Perfil institucional/ Características socioeconômicas da região de abrangência da cidade); Curso de graduação em medicina (Histórico do curso/Contexto locorregional em saúde/ Trajetória de mudanças no curso de medicina/ Princípios norteadores do modelo curricular adotado/ missão do curso/ Objetivos do curso/ Perfil do egresso/ Competências do médico); Princípios pedagógicos; Organização curricular (Concepções teóricas do curso de medicina/ Organização do estágio curricular supervisionado-internato médico-/Cargas horárias/ Atividades complementares); Monitoria; Atividades de extensão; Atividades de Pesquisa; Sistema de avaliação (Avaliação institucional e do curso/ Avaliação acadêmica do ensino-aprendizagem); Organização acadêmico-administrativa do curso de medicina (Gestão acadêmica do curso/ Colegiado do curso/ Núcleo docente estruturante-NDE-/Comissão de Graduação/Departamentos); Organização didático pedagógica (Programa de aproximação progressiva à prática-PAPP- e Programa de atenção integral ao SUS- PAI-/ Educação das relações étnico-raciais e para o ensino de história e cultura afro-brasileira e indígena/ Política ambiental/ Aprender universidade/Programa de nivelamento para discente/ Apoio ao Discente); Corpo docente; Infraestrutura (espaços físicos utilizados no desenvolvimento do curso/ Tipologia e quantidade de ambientes-laboratórios de acordo com a proposta do curso/ Laboratório de habilidades e simulação/ Cenários para ensino e aprendizagem/ Biblioteca).</p>

3.8 Critérios para roteiro das entrevistas realizadas

A escolha das perguntas permeou o foco da pesquisa no entendimento de que necessitávamos investigar, pelas falas dos sujeitos, a compreensão e o entendimento da concepção e formas de implementação das DCN especificadamente frente ao ensino de atenção primária nos cursos por meio dos seguintes pontos:

- Entendimento da proposta sobre o ensino na atenção primária mediante o DCN;
- Concepções sobre ensino na atenção primária;
- Balizamento das concepções frente as ideias das práticas no ensino em atenção primária;
- A adequação de cada escola às DCN;
- As propostas formativas dos projetos pedagógicos refletidas nos currículos;
- Os desafios na implementação das DCN;
- A contribuição para a melhoria do SUS.

3.9 Construção das dimensões e as categorias de análises

A construção das dimensões organizadas no quadro metodológico:(concepção de formação e PPP; concepção sobre atenção primária e a implementação da atenção primária) foi sendo alinhavado frente a análise dos PPP e das entrevistas. A partir dessas dimensões e frente a análise dos dados articulados pela teoria foi possível apresentarmos cinco categorias, que serão apresentadas e discutidas no capítulo seguinte ; são elas:

1. As DCN como indutora sobre a importância da formação na APS;
2. Divergências da proposta formativa dos PPP frente ao mundo de trabalho;
3. Concepções divergentes sobre o ensino na atenção primária e o impacto disso na implementação;
4. Dilemas e desafios das Universidades frente o contexto interprofissional
5. Fragilidade Pedagógica dos profissionais frente a proposta formativa;

3.10 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética em pesquisa, no dia 05.08.2013, com o parecer número 350.060 (Plataforma Brasil).

Capítulo 4

Descrição e Análise das Categorias

CAPÍTULO 4

Descrição e Análise das Categorias

Os resultados tiveram como base a percepção dos sujeitos sobre as DCN, o PPP e o ensino na APS. Os resultados estão entrecortados com fragmentos verbais de entrevistas com os sujeitos e a pesquisa documental sobre os PPP das IES. São buscados os significados assumidos pelos sujeitos da pesquisa em suas percepções sobre as temáticas abordadas nesse estudo.

A partir da leitura exaustiva do material documental e das entrevistas e mediante as dimensões organizadas nessa pesquisa: concepção de formação e Projeto Político Pedagógico (PPP); concepção sobre atenção primária e implementação da atenção primária, e frente a análise dos PPC e das entrevistas foram construídas as seguintes categorias:

Categoria 1: As DCN como indutoras da necessidade da formação na APS;

Categoria 2: Divergências da proposta formativa dos PPP frente ao mundo de trabalho;

Categoria 3: Concepções divergentes sobre o ensino na atenção primária que dificultam a implementação

Categoria 4: ; Impasses sobre a integração da instituição de ensino superior com os serviços municipais e estaduais e as mudanças políticas na gestão local: pouco investimento na estrutura de redes de atenção à saúde nas unidades básicas e hospitais como espaços de ensino;

Categoria 5: Falta de profissionais que dominem novas metodologias e que tenham formação generalista.

Categoria 1 –As DCN como indutora sobre a importância da formação na APS

Esta categoria apresentou a importância das DCN para a reorientação do currículo, artindo-se de um modelo de formação hospitalocêntrica, biologicista e tecnológica para uma formação reflexiva e ampliada, que contém o cenário da formação na APS.

Tomamos por base, para esta categoria, o perfil do médico a ser formado, apresentado pelas DCN:

“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, consenso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.”(DCN, 2001)

Tendo em vista este perfil, percebemos ser imprescindível que o estudante de medicina tenha sua formação reorientada a outros campos de prática para além da universidade e do hospital, e que se torne ativo no seu processo de aprendizagem, para isso as aulas tradicionais devem ser superadas.

“Existe uma reflexão do homem face à realidade. O homem tende a captar uma realidade, fazendo-a objeto de seus conhecimentos. Assume a postura de um sujeito cognoscente de um objeto cognoscível. Isto é próprio de todos os homens e não privilégio de alguns(por isso a consciência reflexiva deve ser estimulada: conseguir que o educando reflita sobre sua própria realidade)”. (FREIRE, 2001).

Como pode o graduando entender sobre uma determinada realidade sem fazer parte dela? Por isso, a importância de estar presente em diversos cenários de prática durante sua formação, assim como propôs as DCN:

“Atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos atendimentos primário e secundário;
Compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;
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;”
(DCN, 2001).

A atenção primária se apresentou como um cenário rico em experiências que contempla as demandas das DCN e do SUS, porque se propõe a colocar o aluno em contato direto com os usuários e seus familiares, com a equipe multiprofissional, com promoção e prevenção à saúde, etc., ou seja, vivências que impactaram a aprendizagem, pois tornaram o aluno sujeito da sua própria educação. Não desmerecemos a formação no hospital, pois ela é de valor incalculável, frente à importante experiência do aluno neste cenário, estamos enfatizando que também, a formação na APS é tão importante quanto a do hospital, pois são complementares.

“O ensinar centrado no saber científico, de modo exclusivo, produz

processos em que o complexo mundo do usuário e daquilo que ele busca nos serviços de saúde, ganha pouca visibilidade e pertinência. Com muita frequência, reconhecemos os vestígios desta aprendizagem nos serviços, nas produções de barreiras ao acesso dos usuários ao cuidado integral, bem como na centralidade que a doença ocupa neste processo, com a interdição da aparição dos muitos sujeitos que há aí em potência, no plano da vida do usuário.” (ABRAHÃO, 2014, p. 315).

A experiência da inserção desde o início do curso nos serviços de saúde, e especificamente na APS, propicia ao graduando relacionar-se com o mundo do trabalho, com o SUS, desta maneira cria relações com a equipe, com os usuários e o ambiente, tornando a aprendizagem significativa.

Neste sentido, os entrevistados expuseram de que maneira as Diretrizes contribuíram para o curso e para as disciplinas na APS:

“As DCN enfocaram muito a formação global, geral do médico e isso já existia no nosso PPP, focou muito a questão da AP, então isso foi mais valorizado no PPP.” (C1)

O que já era considerado no PPP, para o coordenador de curso da estadual em relação à AP, foi fortalecido através da DCN.

“Eu penso que elas contribuíram muito, porque se você tomar nas DCN o ensino na atenção básica, está previsto lá como importante para a formação médica e o próprio perfil que ela dá para a formação médica, encaixa perfeitamente ao que a disciplina se propõe, acho que ela (DCN) tem um papel fundamental.”(CD1)

Para o coordenador de disciplina, a disciplina em atenção primária da Universidade Estadual contempla as DCN. O coordenador de curso da escola privada, entende que as DCN contribuíram para a ampliação do ensino na APS no curso.

“Nós aprimoramos a atenção básica, que já era bem estruturada no nosso entender, mas achávamos que precisávamos melhorar a capilarização dele. Organizamos o eixo que existe desde a parte inicial do curso até a parte final, nosso aluno participa de atenção primária desde o início do curso até o final dele que é a Saúde Coletiva, então nós formatamos melhor e reforçamos a equipe de docentes que levam os alunos e desenvolvem a área de AP.” (C2)

O coordenador de disciplina da escola privada, sendo profissional da atenção primária, percebeu que as DCN vieram contribuir e sistematizar o trabalho do profissional da APS.

“Vieram balizar de maneira muito importante o nosso trabalho enquanto

profissionais da atenção básica, então você tem lá atenção à saúde, comunicação, tem coisas que ficavam na esfera do não sistematizado, depois das DCN você tem o seu trabalho mais sistematizado.” (CD2)

Para os coordenadores de curso da escola federal as DCN contribuíram desde o início, pois tiveram o PPP construído tendo a própria DCN por base.

“As DCN foram a base do PPP, porque a medida que as DCN mudaram o foco da formação, valorizando a inserção no serviço, a inserção do estudante o quanto mais cedo no mundo real do trabalho, isso foi decisivo pra poder ajudar a pensar esse PPP.” (C3)

“Aqui o currículo já foi planejado, proposto, quando o curso começou em 2006, de acordo com as DCN, então todo o currículo tem essa amarração. Uma das coisas inovadoras neste currículo é que o eixo de construção é a prática. Diferente dos currículos, primeiro teoria e depois a prática, esse é todo organizado a partir da prática.” (CD3)

Aqui precisamos deixar claro que no Brasil não é uma novidade a presença da educação médica na APS, muitas escolas já vinham realizando disciplinas, estágios na APS, porém por muitos anos ela ocorreu de forma isolada e centrada em disciplinas da saúde pública e/ou da pediatria (CYRINO; RIZZATO, 2004).

Estudo realizado por Gonçalves et al. (2009, p. 385) sobre o trabalho médico no PSF aponta como uma das fragilidades do mesmo a carência de formação em APS na escola médica. Nesta pesquisa é enfatizado a "referência unânime ao fato de o curso de graduação não ter dado destaque e capacitação aos médicos para escolher e exercer a profissão na APS". Para os sujeitos desta pesquisa "faltou enfoque para a APS na graduação que os fizesse ter uma experiência prática longitudinal na rede de saúde e obter, na formação acadêmica, uma visão abrangente do sistema básico de saúde".

A inserção dos estudantes de medicina nos cenários de APS é uma estratégia que propicia o aprendizado mais próximo e vinculado às reais necessidades de saúde da população, contextualizando assim uma realidade médica e social e a compreensão do funcionamento do sistema de saúde (TRONCON, 1999).

Considera-se a APS como um nível adequado para a formação dos estudantes de medicina, à medida que na comunidade o aluno está numa posição privilegiada para aprender as atividades de promoção e prevenção à saúde e por também poder compreender o processo saúde doença numa abordagem integral, além de ter a possibilidade de vivenciar a importância e a complexidade da relação médico paciente, e a longitudinalidade nas ações do cuidado (CAMPOS; FOSTER, 2008; PINTO, 2013).

As DCN vão buscar romper com o modelo de ensino hospitalocêntrico e desvinculado da realidade das comunidades e dos serviços de saúde.

A valorização do ensino na APS busca atender a uma demanda social que segundo Campos (2007, p.06) é "inelutável" no Brasil. A ampliação dos cenários de prática seja na clínica ou na saúde coletiva significa "honrar a promessa de formar bons profissionais".

Segundo Campos e Foster (2008) os problemas enfrentados pelos SUS também são problemas da escola médica, que ainda não formam profissionais competentes e com habilidades essenciais para responder as necessidades do sistema de saúde e dos brasileiros.

Os coordenadores de curso e de disciplina na APS das 3 escolas identificaram a importância das DCN para a formação mais voltada para AP, porém quando olhamos os PPP, identificamos as divergências entre o discurso e a prática, o que nos levou à segunda categoria:

Categoria 2 –Divergências da proposta formativa dos PPP frente ao mundo de trabalho.

Na análise realizada sobre a proposta formativa dos PPP os projetos trazem uma ideia clara da importância de que haja uma preparação dos futuros médicos para adentrarem o mercado de trabalho.

Esse aspecto é fundamental pois se um curso inteiro de graduação pauta seu foco, apenas, no atendimento à demanda de um mercado, o próprio curso fica à mercê desse mercado e com isso acaba por ficar preso a um tipo de formação que molde o futuro profissional para esse fim. Caberia aqui perguntarmos se a função educacional dos cursos de graduação hoje deveriam ser a de seguirem esse caminho mercadológico ou se precisariam realmente prepararem os futuros profissionais para adentrarem com competência não no mercado, mas o mundo do trabalho.

Na análise dos PPP o foco em todas propostas está na construção de um perfil profissional de um futuro médico que tenha uma formação generalista e humanista, entretanto esse perfil profissiográfico fica longe de ser alcançado se nos espaços destinados a aprendizagem na área medica esses conhecimentos, habilidades e atitudes ficam pautadas apenas no atendimento focado no SUS como local de atendimento desvinculado de um todo social, histórico, econômico e humano. É como se o SUS fosse apenas local de coleta de dados e de ocupação de espaços para aprendizagem dos outros sem a interface, congruência e a comunhão da formação dos sujeitos que coabitam esse lugar em respeito ao ser humano (paciente) na busca de sua saúde física e psíquica.

Essas análises encontram eco nas reflexões do coordenador da Universidade Federal que aponta a disparidade da proposta contida no PPP com a realidade vivida no SUS e na disparidade das próprias políticas públicas das secretarias da saúde nos municípios.

“...quando a gente monta um PPP com uma proposta de inserção na atenção básica e de reorientação do modelo do sistema de saúde e aí a gente pega esse PPP e coloca na prática num sistema que não funciona conforme é a proposta do PPP, isso gera um conflito muito grande, uma dificuldade muito grande.”(C3)

“Nós temos um PPP que entra em conflito com a realidade do mundo do trabalho, ou seja, o SUS pensado é um, e o modelo social de gestão da saúde no país não é exatamente aquele SUS pensado, porque sofre uma série de influências e pressões dos setores econômicos e outras. Eu digo muito que o SUS é uma proposta socialista que está sendo implantada em um país capitalista, e aí realmente vai ter muito problema.”(C3)

Ao construir o PPP do curso, não foi previsto o SUS real, o que atrapalhou o desenvolvimento do curso e a qualificação do processo de ensino sobre o SUS. Isto foi relatado somente pelo coordenador da Universidade Federal, mas analisando as entrevistas e os PPP, nenhum PPP das 3 escolas, foi pensado tendo em vista o SUS real.

Feuerwerker e Capozzolo (2013) ao discutirem as mudanças na formação dos profissionais de saúde no Brasil, apontam que na verdade deveríamos ter uma noção clara q existem vários SUS. Um SUS que poderia ser definido a partir de todo trabalho da reforma sanitária, que é público, universal e que persegue a integralidade da atenção a saúde e novos "modos de produzir saúde com a participação ativa dos cidadãos"(p.41). No entanto apresentam que há um outro SUS produzido pelo ministério da saúde, outro pela secretarias estaduais e muitos outros produzidos pelas secretarias municipais. "Existe um SUS produzido pelos agentes comunitários de saúde, outro, pelas santas casas, outro ainda pelos hospitais de ensino..." (p.41). As autoras admitem ainda que ha inclusive vários SUS produzidos por médicos de diferentes especialidades e que alguns médicos querem construir o SUS universal e a integralidade, assim como outros enxergam no SUS apenas uma possibilidade a mais de se inserir no mercado de trabalho. "E esses são apenas alguns dos SUS ativamente produzidos por distintos atores sociais e que compõem, em tensão, a configuração do SUS real".(p.41) Assim, tendo em vista todas essas configurações de produção do SUS, devemos entender o quanto as mesmas interferem na concepção do SUS nas escolas médicas. "Diferentes tipos de SUS, diferentes tipos de setor privado, movimentos de estudantes e docentes, políticas publicas, etc." trazem, os elementos de disputa na configuração das diferentes concepções teóricas e ações praticas na proposta de formação médica no SUS.

“...o projeto político-pedagógico não visa simplesmente a um rearranjo formal da escola, mas a uma qualidade em todo o processo vivido. Vale acrescentar, ainda, que a organização do trabalho pedagógico da escola tem a ver com a organização da sociedade. A escola nessa perspectiva é vista como uma instituição social, inserida na sociedade capitalista, que reflete no seu interior as determinações e contradições dessa sociedade.” (VEIGA, 2002).

Essa análise é preciosa para os estudos sobre o papel dos PPP nos cursos de graduação em medicina, e nos reportam ao fato daquilo que Veiga (2002) tão sabiamente apontou do papel regulatório e não emancipatório que os PPP acabam por imputar na dinâmica dos próprios cursos.

Logo as DCN por mais inovadoras que possam ser, acabam ficando aligeiradas quando são “jogadas” nos PPP como algo a ser feito mas sem a apropriação e entendimento crítico, contextual e real da proposta formativa na área médica consubstanciada na realidade do SUS.

Se temos, como coloca o Coordenador 3 um PPP que diverge da realidade, e uma visão de PPP de acordo com Veiga (2002), teremos também uma formação divergente das necessidades reais da população e do SUS. Assim, na prática, o PPP vem sendo ajustado à realidade do SUS.

“ O que vem acontecendo, a operacionalização do PPP vem sendo ajustada às condições do sistema de saúde e isso tem pontos positivos e pontos negativos. À medida em que eu tenho um projeto de construção de um sistema de saúde por meio da formação de pessoas, chega lá ele encontra um ambiente muito adverso que às vezes impede inclusive a implantação desse PPP, há que se ter uma negociação entre o PPP e o sistema de saúde com os problemas que o sistema de saúde tem, então eu não posso, como um toque de mágica, mudar o sistema de saúde para que agora o PPP se encaixe perfeitamente no sistema de saúde. Se o PPP tem como proposta interferir no sistema de saúde, esse sistema de saúde ainda não está qualificado, então na hora que o PPP entra lá ele vai ter que se submeter a alguns ajustes, algumas negociações pra ele conseguir qualificar o SUS e se qualificar operacionalmente também.” (C3)

O coordenador da Escola Federal, que tem seu currículo integrado, a AP percorrendo toda a formação, e com um PPP construído inteiramente com base nas DCN, apresentou muitas dificuldades na operacionalização deste PPP.

“...seria muita ingenuidade nossa achar que o nosso PPP não teria problemas na hora que ele fosse colocado no sistema de saúde. Ele fatalmente teria problemas, há que se esperar; com o tempo, à medida que a gente vai qualificando o projeto e qualificando o SUS eles vão se aproximando até que a gente chega no modelo ideal que desejamos, mas

isso é um trabalho de alguns anos, mas o operacional desse PPP está passando por muita dificuldade e isso não é só aqui.” (C3)

“Eu trabalhei com os outros cursos de medicina do país que tem esse mesmo tipo de proposta e a dificuldade é a mesma, porque na verdade nós temos um SUS na teoria e um outro na prática; o que o PPP prevê é o SUS da teoria, então nós estamos vivendo esse momento de tensão entre um sistema de saúde que tem uma série de problemas e um PPP que prevê o sistema de saúde sem esses problemas, mas a função desse projeto é exatamente ajudar a solucionar esses problemas no sistema de saúde” (C3)

Cabe aqui uma reflexão importante, também, daquilo que os coordenadores acreditam sobre o processo de implementação e avaliação permanente do PPP. Como já nos é sabido a organização dos PPP passa necessariamente por diferentes momentos formativos e caberia aqui refletirmos sobre os momentos de construção, implementação e avaliação desse documento, que podem correr o risco de se tornarem absolutamente regulatórios e burocratizantes. Logo nessa perspectiva a burocratização não acontece apenas quando o construímos, mas o próprio papel do PPP na construção do mesmo repercutirá de forma igualmente burocratizante tanto no âmbito de sua implementação como também na avaliação permanente do vivido.

Assim nas falas dos coordenadores são grandes as dificuldades enfrentadas pelas Universidades para colocar seu PPP em consonância com as DCN, junto a isso é preocupante, também, a falta de articulação do próprio curso com o contexto do SUSantes, durante e depois da construção e implementação do PPP. Esse aspecto é fundamental pois o espírito de colaboração e parceria com corresponsabilidade interinstitucional é caminho a ser traçado, trilhado e lutado por ambas as partes pois sem isso as propostas formativas contidas pelos PPP e mediatizadas pelas DCN não serão de fato vivenciadas.

Desta maneira, a formação em cenários reais se faz ainda mais necessária, pois só a vivência traz os obstáculos a serem vencidos. Na fala a seguir o coordenador reconhece que seria interessante que PPP e SUS, caminhassem juntos, mas isso demoraria algum tempo:

“De uma certa maneira o PPP deixou de ser cumprido exatamente como o previsto, a meu ver prejudicou o PPP do curso, mas de certa maneira, em alguns momentos, vem qualificando o SUS, então eu creio que vai haver um momento que essas duas coisas vão se encontrar lá na frente num nível bastante interessante de qualificação, tanto da formação quanto do sistema de saúde. No momento social que vivemos no país nós não temos outra alternativa a não ser partir para esse enfrentamento, mas que ele dificulta a operacionalização ideal do projeto, ele dificulta, inclusive prejudica o funcionamento desse PPP.” (C3)

O PPP não é um documento estático, portanto deve ser adequado às necessidades da formação, os enfrentamentos devem aparecer no PPP, para que sejam pensados os meios para que se tenha como finalidade a qualificação do SUS.

“O projeto político-pedagógico, ao mesmo tempo em que exige dos educadores, funcionários, alunos e pais a definição clara do tipo de escola que intentam, requer a definição de fins. Assim, todos deverão definir o tipo de sociedade e o tipo de cidadão que pretendem formar. As ações específicas para a obtenção desses fins são meios. Essa distinção clara entre fins e meios é essencial para a construção do projeto político pedagógico”. (VEIGA, 2002).

O anexo 2 traz um quadro detalhado sobre o que consta em cada uma das três escolas nos referidos PPP.

O anexo 3 traz o texto completo das DCN de 2001, base da construção dos três PPP.

Categoria 3 – Concepções divergentes sobre o ensino na atenção primária que dificultam sua implementação.

Os dados coletados sobre a concepção e as práticas efetivas de implementação do ensino em atenção primária na visão dos coordenadores responsáveis dos cursos estudados, é preocupante. De um lado percebíamos a falta de clareza conceitual sobre as formas de intervenção coerentes e condizentes com as DCN dentro da realidade do SUS e das próprias interfaces dessa realidade no curso como um todo e, por outro lado, percebemos a fragilidade dessa falta de conhecimento e clareza impactando a implementação da proposta no dia a dia dos processos formativos dos futuros médicos no contexto real do SUS.

Nessa direção é possível percebermos a dificuldade vivenciada pelos envolvidos na proposta de formar um médico com a integralidade do cuidado, frente aos diferentes anseios dos envolvidos na formação, dentro da instituição

“...acreditamos que o médico tem que ter essa formação mais integral, mais abrangente, vivenciar a equipe multidisciplinar, conhecer o território para desenvolver um projeto terapêutico mais real junto com a equipe, que a intersetorialidade é importante para o médico, porque ele vai conhecer os recursos da comunidade e usar isso no projeto terapêutico, que a VD é papel do médico também.[...] embora eu tenha consciência de que essa voz não é uníssona dentro da escola, mas dentro da disciplina estamos buscando construir isso.”(CD1)

O coordenador de disciplina em APS da escola estadual, identifica alguns pontos que devem ser desenvolvidos na formação do médico para uma formação integral, mas reconhece, que nem todos dentro da instituição pensam da mesma maneira. Esse ponto é importante, pois a diversidade deve ser trabalhada mas não substituída por atividades fragmentadas dos

próprios professores formadores. É fortíssimo no contexto universitário ainda a prática profissional individual e descontextualizada tanto do curso como também no SUS.

Um possível caminho a ser traçado é o entendimento de que os professores que atuam num determinado curso devem verdadeiramente entendê-lo, e que o processo de formação é de uma proposta inteira e não de uma disciplina e ou de um professor.

Outra dificuldade encontrada na fala dos sujeitos é a poucavisibilidade e de status dos professores que atuam e intervêm no espaço do SUS como se essa atividade fosse considerada de menor valor e importância dentro da instituição. Assim, os professores que trabalham com atenção primária são pouco reconhecidos, por ser a instituição reconhecida por suas especialidades.

“Um desafio para nós desta disciplina é a visibilidade dentro da instituição, então somos uma faculdade de medicina considerada referência para a formação especializada, desenvolver uma área mais básica, uma área ligada a uma política de saúde tem seus aspectos muito valorizados frente aos projetos da direção da escola, dos órgãos políticos e de poder da escola, mas a gente percebe que ainda estamos fracos, nossa visibilidade é muito pequena, a atual direção colocou como prioridade fortalecer esse grupo, tentar estruturar os equipamentos de saúde nessa área.”(CD1)

“...mas a gente percebe que somos um grupo pequeno e precisamos de muito apoio para se desenvolver, para realmente construir um modelo, não digo hegemônico, mas um modelo que possa de certa forma impactar junto aos alunos e junto a própria escola. Sentimos que às vezes somos chamados porque interessa, outras vezes a gente não faz parte do interesse naquele momento, então a gente de uma certa forma é descartado.”(CD1)

Fernandes (1993, p.23) destaca que a prática clínica extra-hospitalar, na APS, tem “má reputação entre os médicos, na medida em que, na verdade, estes se vêm desguarnecidos de instrumentos teóricos capazes de ajudá-los a dar conta de boa parte da demanda que têm a atender”.

Moretti-Pires (2009, p. 157) ao descrever a percepção de estudantes de medicina sobre a APS apresenta que a mesma é:

"caracterizada apenas no aspecto da prevenção específica. Há referência à amplitude dos determinantes de saúde, reconhecendo, de certa forma, a complexidade implicada na atenção primária, mas não operacionalizam como atuar frente a estas relações, emergindo novamente o modelo biomédico, focado, exclusivamente, em ações técnicas relacionadas à proteção específica. O atendimento médico é caracterizado pelo ato prescritivo, reducionista, desarticulado com a proposta da Saúde da Família e do trabalho em equipe. A atuação profissional perante o paciente limita-se a este ato, desconsiderando os aspectos sociais envolvidos em questões como o uso de medicamentos, reduzindo a atuação médica frente às possibilidades

que lhe são implicadas no trabalho em Saúde da Família. A responsabilidade é focada no outro, seja este Estado, paciente ou demais membros da equipe".

Em pesquisa recente, realizada por Gonçalves et al. (2009), chama a atenção o fato de que nenhum dos médicos que atuavam na APS e que foram entrevistados na referida pesquisa "relatar ênfase na APS durante a graduação, nem receber incentivos e informações necessários para optar por este campo de trabalho". As autoras comentam que parte dos entrevistados era formada na graduação nos cinco últimos, entre 2003 e 2007, percebendo-se que, apesar dos esforços presentes, as escolas médicas "persistem em não potencializar a prática médica extra-hospitalar" (GONÇALVES et al. 2009, p. 391), que necessita, obrigatoriamente,

"da interação entre o conhecimento médico sobre os processos de adoecimento e o conhecimento do paciente sobre sua vida, sem os quais não há possibilidade de desenvolvimento de um diagnóstico e de uma ação terapêutica consistentes" (FERNANDES, 1993, p. 25).

O Professor diz estar cansado, pois sente estar enfraquecido e isolado, pois a instituição nunca apoiou e valorizou realmente as iniciativas deste grupo, mas se sente esperançoso com a nova gestão da universidade.

"Percebemos que esse é um projeto particular de um grupo de docentes e que agora tá contando com o apoio institucional, porque o apoio institucional sempre foi um apoio muito de discurso e pouco manifestado concretamente, parece que agora vai acontecer, então estamos um pouco cansados, eu principalmente que estou a muito tempo nessa batalha, mas agora eu estou vendo que nós vamos conseguir atingir essas melhorias..." (CDI)

Encontramos, também, nesta categoria, as divergências nos discursos entre os coordenadores de curso e os coordenadores de disciplina. Cada um tem seu conceito de ensino na APS.

Esse dado é absolutamente relevante para que possamos perceber que as próprias divergências dos sujeitos que ocupam o mesmo espaço formativo e supostamente estão vinculados ao PPP e as DCN lá contidas não coadunam e nem atuam de forma coletiva e nem mesmo disciplinar.

Para o coordenador de disciplina da escola estadual a formação em APS tem por intencionalidade:

"...compromisso de formar médicos que conheçam a necessidade de saúde do Brasil, não necessariamente que vão trabalhar só no SUS, mas

essencialmente esse compromisso. É o que temos discutido, formar médicos que conheçam a necessidade de saúde da população brasileira.”(CD1)

“...o que norteia a gente é o conceito de atenção primária que a gente coloca como a orientação teórica, fundamento da disciplina. Em cima disso, como se organizam as práticas na AP e como se organizam as práticas médicas, tendo em vista o conceito de atenção primária que a gente entende. Eu vejo essa articulação e às vezes a gente recebe crítica por conta disso, porque a gente não tá falando de uma atenção primária que vai cuidar só das doenças mais prevalentes, a gente tá falando de uma atenção primária que tem outras competências para o médico desenvolver, outras habilidades, desde o primeiro ano, às vezes a gente recebe críticas assim ‘territorialização não é coisa de médico, visita domiciliar não é coisa de médico’, nós não acreditamos nisso...”(CD1)

Nas falas de CD1 percebemos que a concepção de atenção primária visa à integralidade, e está de acordo com as determinações das diretrizes. Para o coordenador de curso, da escola estadual, a presença dos alunos na atenção primária, para observarem o funcionamento das estruturas e detectarem patologias é bastante e acontece durante todo o curso.

“Desde o primeiro ano os estudantes têm uma inserção nas unidades básicas, no corpo de bombeiros para verificar o atendimento de suporte à vida básico inicial, têm estágios que dão plantão no corpo de bombeiros já no primeiro ano, assim progressivamente. Assim como acontece em outros eixos, o eixo de “atenção à comunidade” é feito completamente nas unidades básicas, vão até o quarto ano, depois no quinto ano é “estágio integrado” e no sexto ano “medicina comunitária” que é o “estágio rural” totalmente na unidade básica, ainda algumas disciplinas que tem uma interface como otorrino e a oftalmologia, necessitam sair um pouco mais para a atenção básica, porque existem uma série de patologias que estão ali naquela área, os problemas das otites, das renites, das sinusites, estão mais neste nível de atenção.”(C1)

As diferentes concepções de APS entre os CD1 e o C1, impactam na formação do profissional desta instituição, voltada à formação especializada têm a APS desvalorizada como espaço rico de ensino e aprendizagem, sendo reconhecida como um cenário enriquecedor, apenas por um pequeno grupo dentro da instituição.

“No aspecto de aprendizagem, nós entendemos que seja um cenário muito propício para a iniciação do ensino médico, as próprias DCN orientam que eles sejam inseridos precocemente na vida médica e nós entendemos que a AP é um local propício para isso, pela complexidade das doenças e tudo mais. Outro aspecto que achamos interessante é que a essência da medicina e o que se prega hoje, promoção, prevenção, a parte humanitária, humanística é melhor desenvolvida e deve ser desenvolvida na AP. Tudo começa na AP, pelo perfil das patologias, das inter-relações do multiprofissionalismo, tudo que a gente quer incutir no aluno para que ele

esteja completo ao final do curso, atenção à saúde, ética e tudo mais, o ambiente de AP é fundamental.” (C2)

C2, da escola privada, reconhece a APS como um cenário rico de formação, que abrange diversas áreas necessárias para a formação de um profissional em consonância às DCN.

“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 promotora de saúde integral do ser humano”. (DCN, 2001).

A formação em APS para o CD2:

“Eu mostro para o estudante que a AP é a porta de entrada, procuramos mostrar que essa porta de entrada vai poder ser resolutiva em 85% dos casos, então se eu consigo dar essa resolutividade e dar uma resposta às necessidades de saúde das pessoas, então você consegue tratar essa questão de uma maneira resolutiva mesmo.” (CD2)

O coordenador de disciplina da escola privada mostrou para o aluno a resolutividade da APS, para que entendesse e valorizasse-a.

O coordenador de curso da escola Federal viu a APS como uma oportunidade do aluno conhecer o paciente em sua integralidade.

“A AP pra gente é a oportunidade que o aluno tem de olhar esse paciente, esse sujeito como um todo, em todas as suas dimensões biopsicossocial.” (CD3)

“Quando você insere o estudante na atenção básica e valoriza a atenção básica, você tá reorientando o modelo de formação e a partir dessa reorientação você tá também propondo uma alternativa ao sistema de saúde do país, então quer dizer, se hoje existe o SUS e ele vem enfrentando uma série de dificuldades, uma parte dessas dificuldades deriva da formação equivocada dos profissionais que trabalham no SUS, então o SUS tem uma proposta e formação tinha uma outra proposta completamente diferente do SUS. Então essa (nova) proposta não só vai qualificar o sistema de saúde, vai beneficiar o cidadão e a sociedade em relação à reorientação do modelo do sistema de saúde, mas vai dar uma contribuição substantiva para a qualificação do sistema de saúde. Esse modelo que o SUS já propõe desde 1988 e que ele ainda não conseguiu colocar em prática, em parte por falta de profissional formado para esse tipo de pensamento, eu acho que com esse modelo novo aumenta a perspectiva que a gente possa realmente colocar o SUS onde ele deve ficar, a serviço da sociedade, porque aí nós vamos ter

profissionais formados no mundo real do trabalho do próprio SUS, especialmente a atenção básica que é o esteio dessa reorientação do sistema de saúde. Eu acho que essa inserção vai ter como consequência um progresso muito grande na área da saúde.” (C3)

O coordenador da escola Federal, viu a inserção dos alunos na APS como uma oportunidade de qualificar o Sistema de saúde, através da valorização dele e da vivência nele, pois desta maneira estaria formando médicos para atender às necessidades da população.

“Nós precisamos formar um médico diferente do que a gente vem formando nos últimos anos. O Brasil, não só o Brasil, acho que o mundo todo sempre formou médico para mercado, nunca formou médico para a sociedade e hoje, nós estamos vendo a consequência disso, temos médicos tecnicamente muito bons, mas com uma formação muito equivocada em relação à necessidade social e em relação ao seu papel numa sociedade econômica como a nossa. Isso tem feito com que a prática médica fique altamente dispendiosa e pouco eficiente em relação a necessidade de saúde das pessoas e das coletividades.”(C3)

As concepções de ensino na APS divergem entre todos os entrevistados, profissionais que trabalham com formação de médicos, pensam diferente em diferentes universidades e dentro da mesma universidade. Isso mostra que as DCN, acabam ficando fragilizadas e descaracterizadas no cenário de prática, na APS.

De acordo com as falas, atender às necessidades de saúde da população é fator indireto para as escolas, a formação parece estar separada do fim, quando deveriam estar diretamente ligadas.

As falas apresentam muitas vezes uma atenção primária descolada ou deslocada do restante do que se ensina na escola médica. Para avançar na visão da integralidade do cuidado deveríamos conceber o ensino e o trabalho na saúde organizado nas redes de atenção para superar a fragmentação do mesmo, que muitas vezes é ineficiente na utilização dos recursos disponíveis, principalmente, nas dificuldades de acesso aos diferentes pontos de atenção. Para o Ministério da Saúde as redes de atenção à saúde estão previstas na Portaria 4.279, de 30/12/2010 como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

As características da rede de atenção são:

“a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a atenção básica como centro de comunicação; centralidade nas necessidades de saúde da população; responsabilização por atenção contínua, coordenada, compartilhada e integral; cuidado multiprofissional e compartilhamento de

objetivos e compromissos com resultados para a saúde da população com eficiência” (BRASIL, 2010, s/p).

Há falas centradas no objeto do adoecer, da doença e não se trabalha o conceito de cuidado integral a pessoas singulares ou coletivos com necessidades específicas. Outras vezes, nos pareceu uma fala até um pouco mecânica, quase decorada das DCN, mas sem conseguir espessar caminhos para atuar, pensar e praticar o discurso sobre o ensino na APS como algo dentro da proposta do curso.

Categoria 4–Impasses sobre a integração da instituição de ensino superior com os serviços municipais e estaduais e as mudanças políticas na gestão local: pouco investimento na estrutura das redes de atenção à saúde nas unidades básicas e hospitais como espaços de ensino

Um aspecto relevante na análise dessa categoria é a necessidade de olharmos para o papel da Universidade no contexto interprofissional. Se partimos da ideia de que a função da universidade é contribuir com formação integral dos futuros profissionais em contexto real na busca da qualificação da sua profissionalidade, urge que esta importante instituição de ensino superior desencadeie de fato a indissociabilidade no ensino, pesquisa e na extensão para que os conhecimentos, habilidades e atitudes lá desenvolvidas sejam de fato resignificadas no mundo do trabalho.

Para Balzan (2002), a indissociabilidade entre ensino e pesquisa perpassa o entendimento de que a relação entre esses dois polos deve ser entendida, projetada e trabalhada como princípio metodológico: a pesquisa é trabalhada como ação teórico-metodológica que alimenta o ato de ensinar. Nas palavras do autor, entranham-se reflexões sobre o papel que o ensino e a pesquisa poderiam exercer no cenário universitário e na sociedade:

Como formar um aluno com a consciência clara de que sua formação jamais será completa, devendo se tornar um aprendiz durante a vida toda? De que adiantaria essa consciência se ele não dispusesse de autonomia de voo, isto é, da capacidade de aprender por conta própria, que somente um forte e sistemático exercício em pesquisa pode lhe assegurar?(2002, p. 116).

Pensar em indissociabilidade no ensino, pesquisa e extensão exige que a tomemos numa perspectiva crítica que na visão de Rays (2003) romperia com a cultura dissociativa

entre os componentes curriculares havendo na concepção de universidade e na organização curricular papeis valorativos e específicos do ensino, da pesquisa e da extensão incorporados e introjetados na dinâmica formativa dos futuros profissionais. Assim quando refletimos sobre a indissociabilidade na verdade temos que refletir acerca da problemática e da cultura pedagógica universitária.

Assim a dificuldade que hoje vivem as universidades frente a falta de reais parcerias nos espaços de interprofissionalização tem gerado inúmeros desafios haja visto inclusive o fato de que a própria falta de indissociabilidade no ensino, na pesquisa e na extensão no interior dos cursos de medicina tem criado ainda mais fronteiras rígidas da universidade com a sociedade.

Nessa categoria são apresentados os impasses presentes na integração ensino serviços de saúde e todo campo de dificuldades vivenciadas na realização do ensino na APS. Uma das primeiras questões destacadas pelos coordenadores se refere a questão salarial e a percepção de que o médico que atua na APS não recebe nenhuma forma de contrapartida salarial para orientar os estudantes. Também é apontado que de certa maneira, ao levar os estudantes para a APS, as IES deveriam oferecer alguma contrapartida para o profissional que acompanhará os estudantes.

“...a própria política salarial, o médico que está na AB que vai ser supervisionado pelo docente, que vai ter que trabalhar segundo as diretrizes pedagógicas e quem vai ter que organizar isso é o docente, quem vai ter que se responsabilizar é o docente e ele ganha no mínimo o dobro do salário do docente aqui dentro, com uma formação acadêmica inclusive, menor, não que ele seja menos qualificado, não é o que eu quero dizer, mas ele teve menos oportunidade talvez de ter um investimento tão grande numa carreira profissional, e aí isso, às vezes, vira motivo de problema aqui dentro e gera algumas dificuldades de gestão e tal.” (C3)

“...a própria universidade, chega lá com estudante e o professor e quase não tem contrapartida para oferecer, isso também é ruim para o município, que também questiona “tem problema de infra-estrutura, de qualificação, e a universidade?” (C3)

Uma outra questão destacada pelos coordenadores de disciplinas na APS se refere a necessidade de institucionalizar e regulamentar a relação entre IES e serviços de saúde, no sentido de diminuir a fragilidade das relações, frente a mudança de gestão local ou mesmo estadual, em alguns casos, apontando-se a necessidade de formalizar as relações com convênios e mesmo com algum tipo de benefício ou apoio financeiro para ao profissionais que estão recebendo os alunos.

“...então o maior desafio nosso hoje é a integração com o município, é fazer

a capacitação desses médicos que vão ser preceptores, há uma rotatividade significativa, muda prefeito, muda secretário de saúde, isso vai balançando o tempo todo e a gente vai amarrando isso em convênio, em edital, em lei municipal, tem lei municipal permitindo os médicos da rede serem preceptores, todos recebem, uns pela prefeitura, outros pela universidade.”(CD3)

O Coordenador da disciplina da Universidade federal destaca que o maior desafio é integração com o município, pois mesmo com contratos assinados, não há garantias de estabilidade nesta relação, se a gestão muda, toda a organização recomeça.

“As políticas do SUS, o entendimento do SUS talvez devesse ser ampliado pra essa dimensão educacional, não é todo secretário que entra ou todo pessoal do serviço que olha isso com bons olhos; acham que a universidade tá explorando, que usa o serviço, precisaríamos que o MS ajudasse, olhasse mais para as SMS que recebem estudantes que vão se formar no SUS, que era o desejo do Ministro anterior, que todos os alunos tivessem formação no SUS, ele queria até aumentar mais um ano ao curso de medicina para isso. O que precisamos melhorar é a estrutura do SUS, com financiamento, melhorar a estrutura, a capacitação do pessoal. Não adianta hoje dizer: “Queremos fazer uma formação no SUS, na atenção básica”. Faz 20 anos que estamos fazendo esse discurso, as escolas já estão no SUS, umas mais, outra menos, a nossa é uma escola que tem uma formação no SUS quase em todas as séries, na atenção básica a gente só pula o 4º e o 6º, isso é raro encontrar, porque geralmente faz dois anos na atenção básica, mas temos limites para fazer essa integração e por esse currículo em prática, mas eu acho que o que falta não está nas nossas mãos. Falta o próprio MS que diz que precisa da formação no SUS, melhorar as condições do SUS para que possa ter essa parceria de uma forma mais efetiva.” (CD3)

As intenções da políticas ministeriais são ótimas, mas segundo as falas de CD3, a estrutura para que a universidade seja parceira no desenvolvimento do SUS ainda é muito pobre, o investimento é pouco e a universidade não pode, sozinha qualificar o SUS.

“...no último ano houve uma dificuldade de convênio com a prefeitura, por conta da inserção no pronto atendimento que era no nível secundário e a gente não conseguiu apoio adequado da prefeitura, ela devia ter interesse nisso, mas aí entra todos os interesses da política nessa questão, mas a faculdade não conseguiu manter por si só da forma como a prefeitura queria, então a faculdade tava mantendo profissionais de enfermagem, alguns médicos e não havia contrapartida da prefeitura. Os médicos das UBS que eram contratados pela prefeitura, não gostavam que o aluno estivesse presente lá, então não davam a atenção devida para o aluno, então não foi muito adequado para a formação do nosso estudante.” (C1)

“Hoje na prática o que está acontecendo é que o PPP pensado e implantado não é exatamente o que está sendo executado, por causa dessa dificuldade, por exemplo: precisamos de 30 USF aqui na cidade, mas não tem 30 USF aqui, não houve um esforço de gestão suficiente do município para isso, o modelo de implantação do SUS ainda segue uma lógica mais econômica,

mais eleitoral do que das necessidades de saúde, então nós tivemos que fazer ajustes no PPP.” (C3)

Tendo em vista as falas a cima, os interesses políticos enfraquecem e impossibilitam a parceria universidade-município, sendo um enorme obstáculo a ser vencido.

“Tem vários problemas menores, mas o maior deles com certeza é a infraestrutura, as intenções e os objetivos das gestões públicas no SUS, são muito diferentes na maioria das vezes das intenções e objetivos do PPP do curso. É raro encontrar um gestor que não faça uma gestão econômica ou eleitoral, nós estamos propondo uma gestão social, técnica, fundamentada em evidência científica e isso entra em conflito com o interesse dos gestores, então nós passamos por isso aqui na cidade por várias vezes, coisas que precisavam ser feitas para melhorar o sistema de saúde tiveram que passar pelo crivo de quanto isso rende voto ou não para ver se a gente vai ou não vai fazer, muitas vezes a decisão técnica se subordinou à decisão política, à interesses outros que não os interesses da sociedade do projeto do curso. Isso é da nossa cultura política de um país ainda atrasado nesse aspecto, isso é um conflito muito grande que enfrentamos, podemos fazer todos os acordos inclusive formais com a prefeitura, amanhã muda o prefeito, os acordos assinados não têm valor, porque sabemos que quem está em executivo público hoje cumpre a lei se quiser, ainda que tenhamos contrato assinado, não é garantia de que um outro prefeito na hora que entrar, vai manter isso, vai sustentar isso e a gente vem enfrentando isso, inclusive recentemente com mudança de prefeitura.” (C3)

“Tínhamos pelo menos uma conversa aberta com a prefeitura aqui, apesar que a prefeitura não encaminhava na medida necessária uma série de questões, encaminhava outras, porque havia um jogo político muito forte em cima das decisões, mas a hora que entra outro prefeito que se posiciona como oposição política, faz uma ruptura que leva o curso a beira da falência, por muito pouca coisa o curso não sucumbiu com a mudança de gestão da prefeitura, com contratos assinados e aprovados em câmara municipal inclusive. Há que se ter uma normatização que venha do governo federal, uma lei federal que determine qual vai ser a relação com os municípios e as instituições formadoras de pessoas, porque isso deixa o PPP numa situação muito vulnerável.” (C3)

Esse aspecto tão bem apontado pelos entrevistados é algo a ser pensado pois está, também, acarretando inúmeros problemas no entendimento do papel e das funções que os diferentes profissionais ocupam no cenário de formação dos futuros médicos. Quando os médicos que atuam no SUS recebem os alunos eles também são ou deveriam ser formadores de fato recebendo inclusive também para essa função. “Jogar nas costas” dos diferentes profissionais do SUS a responsabilidade formativa não é ético e nem correto. Não estamos aqui afirmando que deva haver remuneração mas também não negamos essa possibilidade. É necessário sim que algo aconteça via universidade via secretarias de saúde para que esses profissionais sejam realmente valorizados e evitar que eles se tornem meros executores das

orientações dos outros num espaço institucional que atua.

Em artigo recente de Junqueira et al. (2013) sobre os descompassos entre a universidade e os serviços de saúde, apontam que

" o serviço de saúde esta centrado, tradicional e historicamente, na assistência e produção de procedimentos técnico-operativos. Por sua vez, a universidade, como instituição formadora, produz conhecimentos teóricos e metodológicos e possuem um papel histórico e arraigado de transmissão de saberes com pouco comprometimento com a produção de serviços e cuidados, inserindo estudantes na rede com objetivos definidos a priori, longe das demandas reais dos serviços de saúde". (p.230)

Estes autores compartilham da ideia de que ha uma dificuldade de compartilhamento entre o que pretende a universidade e a necessidade do serviço.Há um descompasso da relação entre a universidade e o serviço de saúde, ou seja, do que se aprende e o que necessita que fosse aprendido está muito longe de uma abordagem integral, de um trabalho articulado e de uma pratica mais intersetorial.

Categoria 5 –Falta de profissionais que dominem novas metodologias de ensino e que tenham formação generalista

Uma das grandes inovações contidas nas DCN,é a necessidade urgente de que os professores e profissionais da área da saúde deveriam desencadear dois processos fundamentais: a busca da reorientação da formação numa perspectiva de auto desenvolvimento profissional entendendo assim a concepção de educação permanente tanto no âmbito de que quem forma deva se rever permanentemente;e a ideia de que os professores e profissionais precisariam aprender novas metodologias ativas para que o processo de ensino e aprendizagem atingisse um patamar de real qualidade formativa conforme o artigo 12 do referido documento.

“Art. 12 A estrutura do curso de Graduação em Medicina deve:
(...) 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 ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.”
(DCN, 2001)

Cabe aqui uma ressalva importante no sentido de que acreditamos que metodologias ativas devam ser buscadas desde que os professores e profissionais ressignifiquem a concepção de ensino e que ao absorverem que ensinar é potencializar o apreender do outro

não pela busca de apenas de transmissão de conhecimentos possam nessa direção se apropriar de estratégias de ensino que potencializem o pensar crítico, ativo e autônomo dos alunos. Na mesma direção acreditamos ainda, também, que não basta o uso de metodologias ativas e uma ação avaliativa do docente sob o aluno de forma “passiva” onde tudo que foi construído no processo não seja fundamental de ser entendido e investigado pelo professor lutando, assim, com a ideia da avaliação apenas como resultado, como um produto que determina se o aluno aprendeu ou não desconsiderando o processo formativo vivido de fato pelo aluno.

Na fala dos nossos entrevistados nem mesmo a idéia do uso de metodologias ativas ainda é algo possível e real no contexto da sala de aula e nos espaços interprofissionais. Portanto, para os entrevistados, utilizar metodologias ativas, ainda não é uma realidade para os cursos, pois tinham profissionais formados em universidades tradicionais, que não se sentiam a vontade em trabalhar com essas metodologias.

“...não fui formada em relação a aprendizagem ativa e a gente tem se esforçado, estudado voluntariamente, uma das necessidades por fazer essa opção seria capacitação docente em relação a metodologia de ensino ativo, isso daria um diferencial para os docentes, todo mundo se esforça, a gente faz discussões sobre, mas uma formação formal, eu não tive. Isso seria um ganho para a disciplina, porque fizemos essa opção, na tutoria você percebe, nós não vamos lá para dar aula teórica, muito pelo contrário, nós vamos lá para estimular que o aluno tenha o protagonismo, então isso é um desafio.” (CD1)

“A formação para trabalhar como metodologias ativas, nós não temos, por mais que a gente por iniciativa própria alguns docentes têm se aproximado de PBL, de trabalhar essa metodologia ativa, ainda estamos muito aquém de dominar isso como professores, realmente precisamos de capacitação e parece que a comissão de ensino de graduação e a comissão coordenadora de curso, estão fazendo várias reuniões e tentando organizar essa capacitação docente, não só para a metodologia ativa, mas para docência mesmo.”(CD1)

Nessa direção Azevedo e Andrade (2012) afirmam que não basta que os professores tenham domínio do conhecimento que ensinam, ainda que esse domínio seja condição fundamental para seu ofício. Para ensinar é necessário entender o conteúdo e, na mesma intensidade, entender acerca do campo epistemológico dos processos de ensino e aprendizagem de uma determinada área como, também do entendimento do contexto histórico, cultural e político em que estudantes e professor estão inseridos. Nesse sentido, pensar sobre o exercício profissional do professor universitário no contexto atual é, no mínimo, desafiador, pois é exigido cada vez mais desses profissionais a competência de investigação acerca das atividades de ensino, pesquisa e extensão.

Nessa direção Azevedo e Andrade (2013) apontam, ainda, que os professores universitários precisam realizar inúmeras rupturas paradigmáticas a cerca do entendimento do que seria ensinar numa perspectiva emancipatória sendo necessário as rupturas provenientes do fazer docente tradicional ou mesmo aligeirado como é o caso do professor universitário que se utiliza das “metodologias ativas”, muito forte no ensino da área médica, mas que nega a avaliação do processo vivido e foca no resultado final numa perspectiva de “avaliações passivas”. A inovação da prática docente deve ser entendida numa dimensão mais ampla do que apenas metodológica e ou só no uso de diferentes recursos pois se não há mudanças paradigmáticas no conceito de ensino tudo que o envolve ficara afetado.

“Tratar a inovação como ruptura paradigmática é dar-lhe uma dimensão emancipatória. Nela não há a perspectiva de negação da história, mas sim a tentativa de partir desta para fazer avançar o processo de mudança, assumindo a fluidez das fronteiras que se estabelecem entre os paradigmas em competição. Para Santos, esses podem se tornar líquidos e navegáveis, numa cabotagem que resignifica subjetividades e, por essa razão, altera experiências”. (CUNHA, 2003, p. 3).

Para Cunha e Lucarelli (2005) para melhor entendimento daquilo que se configuraria como transição paradigmática no contexto da qualificação do professor e dos profissionais seria necessária a utilização de indicadores de inovação: a) A ruptura com a forma tradicional de ensinar e aprender) A gestão participativa; c) A reconfiguração dos saberes; d) A reorganização da relação teoria/prática; e) A perspectiva orgânica no processo de concepção, desenvolvimento e avaliação da experiência desenvolvida; f) A mediação; g) O protagonismo dos sujeitos.

Essas mudanças se fazem absolutamente necessárias e ficam muito explicitadas nas falas de CD1 apresentaram a necessidade de reformular também a formação docente, pois os próprios profissionais não se sentiam à vontade para contribuir com esse novo caminho proposto pelas DCN.

“...a grande maioria dos docentes que a gente consegue contratar é de formação tradicional, não tem uma formação voltada para esse tipo de projeto, para esse modelo pedagógico, nem mesmo para esse tipo de SUS que a gente quer, porque todos nós fomos formados no modelo tradicional, então na hora que o docente entra aqui, ele sofre e ele determina sofrimento pro curso também.”(C3)

Para Anastasiou é necessário entender qual a ação desejada:

“O verbo aprender, derivado de apreender por síncope, significa tomar conhecimento, reter na memória mediante estudo, receber a informação de... É preciso distinguir quais dessas ações estão presentes na meta que estabelecemos ao ensinar: se for apenas *receber a informação de*, bastará

passá-la através da exposição oral. Nessa perspectiva, uma boa palestra é o suficiente para a transmissão da informação. No entanto, se nossa meta se refere a apropriação do conhecimento pelo aluno, para além do simples repasse da informação, é preciso se reorganizar: superando *o aprender*, que tem se resumido em processo de memorização, na direção do *apreender*, segurar, apropriar, *agarrar*, prender, pegar, assimilar mentalmente, entender e compreender”. (ANASTASIOU, 1998).

Assim, tendo como foco o apreender, a participação ativa do aluno torna-se parte do seu processo formativo, assim como a reformulação dos conceitos e práticas dos professores. “A docência em saúde articula teoria e prática, mediando a construção de saberes e orientando atuações de outras duas práticas sociais — a saúde e a educação” (BATISTA, 2005).

Como se expressou o C3, os docentes, muitas vezes são muito especialistas e têm dificuldade em lidar com os profissionais da rede, pois para estar na rede é necessário ter uma visão mais generalista.

“...a relação dos docentes com os profissionais da rede de saúde em alguns momentos também sofre conflito, às vezes o docente tem uma visão especializada demais e na atenção básica é importante ter uma visão mais generalista. Temos dificuldades de conseguir generalista no serviço, na academia então, pode esquecer, na academia a tendência é ultra especializar, o que é outro problema na relação com a atenção básica...” (C3)

Isso se reflete em todo o processo formativo, da ía dificuldade de estar na rede, os processos seletivos para docentes selecionam os mais especialistas, e isso contribui para a desvalorização do profissional generalista e para desqualificação da atenção básica.

“Outra medida foi construir um PPP, onde existem propostas que estamos instituindo aos poucos que é um incentivo maior às metodologias ativas de ensino, elas estão sendo introduzidas de uma maneira progressiva, procurando fugir do método tradicional para um método mais inovador, nós temos um projeto que em dois, três anos nosso curso funcione com base na metodologia ativa, não é um modelo PBL que almejamos, não tem cultura para isso. Buscamos um sistema modular em que os tópicos, temas ou disciplinas se integram bastante, então instituímos nestas etapas os seminários integradores, então ao final de bimestre, em cada termo é feito um seminário integrador, sempre trabalhamos com caso clínico, aí unimos todas as disciplinas daquele termo, nós estamos conseguindo e vamos conseguir a médio prazo bons resultados no ensino dos alunos com essa metodologia.” (C2)

Para Cunha e Azevedo (2011) o professor universitário precisaria incorporar a ação profissional de professor pesquisador, mas entendido como alguém que tem a capacidade de saber

fazer do ensino e da pesquisa os elementos que retroalimentarão suas intervenções nos diferentes territórios acadêmicos e interprofissionais gerando, assim, a qualidade e a excelência no ensino, na pesquisa e na extensão.

As falas indicaram, que a formação do Professor deve ser reorientada. Segundo Batista (1998):

“...essa formação terá que instrumentalizar o docente para uma análise que assuma a incompletude e a transitoriedade do conhecimento, delineando uma mediação que se caracterize por competências do professor no campo do domínio do conteúdo, da produção do conhecimento, da organização do processo de comunicação do ensino e das experiências de aprendizagem, das interações professor-aluno-comunidade, da avaliação permanente, das implicações éticas, humanas e sociais, enfim, que esteja orientada para um ensino prospectivo.”

Considerações Finais

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou inúmeras aprendizagens acerca da importante correlação que os cursos de graduação, especialmente da área médica, precisam realizar junto as DCN com os PPP para o entendimento do real papel que o ensino em atenção primária deveria ter efetivamente trabalhado.

Em função do exposto acreditamos que essa pesquisa apesar de trazer pontos nevrálgicos no contexto das DCN correlatas ao PPP no foco da APS potencializa os seguintes aspectos:

1. As DCN são fundamentais para a organização da proposta formativa dos cursos de medicina no Brasil, por apontar proposta balizada no perfil profsssiográfico do médico num contexto brasileiro;
 2. As DCN detalham com riqueza de idéias os eixos norteadores de uma formação médica que se deseja generalista , ética e humanizadora aspectos fundantes na busca da qualidade do cidadão dos profissionais da área da saúde;
 3. Os PPP dos cursos precisam urgentemente resgatar seu papel igualmente formativo na perspectiva de que a construção, implementação e avaliação possibilitará à todos os sujeitos envolvidos a ação emancipatória de tomar pelas mãos e construir no coletivo o curso em si com toda a sua riqueza e na diversidade;
 4. Os professores universitários atuantes desses cursos precisam urgentemente redimensionar a ação profissional no ensino, na pesquisa e na extensão resignificando o seu papel formador por meio de metodologias ativas e avaliações processuais balizadas pelo PPP e pelos seus pares num trabalho docenteverdadeiramente interdisciplinar e inovador;
 5. Inovações curriculares nos cursos provenientes das DCN exigem inovações pedagógicas dos seus professores e profissionais;
 6. Gestores das universidades e das secretarias de saúde precisam afinar as concepções de APS e implementarem, por meio de ações coerentes e transformadoras, a qualidade do serviço com foco na saúde nesse espaço formativo;
 7. APS traz um novo redimensionamento do que seria formação em saúde e ela deveria ser entendida como a grande indutora do espírito de corresponsabilidade, colaboração e promoção da vida e da formação interprofissional;
 8. É urgente a necessidade e novas pesquisas e reflexões que continuem investigando esses espaços e as pessoas que os coabitam visando potencializar avanços e qualidade
-

formativa e de atendimento ao Homem num serviço que prime pelo respeito, pela partilha e pela valorização da vida.

As Diretrizes, de 2001, apresentam como a proposta formativa dos cursos de medicina precisam se estruturar, porém não esclarecem de forma precisa alguns pontos fundamentais quais sejam: concepção de competências; papel da atenção primária dentro do PPP; a interface da atenção primária dentro do cenário da prática para diversos fins e o próprio foco da atenção primária.

A ausência de esclarecimentos, nas DCN, a respeito de algumas destas questões, acabou por gerar certas imprecisões conceituais e práticas da escola de forma a dar continuidade a maior valorização da formação no hospital, direcionando a formação para a APS em muitos momentos, de forma superficial. Este desenho pode desvalorizar o significado da função da APS no curso, não contribuindo para mudança real da formação médica, que atenda as necessidades de saúde da população e do SUS. Em muitas situações fica claro que a ida a APS não rompe paradigmas em relação a uma formação centrada na doença, mas ainda assim, a universidade estaria atendendo às DCN.

Acreditamos que as DCN não definem um caminho único, pois a escola deve ter liberdade para organizar seu PPP, porém esclarecer as necessidades da reorientação da formação, para que a direção tomada seja única e elevar a qualidade na atenção à população qualificando também o SUS é fundamental

“As orientações das Diretrizes estimulam as escolas a superar as concepções conservadoras, a rigidez, o conteudismo e as prescrições estritas existentes nos Currículos Mínimos, mas não definem um caminho único” (FEUERWERKER, 2003).

As DCN trouxeram necessidades de mudança nos PPP, as Universidades se apressaram para colocá-las em prática para normatizarem seus cursos, portanto, os cursos tiveram seus PPP muito coerente com as DCN e uma prática diferente do apresentado no PPP. Ou seja, no PPP foi feita uma inovação regulatória para adequação às DCN, tornando-o assim, um documento normativo, que fugiu completamente do seu papel comprometido em expressar o papel e a prática da escola.

“O projeto busca um rumo, uma direção. É uma ação intencional, com um sentido explícito, com um compromisso definido coletivamente. Por isso, todo projeto pedagógico da escola é, também, um projeto político por estar intimamente articulado ao compromisso sociopolítico com os interesses reais e coletivos da população majoritária. É político no sentido de compromisso com

a formação do cidadão para um tipo de sociedade. [...] Na dimensão pedagógica reside a possibilidade da efetivação da intencionalidade da escola, que é a formação do cidadão participativo, responsável, compromissado, crítico e criativo. Pedagógico, no sentido de definir as ações educativas e as características necessárias às escolas de cumprirem seus propósitos e sua intencionalidade” (VEIGA, 2002).

Pensando no PPP da Escola Federal, que está diretamente de acordo com as DCN, comprometido com uma formação diferenciada, voltada à população e ao SUS, percebemos grandes obstáculos para efetivação do PPP. Portanto, as DCN foram feitas, tendo também por base, um SUS imaginário, um SUS que almejamos? Faltou às DCN explicitar este processo, esclarecer o “porquê?” ,o “para quê?” , “para quem?” , “onde?” e “como?” elas foram feitas e deveriam ser efetivadas.

Outro aspecto importante é que devemos propor não apenas a elaboração das DCN sem junto a isso não ocorrer a construção, implementação e avaliação da proposta formativa dos cursos focando na dimensão emancipatória do processo vivido e não do regulatório.

A proposta de reorientação da formação do médico voltada para a qualificação do sistema de saúde vigente está posta, mas os entrevistados apontam que a gestão, o SUS e seus profissionais não estão plenamente preparados para serem parceiros das universidades na formação do médico, até mesmo como apontaram os coordenadores, os professores das universidades não tiveram uma formação voltada para este tipo de proposta (formação integral, novas metodologias...), a grande maioria é fruto de uma formação tradicional.

Para esses impasses o Ministério da Saúde e da Educação formularam políticas para contribuir para a efetivação das DCN e assim, atender às demandas da população e do SUS:

“...Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos da Área de Saúde; Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed); VER-SUS, uma estratégia de vivência no SUS para estudantes dos cursos de saúde; Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS); Pólos de Educação Permanente do SUS; e, já no final de 2005, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)” (OLIVEIRA, 2008).

Estas iniciativas, acrescidas das mais recentes, como Pet-Saúde (BRASIL, 2009, 2010), que tem como objetivo favorecer a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, a constituição de grupos de aprendizagem tutorial, a interdisciplinaridade e a integração ensino serviço, incluindo um plano de pesquisa em atenção básica ou em redes de atenção, confirmaram, que, por si só, as DCN não têm forças para mudar sozinhas a formação

médica no país e que as escolas precisam de um direcionamento e um incentivo para que a mudança aconteça.

A necessidade de ensino e valorização da APS, faz parte das discussões em todos os cursos, mas a valorização dos profissionais que trabalham nessa área frente aos especialistas ainda é um abismo que desqualifica a formação integral do aluno. A seleção de professores, a política salarial, o investimento público em hospitais em relação a estruturas e tecnologias, direciona a atenção do aluno e do usuário justamente para o setor terciário, assim a intenção de se qualificar a AP e a formação na AP, tem um caminho longo a percorrer pois a divergência entre o discurso e prática ainda é muito grande.

Podemos dizer que as políticas de gestão da educação em saúde tomaram coragem, a partir de 2003, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) no Ministério da Saúde, resultando na aproximação estratégica entre saúde e educação. Por meio da SGTES foram mobilizadas diversas iniciativas visando articular a formação profissional às práticas dos serviços de saúde (Brasil, 2004). No que se refere à indução de mudanças nas graduações, ressalta-se o movimento de aproximação dos Ministérios da Saúde como o da Educação, articulados para construção de projetos, com a participação das universidades em parceria com os serviços de saúde. Os principais eixos destas políticas tem sido a integração ensino-serviço com ênfase na atenção básica; a integralidade em saúde como eixo reorientador das práticas no processo de formação e qualificação dos profissionais para o SUS; e a reformulação do projeto político-pedagógico dos cursos de graduação baseada nas Diretrizes Curriculares Nacionais. Reconhecemos que há um esforço de aproximação e de mobilização para mudança, mas nessa pesquisa fica claro que ainda há muito a se construir.

Como ressalta Moretti-Pires (2009, p. 154) "a abordagem ampliada da atenção em saúde e da complexidade inerente, ...", presente na APS e na proposta das redes de atenção podem ser compreendidas como caminho

"...contra-hegemônico ao modelo flexneriano/biomédico, que valoriza apenas saberes oriundos da academia e a supremacia/dominação do poder do profissional sobre a saúde do usuário, em que há ênfase no fenômeno biológico, distanciando-se das dimensões sociais, psicológicas e comportamentais implicadas na doença. A concepção mecanicista em saúde lhe é inerente, em que o corpo é como uma máquina composta por partes inter-relacionadas e a doença reduz-se à irregularidade no processo de funcionamento, valorizando-se a formação clínica e subespecialidades, deixando à margem o aspecto subjetivo e relacional do encontro com o paciente...".

Como tal, o modelo biomédico ainda é fortemente presente nas universidades brasileiras.

Sabemos que, em 2014, novas DCN foram aprovadas para os cursos de medicina e que estas novas DCN buscam uma configuração mais detalhada de como fazer as mudanças e apresenta avanços à integralidade do cuidado. Mesmo com a clareza de que apenas as DNC não serão suficientes para a mudança de modelo de formação almejado, estas podem provocar novas tensões sobre "a delicada questão política própria da universidade pública brasileira: formar profissionais no âmbito de uma instituição pública com enfoque diferente da necessidade do serviço público e da coletividade" (Moretti-Pires, 2009, p. 165), que ainda prevalece como modelo de formação acadêmica.

Bibliografia

BIBLIOGRAFIA

ABRAHÃO, A. L., MERHY, E. E. *Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar*. Rev. Interface (Botucatu). 2014; vol 18, n.49, pp. 313-324. ISSN 1807-5762.

ALMEIDA, M. J. Gestão da escola médica: crítica e autocrítica. *Revista Brasileira de Educação médica*. 2008, vol.32, n.2, pp. 202-209. ISSN 0100-5502.

ALMEIDA, M. (org.). Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde. Londrina, 2003.

ALVES, C. R. L. et al. Mudanças curriculares: principais dificuldades na Implementação do PROMED. *Revista Brasileira de Educação médica*. 2013, vol.37, n.2, pp. 157-166.

AZEVEDO, M. A. R.; ANDRADE, Maria de Fátima Ramos de. *A organização do ensino numa perspectiva interdisciplinar: possibilidades e encaminhamentos*. In: V Simpósio da Associação Nacional de Profissionais da Administração Escolar, 2005, Piracicaba-SP. Anais do V ANPAE, 2005.

BERBEL, N.A.N. *A problematização e a aprendizagem baseada em problemas*. Interface:Comunic, Saúde, Educ, v.2, n.2, 1998, p.139-154.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE*. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Secretaria de Políticas de Saúde. Secretaria de Ensino Superior. Organização Pan-Americana de Saúde. *Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina*. Edital de Convocação. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Resolução CNE/CES n.4, de 7 de novembro de 2001*: Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>> Acesso em: 12/09/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE*. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *Edital nº 18 Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - Pet-Saúde*. Brasília: MS; 2009. Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação Saúde. Portaria nº 4, de 29 de março de 2010. Estabelece orientações e diretrizes para a concessão de bolsas de iniciação ao trabalho, tutoria acadêmica e preceptoria para a execução do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde -

PET-Saúde, instituído no âmbito do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. *Diário Oficial da União* 2010; 30 mar.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. *A Organização das RAS no âmbito do SUS*. . *Diário Oficial Da União*. Brasília-DF, 2010. 25p.

BRIANI, M. C. O ensino médico do Brasil está mudando? *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v.25, n. 3, p. 73-77, 2001.

CYRINO; E.G.; RIZZATO, A. B. P. Contribuição à mudança curricular na graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v.4, n.1, p. 59-69, 2004.

CYRINO, E. G. & CYRINO, A. P. (2010) Desafios à Educação Médica Contemporânea: Uma conversa com Thomas Maack. *Interface-Comunicação, Saúde e Educação* 14 (35). Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180115837009>> Acesso em: 12/08/2013.

CYRINO, E.G. et al. O Programa: história, princípios e estratégias. In: CYRINO, E.G. et al. (Org.). *A universidade na comunidade: educação medica em transformação*. Botucatu: Eliana Godfarb Cyrino, Editor, 2005. p.21-32.

_____.et al. Em busca da recomposição da arte do cuidado e do fazer/aprender: a interação universidade , serviço e comunidade na Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP. In: PINHEIRO, R.; CECCIN, R.B.; MATTOS, R.A.(Orgs.). *Ensino-Trabalho-Cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS*. Rio de Janeiro: IMS/UFRJ, CEPESQ, ABRASCO, 2006. p.71-84.

CYRINO, E.G. et al, A Interação universidade Serviço Comunidade (IUSC): a experiência da FMB/UNESP In: CONGRESSO NACIONAL DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE –CONASENS, 23. *Anais*. Joinvile, 2007.

COUTINHO, C.P. *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática*. Coimbra: Editora Almedina, 2011

DIAS, A.; CYRINO, E. G.; LASTÓRIA, J. C. *Conhecimentos e necessidades de aprendizagem de estudantes de fisioterapia sobre a Hanseníase*. *Hansen Int.* 2007;32(1): 9-18.

CUNHA, M. I. *Diferentes olhares sobre as práticas pedagógicas no Ensino Superior: docência e formação*. Revista de Educação (Lisboa), PUC/RS - Porto Alegre, v. 3, n.54, p. 525-536, 2004.

CUNHA, M. I. *Docência na universidade, cultura e avaliação institucional: saberes silenciados em questão*. Revista Brasileira de Educação, Rio de Janeiro, v. 11, n.32, p. 258-271, 2006.

CUNHA, M. I. Inovações pedagógicas: O desafio da reconfiguração de saberes na docência universitária. In: PIMENTA, Selma; ALMEIDA, Maria Isabel de. (Org.). *Pedagogia Universitária*. São Paulo: EDUSP, 2009, v. 1, p. 211-236.

CUNHA, M. I; AZEVEDO, M. A. R.. *Quando ensino e quando aprendo? O desafio da docência para os formadores de professores no âmbito da pós-graduação*. Estudo decorrente da pesquisa “os saberes da docência e da pesquisa na formação dos futuros professores universitários” desenvolvida como parte do estágio pós doutorado da autora PPG Educação da Universidade do Vale do Rio Sinos (UNISINOS).

CUNHA, M. I; AZEVEDO, M. A. R.. *Qualidade do ensino e a formação para a pesquisa: implicações institucionais na preparação para a docência*. Edipuc Rio Grande do Sul. Nº 4 660pagina. Ed Porto Alegre- PUC R S, 2011.

CHAUI, M. *A universidade pública sob uma nova perspectiva*. Revista Brasileira de educação Set/Out/Nov/Dez 2003 n.º 24 Disponível In <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n24/n24a02.pdf>.

CHAUI, M. *A universidade pública sob nova perspectiva*. *Revista Brasileira de Educação* 5, 2003.

DIAS, H. N.; ANDRÉ, M. Incorporação dos Saberes Docentes na Formação de Professores. In *REVISTA BRASILEIRA DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES – RBFPISSN 1984-5332 - Vol. 1, n. 3, p.76-89, Dezembro/2009*.

FEUERWRKER, L. C. M.; CAPAZZOLO, A. A. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo Trabalho em Saúde. In: CAPOZZOLO, A.A.; CASSETO, S.J; HENZ, A.O (ORGS.). *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013. P.35-58.

FERNANDES, J.C.L. *A quem interessa a relação médico-paciente?* *Cad Saúde Pública*. 1993;9(1):21-27.

FREIRE, P. *Educação e mudança*. São Paulo, Ed. Paz e terra, 2001.

FERREIRA, V. S. *AS ESPECIFICIDADES DA DOCÊNCIA NO ENSINO SUPERIOR*. Revista Diálogo Educacional (PUCPR. Impresso), v. 10, p. 85-99, 2010.

- GODOY, D. C. & CYRINO, A. P. P. O ensino médico hoje. *In: O estetoscópio e o caderno: Narrativas da vivência clínica de estudantes de medicina*. São Paulo. Editora Unesp, 2013, p. 28-32.
- GONÇALVES, R. J.; SOARES, R. de A.; TROLL, T. e CYRINO, E. G. *Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano*. Rev. bras. educ. med., v.33, n.3, pp. 382-392, 2009.
- JUNQUEIRA, V.; FRUTUOSO, M.F.; SILVA, C.R.C. Os (des) compassos entre a Universidade e os serviços de saúde. *In: CAPOZZOLO, A.A.; CASSETO, S.J; HENZ, A.O (ORGS.). CASSETO, S.J; HENZ, A.O (ORGS.). Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013. P. 229-247.
- LIBÂNEO, J.C. *Organização e gestão da escola: teoria e prática*. 4º ed. Goiânia, Ed: Alternativa, 2001.
- MARANHÃO, É.A.; Gomes, A.P.; Siqueira-Batista R. O que Mudou na Educação Médica a partir da Diretrizes Curriculares Nacionais: sob os Olhares do Jano de Duas Faces. *In: Streit, D. S. & Neto, Francisco B. & Lampert, J. B. & Lemos, J. M. C. & Batista, N. A. (Orgs) 10 Anos de Diretrizes Curriculares Nacionais*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2012, p 59-91.
- MANCIBO, D.; MAUES, O.; CHAVES, V. L. J.. *Crise e reforma do Estado e da Universidade Brasileira: implicações para o trabalho docente*. Educ. rev. [online]. 2006, no. 28 [citado 2008-09-08], pp. 37-53.
- MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. *Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde.. Interface (Botucatu)* [online]. 2009, vol.13, n.30, pp. 153-166. ISSN 1807-5762.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª edição, Hucitec-Abrasco, São Paulo, 2010.
- MORETTI-PIRES, R. O. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de. *Interface - Comunicação., Saúde, Educ.*, v.13, n.30, p.153-66, jul./set. 2009.
- NUNES, E.D. Cem anos do relatório Flexner. *Ciência e saúde coletiva* . 2010, vol.15, supl.1, p. 956-956.
- OLIVEIRA, N. A. de; MEIRELLES, R. M. S. de; CURY, G. C. ; ALVES, L. A. *Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed*. Rev. bras. educ. med. [online]. 2008, vol.32, n.3, pp. 333-346. ISSN 0100-5502.
- PADILHA, R. PROMED – Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas. *In: BRASIL, Ministério da Saúde. Política de Recursos Humanos em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

PAGLIOSA, F. L. & Da Ros, M. A. (2008) *O Relatório Flexner: Para o Bem e para o Mal*. Revista Brasileira de Educação Médica. (pp 492-499) Retirado em 11 de agosto de 2013 de <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a12.pdf>

PANCHANE, G. G. *Teoria e prática na formação pedagógica do professor universitário: elementos para discussão*.UEPG (Ponta Grossa), Ponta Grossa, v. 13, n.1, p. 13-24, 2005.

PARAGUAY, N. L. B. B. *A clínica e o ensino na atenção primária*.2011. 143f. Dissertação (Mestrado em saúde Coletiva)- Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

PIMENTA, S. G.(org.) *Saberes Pedagógicos e atividades docentes*. 3ª Ed. São Paulo: Cortez 2002.

POLIMENO, M. C. A. M. *Construindo o currículo no cotidiano de um curso de graduação em medicina* [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2010.

ROMANHOLI, R. M. Z.*A visita domiciliar como estratégia de ensino aprendizagem na integralidade do cuidado*. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2010.

SOARES, L. T. R. *Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina*. Petrópolis: Vozes, 2001.

SANTIAGO, A. R.F. Projeto Político Pedagógico e organização curricular: desafios de um novo paradigma. In VEIGA, Ilma P. A. & Fonseca, Marília (orgs). *As dimensões do Projeto Político Pedagógico*.Campinas, São Paulo: Papirus, 2001.

STELLA, R. C. R.; BATISTA, N. A. Interiorização do trabalho médico e formação profissional.In: MARINS, J.J.N.; REGO, S.; LAMPERT, J.B.; ARAÚJO, J.G.C. (Orgs.) *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. Editora Hucitec, São Paulo, p. 325-345.

SILVA, V. M. L. DA; AZEVEDO, M. A. R.. *A importância da criatividade no fazer pedagógico*. In: VII Simpósio de Ensino Pesquisa e Extensão, 2003, Santa Maria. Anais VII Simpósio de Ensino Pesquisa e Extensão - CD ROM, 2003.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILAS BOAS, A.L. SUS: *Modelos assistenciais e vigilância da Saúde*. Inf. Epidemiol. SUS, v.7, n.2, p.7-28, 1998.

VEIGA, I. P. A. *Inovações e Projeto Político pedagógico: Uma relação regulatória ou emancipatória?* Cadernos Cedes v.23, n.61.Campinas, 2003. p. 267-281, dezembro 2003 267 Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br>

VEIGA, I. P. A. O Projeto Político pedagógico: um guia para a formação Humana. *In:* VEIGA, I. P. A. (org) *Quem sabe faz a hora de construir o Projeto Político Pedagógico*. Campinas. Papirus Editora, 2012, p 11-39.

VEIGA, I. P. A. *Inovações e Projeto Politico-Pedagógico: Uma Relação Regulatória ou Emancipatória?* Cad. Cedes, Campinas, v. 23, n. 61, p. 267-281,

Anexos

ANEXOS**Anexo I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes da Pesquisa**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
COORDENADORES DE DISCIPLINA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

O ENSINO MÉDICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM ESCOLAS MÉDICAS DO ESTADO DE SÃO PAULO

Convido você a participar desta pesquisa de Mestrado em Saúde Pública que possui como finalidade desenvolver estudo acadêmico focalizando as percepções sobre a atenção primária nos PPP dos cursos de medicina. Sua participação será realizada por meio de uma entrevista gravada e voluntária. O tempo previsto para a realização das entrevistas é de 20 minutos. As perguntas não pretendem de forma alguma causar desconforto ao participante e suas respostas serão anotadas/gravadas sendo analisadas posteriormente em sigilo pela pesquisadora. As gravações serão apagadas após sua transcrição e as informações obtidas serão analisadas em conjunto com outras entrevistas não se identificando nenhum participante da pesquisa. Uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará assinado com o pesquisado sendo a outra devolvida e assinada à pesquisadora responsável. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas, podendo também estar entrando em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), telefone (14) 3811-6143.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Para o responsável:

_____, ___/___/2014 _____

Assinatura do Pesquisado

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação neste estudo.

_____, ___/___/ 2014 _____

Assinatura do responsável pelo estudo

Pesquisadora: Victória Ângela Adami Bravo, Rua Justino Miranda Camargo, 1929- apto 3. Botucatu- SP. Tel. (16) 97756446, e-mail: victoria_bravo86@hotmail.com

Orientadora: Eliana Goldfarb Cyrino, Av. Professor Montenegro- Distrito de Rubião Jr. s/n - CEP 18618970tel. (14) 3882 – 3864. Departamento Saúde Pública, e-mail: ecyrino@fmb.unesp.br

Anexo II – Entrevistas realizadas com Coordenadores de Curso e de Disciplina das escolas participantes

Formação acadêmica:

Ano de experiência no campo profissional:

Anos a frente da coordenação do curso:

“Idade” do projeto pedagógico:

Explique o que mudou na organização do PPP a partir das DCNs.

Na sua opinião, qual a importância da atenção primária para a formação do médico?

Mediante sua resposta como você operacionaliza/organiza a proposta de inserir a atenção primária na formação a partir dessa importância?

Existem reuniões para construir, reformular, avaliar e implementar o PPP?

Quais os maiores desafios em estar à frente da coordenação deste curso?

Entrevista destinada aos coordenadores das disciplinas com inserção na atenção primária

Formação acadêmica:

Ano de experiência no campo profissional:

Anos a frente da coordenação da disciplina:

Explique a mudança da disciplina a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais no PPP do curso

Na sua opinião, qual a importância da atenção primária para a formação do médico? Como você articula isto na sua disciplina para que isso aconteça?

Quais os desafios de ser professor/coordenador desta disciplina no contexto atual?

Que sugestões daria para o curso pra que esta disciplina fosse melhor articulada e para qualificar melhor o aluno no campo profissional?

Coordenadores dos Cursos Coordenador do Curso- Federal

Formação acadêmica:

Medicina na Universidade Federal de Juíz de Fora (1987), depois me especializei em Epidemiologia em Medicina Interna- terapia intensiva e fiz o mestrado e doutorado em infectologia e medicina tropical na UFMG.

Ano de experiência no campo profissional:

Aproximadamente 30 anos.

Anos a frente da coordenação do curso:

Fui coordenador do curso em 2009; 2010 e 2011 fui vice- coordenador e 2012 e 2013 fui coordenador de novo, então são 5 anos.

Idade do PPP?

O curso começou em 2006, hoje tem 8 anos, mas o PPP foi pensado uns 5 anos antes e de implantação ele tem 8 anos.

Explique a mudança da disciplina a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais no PPP do curso

As DCN foram a base do PPP, porque a medida que as DCN mudaram o foco da formação,

valorizando a inserção no serviço, a inserção do estudante o quanto mais cedo no mundo real do trabalho, isso foi decisivo pra poder ajudar a pensar esse PPP. Suponho que não seja só essa a influência, talvez tenha tido inclusive o pessoal da área da educação, da área da pedagogia que já trabalha essa proposta a mais tempo até do que o próprio ministério, mas com DCN, a implantação disso foi facilitada do ponto de vista institucional. A influencia das DCN foi muito forte para implantação desse modelo de PPP.

Na sua opinião, qual a importância da atenção primária para a formação do médico?

Nós precisamos formar um médico diferente do que a gente vem formando nos últimos anos. O Brasil, não só o Brasil, acho que o mundo todo sempre formou médico para mercado, nunca formou médico para a sociedade e hoje, nós estamos vendo a consequência disso, temos médicos tecnicamente muito bons, mas com uma formação muito equivocada em relação à necessidade social e em relação ao seu papel numa sociedade econômica como a nossa. Isso tem feito com que a prática médica fique altamente dispendiosa e pouco eficiente em relação a necessidade de saúde das pessoas e das coletividades. Quando você insere o estudante na atenção básica e valoriza a atenção básica, você ta reorientando o modelo de formação e a partir dessa reorientação você ta também propondo uma alternativa ao sistema de saúde do país, então quer dizer, se hoje existe o SUS e ele vem enfrentando uma série de dificuldades, uma parte dessas dificuldades deriva da formação equivocada dos profissionais que trabalham no SUS, então o SUS tem uma proposta e formação tinha uma outra proposta completamente diferente do SUS. Então essa (nova) proposta não só vai qualificar o sistema de saúde, vai beneficiar o cidadão e a sociedade em relação à reorientação do modelo do sistema de saúde, mas vai dar uma contribuição substantiva para a qualificação do sistema de saúde. Esse modelo que o SUS já propõe desde 1988 e que ele ainda não conseguiu colocar em prática, em parte por falta de profissional formado para esse tipo de pensamento, eu acho que com esse modelo novo aumenta a perspectiva que a gente possa realmente colocar o SUS onde ele deve ficar, a serviço da sociedade, porque aí nós vamos ter profissionais formados no mundo real do trabalho do próprio SUS, especialmente a atenção básica que é o esteio dessa reorientação do sistema de saúde. Eu acho que essa inserção vai ter como consequência um progresso muito grande na área da saúde.

Mediante sua resposta como você operacionaliza/organiza a proposta de inserir a atenção primária na formação a partir dessa importância?

Nós temos um PPP que entra em conflito com a realidade do mundo do trabalho, ou seja, o SUS pensado é um e o modelo social de gestão da saúde no país não é exatamente aquele SUS pensado, porque sofre uma série de influências e pressões dos setores econômicos e outras. Eu digo muito que o SUS é uma proposta socialista que está sendo implantada em um país capitalista, e aí realmente vai ter muito problema. O nosso PPP é a mesma coisa, quando a gente monta um PPP com uma proposta de inserção na atenção básica e de reorientação do modelo do sistema de saúde e aí a gente pega esse PPP e coloca na prática num sistema que não funciona conforme é a proposta do PPP, isso gera um conflito muito grande, uma dificuldade muito grande. O que vem acontecendo, a operacionalização do PPP vem sendo ajustada às condições do sistema de saúde e isso tem pontos positivos e pontos negativos. À medida em que eu tenho um projeto de construção de um sistema de saúde por meio da formação de pessoas, chega lá ele encontra um ambiente muito adverso que às vezes impede inclusive a implantação desse PPP, há que se ter uma negociação entre o PPP e o sistema de saúde com os problemas que o sistema de saúde tem, então eu não posso, como um toque de mágica, mudar o sistema de saúde para o agora o PPP se encaixe perfeitamente no sistema de saúde. Se o PPP tem como proposta interferir no sistema de saúde, esse sistema de saúde ainda não está qualificado, então na hora que o PPP entra lá ele vai ter que se submeter a alguns ajustes, algumas negociações pra ele conseguir qualificar o SUS e se qualificar operacionalmente também. Hoje na prática o que está acontecendo é que o PPP pensado e

implantado não é exatamente o que está sendo executado, por causa dessa dificuldade, por exemplo: precisamos de 30 USF aqui na cidade, mas não tem 30 USF aqui, não houve um esforço de gestão suficiente do município para isso, o modelo de implantação do SUS ainda segue uma lógica mais econômica, mais eleitoral do que das necessidades de saúde, então nós tivemos que fazer ajustes no PPP. Para quem tem uma visão muito romântica disso pensa assim “Poxa nós estamos sucateando nosso PPP”, quer dizer ao invés do curso melhorar o sistema de saúde, o sistema de saúde está piorando o curso porque o sistema de saúde não avança à medida que o curso precisa, aí o operacional da implantação do projeto fica complicado. Eu vejo isso como um processo, seria muita ingenuidade nossa achar que o nosso PPP não teria problemas na hora que ele fosse colocado no sistema de saúde. Ele fatalmente teria problemas, há que se esperar; com o tempo, à medida que a gente vai qualificando o projeto e qualificando o SUS eles vão se aproximando até que a gente chega no modelo ideal que desejamos, mas isso é um trabalho de alguns anos, mas o operacional desse PPP está passando por muita dificuldade e isso não é só aqui. Eu trabalhei com os outros cursos de medicina do país que tem esse mesmo tipo de proposta e a dificuldade é a mesma, porque na verdade nós temos um SUS na teoria e um outro na prática; o que o PPP prevê é o SUS da teoria, então nós estamos vivendo esse momento de tensão entre um sistema de saúde que tem uma série de problemas e um PPP que prevê o sistema de saúde sem esses problemas, mas a função desse projeto é exatamente ajudar a solucionar esses problemas no sistema de saúde. De uma certa maneira o PPP deixou de ser cumprido exatamente como o previsto, a meu ver prejudicou o PPP do curso, mas de certa maneira, em alguns momentos, vem qualificando o SUS, então eu creio que vai haver um momento que essas duas coisas vão se encontrar lá na frente num nível bastante interessante de qualificação, tanto da formação quanto do sistema de saúde. No momento social que vivemos no país nós não temos outra alternativa a não ser partir para esse enfrentamento, mas que ele dificulta a operacionalização ideal do projeto, ele dificulta, inclusive prejudica o funcionamento desse PPP.

Existem reuniões para construir, reformular, avaliar e implementar o PPP?

Isso sempre foi pensado e sempre foi praticado, em função das contingências, das dificuldades operacionais, uma série de questões de gestão do curso, especialmente do ponto de vista pedagógico, foram deixadas em segundo plano pela necessidade de implantação institucional; vamos supor o seguinte: eu precisava reunir um grupo de docentes aqui pra fazer planejamento pedagógico, avaliações, etc., mas no momento em que precisava estar disponível para isso, eu precisava estar lá na cidade fazendo mágica para conseguir um posto de saúde para conseguir um hospital, porque senão não adiantava eu pensar esse projeto porque não tinha nem onde eu colocar esse projeto, então a gente ainda faz isso, faz essas avaliações, esses encontros, mas com uma frequência, uma intensidade muito menor do que foi no começo da implantação, em função dessas contingências operacionais que criaram uma série de obstruções e nós tivemos que desviar um pouco do foco pedagógico, para o foco operacional de aplicação do curso. É como se eu tivesse pensado um curso que não tivesse sala de aula, não tem nada, vamos ficar lá no meio do mato para poder assistir aula e aí num determinado momento eu tenho que parar de dar aula para poder fazer prédio, senão não tem condição de eu continuar dando aula naquele espaço, então aconteceu mais ou menos isso durante a implantação do nosso curso, vencemos muitas dessas etapas institucionais e agora, hoje nós estamos em condição de retomar isso, mas sempre houve e há no planejamento essas propostas, essas reuniões, isso se reduziu muito, mas ainda há e de uma maneira frágil, menos funcional do que acontecia no começo, em função dessas dificuldades contingenciais. Digo muito que esse nosso curso de medicina passou por três fases, em uma primeira fase a gente tinha um curso de medicina idealizado, no campo das idéias e esse curso começou a ser implantado, essas idéias começaram a ser colocadas em prática, demandavam uma infra-estrutura operacional UBS, hospital e outras coisas, então como isso não aconteceu, os dois primeiros anos do curso ele

ficou no plano das idéias, era uma idéia nova que estava sendo germinada e a semente não encontrou a terra fértil. A gestão da época saiu, em função dessas dificuldades operacionais e entrou uma nova gestão no curso, o que essa nova gestão fez, ela procurou então arar a terra, fazendo uma metáfora, ou seja, tinha uma idéia para ser implantada, mas não tinha como implantar essa idéia. Quem entrou na gestão no segundo momento, fez todos os movimentos necessários para que fosse possível ter essa condição operacional mínima para que esse projeto fosse implantado. Nesse momento a atenção da coordenação do curso desviou-se para a implantação da infra-estrutura e operacional e fugiu um pouco da vigilância pedagógica do curso. Nesse segundo período toda a infra estrutura foi construída de uma maneira informal, porque não havia prazo para fazer as coisas legalizadas e formalizadas de acordo com o ritmo do serviço público. Formou-se a primeira turma nesse período, o PPP ficou um pouco sacrificado naquele momento, mas garantiu que o curso existisse, era um curso virtual que foi transformado num curso real, mas um curso real sem uma infra- estrutura sólida que o permitisse ter um bom campo operacional, ou seja, era um curso real, mas sustentado em uma série de colunas frágeis, que eram os acordos informais que foram feitos com uma série de hospitais, de setores, para receber estudantes. No terceiro momento da gestão foi feita toda a institucionalização, formalização e legalização de tudo aquilo que estava informal. Tínhamos um curso virtual e esse curso se tornou real em cima de uma estrutura muito frágil e em um terceiro momento essa estrutura foi consolidada. Então hoje nós temos consolidada uma infra-estrutura operacional para o curso, agora está na hora de retomar o PPP e corrigir os problemas que ele teve que enfrentar e os sacrifícios que ele teve que se submeter ao longo desse momento que foi necessário desviar a atenção do PPP para a implantação da infra-estrutura. Isso gerou uma expectativa muito grande de que a gente tinha uma perspectiva de conseguir alcançar o objetivo que a gente tem relação ao curso, em relação ao sistema de saúde, mas é um processo de implantação de construção, qualquer um de nós que está aqui hoje, tem que ter maturidade de entender que toda a implantação de uma coisa nova, especialmente alternativa igual a esse modelo não se faz pacificamente.

Quais os maiores desafios em estar à frente da coordenação deste curso?

Falta quantitativamente e qualitativamente UBS para receber o curso de medicina, isso depende de uma negociação muito grande, um investimento muito grande da prefeitura e outras coisas, essa é uma dificuldade que a gente enfrenta com a atenção básica. Outra dificuldade que a gente enfrenta com atenção básica são as equipes, as equipes de atenção básica no país ainda não têm uma qualificação suficiente para fazer aquela atenção básica que a gente espera e que pretende para o país. Aí na hora que eu coloco o estudante lá dentro, não tem sala, o profissional em dificuldade no trabalho com o estudante, tem uma série de dificuldades interacionais nesse sentido e de qualificação da própria atenção básica. Em alguns momentos a relação trabalhista entre prefeituras e profissionais da atenção básica, cria obstáculos à inserção do estudante; a própria universidade, chega lá com estudante e o professor e quase não tem contrapartida para oferecer, isso também é ruim para o município, que também questiona “tem problema de infra-estrutura, de qualificação, e a universidade?” Uma crítica que eu faço é a seguinte: “o SUS já tem muita dificuldade para dar conta daquilo que é obrigação dele, agora eu atribuí ao SUS mais uma obrigação que é formação de pessoal e não fiz nenhum investimento no SUS pra isso.” A universidade chega lá praticamente sem contrapartida nenhuma, financeiro nem se fala o governo federal nem toca nesse assunto, de um suporte financeiro para a atenção básica receber estudante e outras coisas, então quer dizer, além da equipe que já está sobrecarregada por condições de trabalho precárias, agora ainda tem que receber estudantes e fazer todo um trabalho pedagógico com esses estudantes, quem vai dar esse suporte? Tanto para as equipes, para a instituição, isso não foi pensado em momento algum no modelo, isso precisa ser revisto, porque fica muito difícil, especialmente em relação à atenção básica. As outras dificuldades gerais são em relação ainda também em

relação à estrutura, por exemplo: a política do governo é montar curso de medicina sem hospital, mas realmente não dá para formar médicos sem hospital, a atenção básica é estratégica, é fundamental, é a coluna dorsal do sistema de saúde, mas isso não significa que o hospital deva ser negligenciado, até porque ele apóia a atenção básica em alguns momentos. A falta desse tipo de infra-estrutura, o número reduzido de docentes, outra coisa que dificulta muito, a grande maioria dos docentes que a gente consegue contratar é de formação tradicional, não tem uma formação voltada para esse tipo de projeto, para esse modelo pedagógico, nem mesmo para esse tipo de SUS que a gente quer, porque todos nós fomos formados no modelo tradicional, então na hora que o docente entra aqui, ele sofre e ele determina sofrimento pro curso também. Há um conflito muito grande interno de idéias, isso gera uma série de sofrimentos dentro da equipe de docentes, a relação dos docentes com os profissionais da rede de saúde em alguns momentos também sofre conflito, às vezes o docente tem uma visão especializada demais e na atenção básica é importante ter uma visão mais generalista. Temos dificuldades de conseguir generalista no serviço, na academia então, pode esquecer, na academia a tendência é ultra especializar, o que é outro problema na relação com a atenção básica, e alguns outros conflitos de ordem menor, mas que eventualmente podem crescer; a própria política salarial, o médico que está na AB que vai ser supervisionado pelo docente, que vai ter que trabalhar segundo as diretrizes pedagógicas e quem vai ter que organizar isso é o docente, quem vai ter que se responsabilizar é o docente e ele ganha no mínimo o dobro do salário do docente aqui dentro, com uma formação acadêmica inclusive, menor, não que ele seja menos qualificado, não é o que eu quero dizer, mas ele teve menos oportunidade talvez de ter um investimento tão grande numa carreira profissional, e aí isso, às vezes, vira motivo de problema aqui dentro e gera algumas dificuldades de gestão e tal. Tem vários problemas menores, mas o maior deles com certeza é a infra-estrutura, as intenções e os objetivos das gestões públicas no SUS, são muito diferentes na maioria das vezes das intenções e objetivos do PPP do curso. É raro encontrar um gestor que não faça uma gestão econômica ou eleitoral, nós estamos propondo uma gestão social, técnica, fundamentada em evidência científica e isso entra em conflito com o interesse dos gestores, então nós passamos por isso aqui na cidade por várias vezes, coisas que precisavam ser feitas para melhorar o sistema de saúde tiveram que passar pelo crivo de quanto isso rende voto ou não para ver se a gente vai ou não vai fazer, muitas vezes a decisão técnica se subordinou à decisão política, à interesses outros que não os interesses da sociedade do projeto do curso. Isso é da nossa cultura política de um país ainda atrasado nesse aspecto, isso é um conflito muito grande que enfrentamos, podemos fazer todos os acordos inclusive formais com a prefeitura, amanhã muda o prefeito, os acordos assinados não têm valor, porque sabemos que quem está em executivo público hoje cumpre a lei se quiser, ainda que tenhamos contrato assinado, não é garantia de que um outro prefeito na hora que entrar, vai manter isso, vai sustentar isso e a gente vem enfrentando isso, inclusive recentemente com mudança de prefeitura. Tínhamos uma linha que enfrentava uma série de dificuldades, aí uma visão muito minha, tanto o governo federal quanto o governo mais hegemônico hoje fez uma opção conservadora popular e aí não faz uma mudança estrutural como precisa ser feita, dá uma maquiada nas coisas, as coisas ficam mais ou menos aparentemente bem, mas as grandes mudanças estruturais não acontecem e isso deixa vulnerável a intervenção de setores ainda mais conservadores. Tínhamos pelo menos uma conversa aberta com a prefeitura aqui, apesar que a prefeitura não encaminhava na medida necessária uma série de questões, encaminhava outras, porque havia um jogo político muito forte em cima das decisões, mas a hora que entra outro prefeito que se posiciona como oposição política, faz uma ruptura que leva o curso a beira da falência, por muito pouca coisa o curso não sucumbiu com a mudança de gestão da prefeitura, com contratos assinados e aprovados em câmara municipal inclusive. Há que se ter uma normatização que venha do governo federal, uma lei federal que determine qual vai ser a

relação com os municípios e as instituições formadoras de pessoas, porque isso deixa o PPP numa situação muito vulnerável.

Coordenador do Curso- Estadual

Formação acadêmica:Médico, formado na USP RP, fiz uma complementação 2 anos de ciências biológicas modalidade médica.

Ano de experiência no campo profissional:cerca de 20 anos.

Anos a frente da coordenação do curso:2 anos, mas já era da comissão de coordenação, já faço parte há 5 anos, fui 2 anos vice-coordenador e estou há um ano como coordenador.

“Idade” do projeto pedagógico:

Esse PPP teve pequenas modificações feitas agora em 2014, é revisado com frequência, cada ano a gente faz uma revisão, inclusive foram feitas revisões e adaptações a ele. Esse que está agora no site foi renovado nesse período, porque teve agora a renovação do reconhecimento do curso pelo MEC, mas o anterior era de 2007, que foram feitas as mudanças maiores, foi todo discutido e trabalhado em 2005 e 2006, foi finalizado e lançado no site em 2007.

Explique o que mudou na organização do PPP a partir das DCN.

As DCN enfocaram muito a formação global, geral do médico e isso já existia no nosso PPP, focou muito a questão da AP, então isso foi mais valorizado no PPP. Já existia uma inserção muito grande na AP desde o primeiro PPP, já existia um estágio na atenção primária que se chamava “estágio rural”, era um estágio de medicina comunitária do sexto ano, onde os estudantes ficavam por um mês numa comunidade, que ainda é a mesma comunidade, que os estudantes ficam morando dentro do posto e fazem atendimento aquela população, sob supervisão de docentes, de médicos que moram naquela comunidade, então não é de agora que tem essa inserção. Com as alterações da estrutura curricular, das mudanças no curso que ocorreram em 91 depois que foram rediscutidas em 97 e 98 que culminaram nos 6 anos em 2007 com essa nova discussão de toda a estrutura do curso, inclusive do PPP, houve uma inserção maior no SUS, porque as DCN determinavam mais essa inserção, que foi mais ou menos a época que foi criado o SUS. A parte de emergências foi totalmente reestruturada, inclusive agora nessa última reestruturação, um eixo que chamamos de “eixo de emergências”que começa desde o primeiro ano, foi contemplado porque tem sido de extrema importância dentro das próprias diretrizes, a formação em urgência, emergência, a formação do médico generalista e a atuação no nível de AP e secundária, então esses níveis foram mais consolidados. Esse estágio rural é um estágio de nível primário, então com essa mudança a inserção dos médicos de saúde da família e os núcleos de saúde da família, então a faculdade trabalhou em cima de inserir os estudantes nos núcleos de saúde da família, então são cinco núcleos de saúde da família onde os estudantes estão inseridos. No nível secundário, eles têm um estágio que se chama “estágio integrado” que acontece no CSE. Com o passar dos anos, a faculdade foi investindo cada vez mais em cenários para a atenção básica e secundária, e na atenção secundária veio o hospital estadual que é de nível secundário e o Hospital de Américo Brasiliense, onde os estudantes foram inseridos. A multidisciplinaridade que foi em 2007, 2008 com início da inserção de novos cursos da área da saúde na faculdade de medicina, que são os cursos de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, nutrição, informática biomédica, esses cursos trouxeram a questão do trabalho multidisciplinar, então os alunos dentro da faculdade de medicina já podem ter uma visão mais multiprofissional do trabalho na saúde, isso também estava nas DCN. Esses alunos foram inseridos na AP, nas unidades secundárias, no centro de reabilitação e no centro de reabilitação terciário.

Na sua opinião, qual a importância da atenção primária para a formação do médico?Mediante sua resposta como você operacionaliza/organiza a proposta de inserir a atenção primária na formação a partir dessa importância?

É importante. Se eu for falar só do internato que são dois anos quinto e sexto ano, a gente uma inserção aproximada de 45% à 50%, eu não me arriscaria a dizer que ela está maior ainda hoje, porque no último ano houve uma dificuldade de convênio com a prefeitura, por conta da inserção no pronto atendimento que era no nível secundário e a gente não conseguiu apoio

adequado da prefeitura, ela devia ter interesse nisso, mas aí entra todos os interesses da política nessa questão, mas a faculdade não conseguiu manter por si só da forma como a prefeitura queria, então a faculdade tava mantendo profissionais de enfermagem, alguns médicos e não havia contrapartida da prefeitura. Os médicos das UBS que eram contratados pela prefeitura, não gostavam que o aluno estivesse presente lá, então não davam a atenção devida para o aluno, então não foi muito adequado para a formação do nosso estudante. Com isso perdemos temporariamente, pois a direção da faculdade já buscou outros cenários para serem incluídos, então nesses dois últimos anos aí, no primeiro ano houve enfraquecimento do pronto atendimento e agora no último ano o cenário mudou para o cenário terciário e não para o secundário, o aluno fica um pouco prejudicado, porque era 60 % de inserção nas diferentes áreas, então tinha medicina comunitária, que é um mês que os estudantes ficam na unidade primária, tinham as inserções no estágio integrado, na ginecologia, então tinha inserções nos níveis mais primários. O PA tem o atendimento mais secundário, mas é a primeira porta de urgência e emergência, então o curso de urgência e emergência ficou um pouco prejudicado no sexto ano nesse sentido. Se pensarmos no curso como um todo, por exemplo, o curso de urgência e emergência vem focando desde o primeiro ano como um eixo e vem crescendo em complexidade, tanto que a complexidade do quinto ano, que no internato é uma complexidade menor no pronto atendimento, no sexto ano na unidade terciária que é a de emergência. Desde o primeiro ano os estudantes têm uma inserção nas unidades básicas, no corpo de bombeiros para verificar o atendimento de suporte à vida básico inicial, têm estágios que dão plantão no corpo de bombeiros já no primeiro ano, assim progressivamente. Assim como acontece em outros eixos, o eixo de “atenção à comunidade” é feito completamente nas unidades básicas, vão até o quarto ano, depois no quinto ano é “estágio integrado” e no sexto ano “medicina comunitária” que é o “estágio rural” totalmente na unidade básica, ainda algumas disciplinas que tem uma interface como otorrino e a oftalmologia, necessitam sair um pouco mais para a atenção básica, porque existem uma série de patologias que estão ali naquela área, os problemas das otites, das renites, das sinusites, estão mais neste nível de atenção. Estamos fazendo um esforço para estar saindo da parte terciária, mas a dificuldade que a gente tem é que a estrutura municipal não é adequada, por exemplo a parte de oftalmo é toda centralizada no hospital das clínicas, chegam pacientes aqui que são de menor complexidade. No município existe uma certa dificuldade de organização quanto a isso, na oftalmologia é pior que na otorrinolaringologia, mas também acontece. A gente ainda recebe muitas patologias aqui de nível primário e secundário, agora com o apoio da faculdade temos saído para o nível secundário no Centro de Saúde Escola, está se montando uma estrutura da oftalmo, a otorrino já conseguiu, assim a gente vai saindo e levando isso para a graduação, vamos levando os alunos para lá para eles terem mais contato com esse tipo de problema. Quando pacientes de menor complexidade acabam chegando no hospital, por dificuldades da rede e da regulação, a regulação não é como a gente entende que deva ser, então acabam chegando esses pacientes e os alunos têm a oportunidade de ver esses pacientes mesmo quando estão nos estágios aqui, isso já tem deshospitalizado, por assim dizer, os estudantes, muito. No curso como um todo, estamos nessa faixa mesmo de 45% até 60%, resolvendo alguns pontos individuais, eles chegam a ter essa inserção. Antes era em torno de 10%, então aumentou demais, realmente a gente procura acompanhar as determinações, as DCN, o sistema de saúde, fazer com que o sistema funcione, porque no papel ele funciona muito bem, todos têm que colaborar para ele funcionar, então temos tentado trabalhar nesse sentido, em todos os níveis, não só na assistência, mas no ensino também.

Existem reuniões para construir, reformular, avaliar e implementar o PPP?

Tem uma reunião todo o mês, fora as reuniões extraordinárias da comissão coordenadora do curso, além disso todo mês também tem a reunião de comissão de graduação. Cada curso da

faculdade tem uma comissão coordenadora, a comissão de graduação coordena todos os cursos. São discutidas todas as questões da graduação, inclusive as reformulações do PPP, mas como essas reformulações envolvem também as disciplinas a gente traz os coordenadores, então existem aí, criados pela comissão coordenadora do curso o que chamamos de GTS que são os “Grupos de trabalhos dos semestres”, reúnem os coordenadores de cada semestre, desde o primeiro até o sexto ano, quinto e sexto é anual, então os coordenadores dos estágios e representantes dos alunos, então cada grupo tem 2 representantes dos alunos. Essa comissão prepara toda a documentação final, aprova, sugerem modificações, isso vai para a comissão de graduação, onde tem 4 alunos representando os diferentes cursos, os professores que são membros de uma comissão de graduação, é uma comissão maior e aí é que é deliberado, votado e aprovado o PPP. Assim que aprovado é submetido à estância maior da Faculdade que é a congregação, que decide se vai aprovar ou não. A revisão do PPP é feita anualmente, a universidade cobra das unidades a revisão da estrutura curricular, estamos nesse processo e ano passado esse processo envolveu a quebra de pré requisitos para uma maior flexibilização do currículo, existiam alguns pré requisitos que engessavam um pouco, conseguimos flexibilizar os dois anos básicos, para ir para o terceiro ano que são as disciplinas clínicas ele precisa ter cumprido a maior parte das disciplinas do básico que são essenciais, o currículo é básico clínico e internato e vai entremeadado aos eixos, que são eixos integrativos.

Quais os maiores desafios em estar à frente da coordenação deste curso?

A programação é bastante definida, existe uma dificuldade de trabalhar dentro dos prazos, por exemplo: entrega de roteiros, a gente determina um determinado prazo para os professores entregarem, mas não são todos que entregam nesses 30 dias, aí a gente não consegue andar com os outros porque não entregaram e isso atrasa todo processo, claro que temos um prazo final, a gente programa muito antes essa questão. Muitas vezes a gente tem que fazer uma busca ativa, quando ta próximo desses prazos, tem um desgaste muito grande de ter que ligar, bater na porta do professor, falar pessoalmente. Vencer esses prazos é a maior dificuldade. Outra dificuldade é lançar notas, principalmente nos estágios de medicina, pois a carga horária do curso é muito maior do que o preconizado para os cursos de medicina, chega à 11.000 horas, então uma grande dificuldade é que muitos estágios vão agora até a segunda quinzena de dezembro e aí os professores tem um prazo curto para corrigir e entregar todo o material da última turma e na semana seguinte já tem recuperação, isso pode atrasar um pouco o lançamento de notas, pode repercutir nas férias dos estudantes, pois dependendo da etapa tem estudantes que tem 3 semanas de férias, o aluno escolhe ter férias, ou fazer o estágio no Brasil ou no exterior e também podem fazer o estágio ao longo do ano.

Coordenador do Curso- Privada

Formação acadêmica: Fisioterapeuta, mestre em ciências fisiológicas, Médico cardiologista,

Ano de experiência no campo profissional: 8 anos

Anos a frente da coordenação do curso: 2 anos e meio

“Idade” do projeto pedagógico: um ano e meio, foi totalmente revisado

Explique o que mudou na organização do PPP a partir das DCNs.

Nós aprimoramos a atenção básica, que já era bem estruturada no nosso entender, mas achávamos que precisávamos melhorar a capilarização dele. Organizamos o eixo que existe desde a parte inicial do curso até a parte final, nosso aluno participa de atenção primária desde o início do curso até o final dele que é a Saúde Coletiva, então nós formatamos melhor e reforçamos a equipe de docentes que levam os alunos e desenvolvem a área de AP. Uma das atitudes que achamos interessante foi reforçar o grupo de docentes com médicos, os médicos responsáveis pelo atendimento na USF. Outra medida foi construir um PPP, onde existem propostas que estamos instituindo aos poucos que é um incentivo maior às metodologias ativas de ensino, elas estão sendo introduzidas de uma maneira progressiva, procurando fugir do método tradicional para um método mais inovador, nós temos um projeto que em dois, três anos nosso curso funcione com base na metodologia ativa, não é um modelo PBL que almejamos, não tem cultura para isso. Buscamos um sistema modular em que os tópicos, temas ou disciplinas se integram bastante, então instituímos nestas etapas os seminários integradores, então ao final de bimestre, em cada termo é feito um seminário integrador, sempre trabalhamos com caso clínico, aí unimos todas as disciplinas daquele termo, nós estamos conseguindo e vamos conseguir a médio prazo bons resultados no ensino dos alunos com essa metodologia.

Vamos desenvolver o laboratório de habilidades, para desenvolvê-las e adquirir competências, o laboratório foi desenvolvido há dois anos, deixando a modéstia de lado, é um laboratório muito bem estruturado e agora no começo do ano vamos propor o hospital singular, vamos intensificar isso e consta no PPP a participação das habilidades. As avaliações... estamos progressivamente mudando e introduzindo testes de laboratório e novas formas de avaliação, essas são as maiores mudanças que constam no PPP e que entendemos que contemplam as DCN.

Na sua opinião, qual a importância da atenção primária para a formação do médico?

No aspecto de aprendizagem, nós entendemos que seja um cenário muito propício para a iniciação do ensino médico, as próprias DCN orientam que eles sejam inseridos precocemente na vida médica e nós entendemos que a AP é um local propício para isso, pela complexidade das doenças e tudo mais. Outro aspecto que achamos interessante é que a essência da medicina e o que se prega hoje, promoção, prevenção, a parte humanitária, humanística é melhor desenvolvida e deve ser desenvolvida na AP. Tudo começa na AP, pelo perfil das patologias, das inter-relações do multiprofissionalismo, tudo que a gente quer incutir no aluno para que ele esteja completo ao final do curso, atenção à saúde, ética e tudo mais, o ambiente de AP é fundamental. Nossa responsabilidade de oferecer à comunidade um médico formado com condição básica de assistência primária de boa a excelente. Essa é a responsabilidade da universidade, oferecer ao mercado de trabalho um profissional gabaritado para satisfazer as necessidades do país.

Mediante sua resposta como você operacionaliza/organiza a proposta de inserir a atenção primária na formação a partir dessa importância?

O nosso aluno está na atenção básica desde o primeiro ano, até o quinto ano de internato, nós fechamos isso no internato de saúde coletiva, mas no sexto ano temos por exemplo na G.O temos atividades na UBS, na clínica médica, então ele continua exercendo seu treinamento em serviço dentro da AP. Nós zelamos muito para que esse eixo seja mantido, pois vai do primeiro ao sexto ano, aí é dividido de uma forma progressiva de nível de complexidade

dentro da própria AP. No primeiro ano o enfoque é mais para o indivíduo, temos uma disciplina que se chama “aproximação à prática médica”(PAP I, II, III, IV e VI) vai até o 3º ano; no terceiro ano começamos com saúde coletiva, sempre trabalhando no eixo da AP. O PAP I trabalha com o indivíduo; o PAP II aborda a família; PAP III a comunidade; PAP IV dá uma quebrada, coisa que precisamos aperfeiçoar, mas aborda bastante comunidade também e o PAP VI bastante gestão, e quando ele está no PAP VI, quinto termo que é o nosso terceiro ano ele já está paralelamente estudando saúde coletiva (epidemiologia, vacinação, doenças crônicas, DSTs, saúde do idoso, saúde do trabalhador, programas do governo) todos os alunos inseridos na prática de abrangência municipal grande, estamos presentes em todas as USF, então é bem forte nossa presença na comunidade. No 4º ano temos disciplina chamada “Programa de atenção integral ao SUS”, a idéia é que todo o início do 4º ano seja voltado às doenças mais prevalentes na AP, o 4º ano é um ano pesado, fala de doenças mais complexas, então pensamos em trazer a metade desse ano para a realidade da AP, exemplo: o que um médico se defronta na AP, trabalhar com diabetes, hipertensão, então esse é um eixo forte voltado para a AP. Temos um módulo só para a materno infantil, com enfoque grande da AP; temos um outro em que os alunos vivenciam no mesmo estágio as atenção primária, secundária e terciária. Isso tudo antes de ir para o internato vão para um hospital de baixa e média complexidade, passam pelas unidades básicas de saúde, trabalham de uma maneira geral, trabalham também no terciário, recebendo os pacientes, aprendem procedimentos básicos e são muito cobrados em relação à referência e contra referência, são treinados para isso. Depois de fazerem todo esse trabalho, nós entendemos que estão prontos para passar para o internato. Aí fazem o internato em Saúde Pública, ele que atende, nós primamos por um modelo em que não se perca a continuidade da formação e que no fim da formação ele esteja realmente focado na AP, para almejar nosso objetivo final.

Existem reuniões para construir, reformular, avaliar e implementar o PPP?

Sim, nós nos últimos dois anos trabalhamos intensamente para renovar o PPP, foi construído por inúmeras reuniões com o núcleo docente estruturante, reuniões intensas mensais por 6 meses, depois do PPC revisado as reuniões passaram a ser bimestrais, as idéias mestres surgiram do NDE, participou diretamente da construção do PPC, as idéias eram passadas para os departamentos, aí o departamento de medicina preventiva e social foi muito ativo para tentar auxiliar na montagem do PPC. Agora que o PPC está vigorando, com projeto de crescimento, cabe mais aos departamentos executar o proposto no PPC. O departamento de medicina preventiva e social se reúnem periodicamente, fazem um balanço de todas as atividades, o que deve mudar, ajustar, é muito dinâmico. Conseguimos montar uma equipe boa, que está sempre analisando, revendo, refletindo.

Quais os maiores desafios em estar à frente da coordenação deste curso?

São vários, um grande é mobilizar as pessoas para abraçar os ideais e sonhos que você tem para sua faculdade. Estar preparado para isso é difícil, temos dificuldade para encontrar profissionais, formar profissionais, estamos com um projeto de mestrado em saúde para formar aqui dentro. Nós não podemos nos queixar da relação com a prefeitura, pois temos uma relação muito boa, estamos fazendo um trabalho tão bom que mesmo se a gestão da prefeitura mudar, vai ser difícil cortar relações, pois estamos publicando divulgando nosso trabalho. A minha intenção é melhorar o curso, então na AP, achamos que já era boa, mas precisava ser revisado, exame médico e internato; agora achamos que estamos bem com a AP, temos um time bom, então nossa meta é mexer no internato, é um grande desafio, pois os profissionais que trabalham enxergam a docência de forma diferente, o mercado de trabalho é outro, então encontro desafios resistências, pretendo ampliar o cenário de internato e capacitar os médicos, pois não adianta querer tirar o médico do consultório e transformá-lo em professor, é preciso capacitá-lo, isso é um desafio. Melhorar a forma de avaliação, mais prática até dentro do laboratório de habilidades.

Coordenadores das Disciplinas**Coordenadoras de Disciplina- Estadual****Qual a formação acadêmica de vocês e anos de experiência.**

1-Eu sou médica, fiz residência em anestesiologia, trabalhei dois anos e pouco como anesthesiologista, era contratada do HC e também do mercado de trabalho normal. Depois eu larguei a anestesiologia e fiz residência em medicina preventiva e social, e desde então atuo na área da saúde pública e saúde coletiva. Há 5 anos sou docente aqui do departamento, na área...principalmente na área de planejamento e gestão em saúde, focando a gestão pública em saúde e como essa área é uma área transversal, no meu entendimento, atuo mais recentemente à gestão focada na atenção básica.

2-Sou formada na faculdade de medicina de Ribeirão Preto, fiz residência em medicina preventiva e depois fui contratada como docente em 1988. Sempre atuei na área de ensino médico voltada para a atenção básica, para o sistema de saúde, trabalhei com o diretor na residência, junto ao centro de saúde escola de Ribeirão Preto, onde fui diretora e também articulava as atividades de ensino em residência neste centro de saúde escola. Então eu já venho nessa área de atenção básica há muito tempo, depois em 1993 o currículo da faculdade de medicina de ribeirão preto passou por uma reformulação bastante profunda e introduziu uma disciplina no quinto ano. O quinto ano se transformou no internato médico e aí a faculdade introduziu nessa turma que entrou em 93, uma disciplina que o aluno estagiava 8 semanas em atividades ligadas a parte da atenção básica que tinha no centro de saúde escola, a gente chamou essa disciplina de estágio integrado em centro de saúde e ela foi o embrião da residência da medicina de família. Nós cancelamos a residência de medicina preventiva e montamos a residência de medicina de família e comunidade. Esse estágio integrado ainda são 8 semanas no quinto ano e o aluno faz atividades na área da saúde da família. Então ficou um descompasso dentro do currículo em relação às outras atividades do aluno, pois ele não tinha atividade na atenção primária nos primeiros anos, aí em 2008 a escola fez outra reformulação para atender às DCN organizou um eixo chamado “atenção à saúde da comunidade”, onde o aluno estaria do primeiro ao quarto ano na atenção básica, mas não conseguimos inserir o terceiro e quarto ano, mas no quinto e sexto ano ele trabalha na saúde da família também.

Anos a frente da coordenação da disciplina:

- 1- Há 2 anos
- 2- Eu sou do grupo que criou a disciplina e estou na coordenação há 6 anos, porque a primeira turma está se formando esse ano.

Explique a mudança da disciplina a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais no PPP do curso?

- 1- Eu penso que elas contribuíram muito, porque se você tomar nas DCN o ensino na atenção básica, está previsto lá como importante para a formação médica e o próprio perfil que ela dá para a formação médica, encaixa perfeitamente ao que a disciplina se propõe, acho que ela (DCN) tem um papel fundamental. A disciplina é consoante às DCN, a gente não ta fazendo algo sem relação com as DCN, vide o perfil que ela define para a formação do médico.
- 2- Além dela (a disciplina) estar orientada para a formação médica, não trabalhamos com o aluno de outras unidades, embora ele esteja no campo e haja uma articulação entre os estudantes de medicina e os estudantes que estão no campo, esta disciplina é na atenção básica, mas ela é para a formação médica. O que desenvolvemos no primeiro ano em relação às DCN é discutir com o aluno, os componentes que o médico deve saber dentro da atenção básica, mostrando a especificidade desses componentes.

O aluno tem uma participação e um entendimento sobre o SUS, mas é na AP e SF, depois também desenvolve e se aproxima de algumas das ferramentas e das características da saúde da família. São práticas em relação a territorialização, em relação aos equipamentos sociais, então ele entende a importância da intersetorialidade, entende que na AP é muito importante que o trabalho seja em equipe multiprofissional, que o médico vai participar dessa equipe.

Além das DCN, vocês consideram algum outro incentivo para ter pensado na nesta formação?

- 1- A própria política nacional de atenção básica, a política nacional de saúde pública, também são consideradas. Nós somos especialistas na área de gestão e planejamento e esse compromisso com a política pública sempre foi muito presente na nossa trajetória. Nós trazemos isso para a disciplina também, esse compromisso de formar médicos que conheçam a necessidade de saúde do Brasil, não necessariamente que vão trabalhar só no SUS, mas essencialmente esse compromisso. É o que temos discutido, formar médicos que conheçam a necessidade de saúde da população brasileira.
- 2- O que nos surpreende no perfil desses alunos, do ponto de vista do contato com o SUS, é que quase 100% da turma não conhecem o SUS. Eles vêm de um seguimento que não teve contato com o SUS e nossas unidades estão organizadas para cobrir a área básica do CSE, que é uma área que tem pelo menos uns 22.000 habitantes. As unidades estão desenhadas e funcionam dentro da orientação da política nacional de atenção básica, então, número de pessoas que têm na área, número de residências, cadastramento, prontuário de família, prontuário individual, como a equipe multiprofissional trabalha, é tudo seguindo a orientação do MS. O que às vezes não é o que acontece no Município, então, quando eles passam com a gente, desde o primeiro ano até o sexto ano, sempre combinamos com eles: “Vocês estão no modelo que o MS quer implantar no Brasil como um todo, então aproveitem, porque aqui vocês vão poder fazer todas as atividades que vocês fariam como médico de família, como uma equipe multiprofissional trabalha, não tem nada artificial, é tudo dentro daquilo que é orientação do MS”. Para que eles realmente vivenciem e talvez essa seja a única experiência deles na saúde da família, porque depois a maioria vai para a especialidade, mas a gente quer que eles conheçam para eles saberem como funciona e possam recomendar mais tarde para seus pacientes, e que saibam como a AP funciona e como ela deve ser o centro ordenador do sistema.

Na sua opinião, qual a importância da atenção primária para a formação do médico? Como você articula isto na sua disciplina para que isso aconteça?

1-A base é primeiro o conceito de atenção primária que a gente adotou na disciplina, em cima do conceito, o que esse conceito tem a ver com a formação médica, o que norteia a gente é o conceito de atenção primária que a gente coloca como a orientação teórica, fundamento da disciplina. Em cima disso, como se organizam as práticas na AP e como se organizam as práticas médicas, tendo em vista o conceito de atenção primária que a gente entende. Eu vejo essa articulação e às vezes a gente recebe crítica por conta disso, porque a gente não tá falando de uma atenção primária que vai cuidar só das doenças mais prevalentes, a gente tá falando de uma atenção primária que tem outras competências para o médico desenvolver, outras habilidades, desde o primeiro ano, às vezes a gente recebe críticas assim “territorialização não é coisa de médico, visita domiciliar não é coisa de médico”, nós não acreditamos nisso, acreditamos que o médico tem que ter essa formação mais integral, mais abrangente, vivenciar a equipe multidisciplinar, conhecer o território para desenvolver um projeto terapêutico mais

real junto com a equipe, que a intersetorialidade é importante para o médico, porque ele vai conhecer os recursos da comunidade e usar isso no projeto terapêutico, que a VD é papel do médico também. Para mim isso é muito claro do ponto de vista assim: “o conceito de AP que eu tenho é esse, a partir disso quais são as práticas médicas que se alinham a esse conceito, embora eu tenha consciência de que essa voz não é uníssona dentro da escola, mas dentro da disciplina estamos buscando construir isso.

2-Ficamos 3 anos discutindo a disciplina, então tinha um grupo que já tinha trabalhado com o estágio integrado, mas tinham outras pessoas, e era um grupo de docentes multiprofissional, porque nós também entendemos que isso tinha que vir da escola com um apoio e aportes de conhecimento das outras áreas clínicas, não só do grupo do departamento de medicina social, então desde o estágio integrado a gente tem um trabalho com docentes de todos os departamentos clínicos e aí a gente modula um pouco a questão da disciplina para que todos os docentes das outras áreas e nós, nos sintamos assim com competência, porque o modelo da disciplina é um modelo tutorial, mas não é um modelo tutorial puro, é um modelo assim: o tutor acompanha um grupo de 10 alunos o ano todo e aí articulamos esse trabalho, todos temos que dar conta dele, de orientar os alunos nas atividades de territorialização, na atividade de visita, fazer a articulação que o aluno tem o material para estudar e aí ele vai para a prática no território na unidade em que está vinculado com o acompanhamento do docente, e o docente faz uma síntese ao final da atividade com os alunos, também têm um material a ser respondido sobre cada uma das atividades. No começo, decidimos que iríamos fazer mais atividades práticas do que atividades teóricas, então isso é um forte na disciplina, nós também temos que articular porque ele é um aluno de primeiro ano de medicina, então não dá p ele fazer tudo, porque no primeiro ano ele ainda não tem uma formação para gente adiantar, por exemplo: atendimento de paciente, como ele não vai fazer atendimento de paciente, ele pode observar, mas essa não é uma prática que a gente coloca. Sempre que ele vai fazer uma prática ele tem q ser atuante, então sempre articulamos, atividade prática que é a maior parte do tempo com a formação teórica e faz essa síntese ao final de cada uma das atividades. Ele se vincula a uma unidade também no primeiro e segundo ano, conhece a equipe, acompanha, mas ele sempre está com o tutor e esse tutor acompanha ele o ano todo. O tutor acompanha o desempenho do aluno durante o ano, ele dá uma nota para o aluno, durante o acompanhamento, esses 10 ele vai conhecendo pelo nome, sempre se repetem, temos já uma planilha onde nós assinalamos e vamos vendo o empenho do aluno nas atividades. Ele tem uma nota nas atividades práticas, que é uma maneira de reconhecer quem se interessa mais, tem uma nota na prova escrita e tem uma nota nas atividades de apresentação. Quando ele desenvolve o trabalho tem alguns momentos que ele precisa apresentar o trabalho do grupo, o grupo inteiro tem que apresentar, então tem que sistematizar. Uma das coisas que nós avaliamos na disciplina é o desenvolvimento da comunicação, então temos alunos no primeiro ano que não conseguem dizer nem o nome deles, quando chega no final, eles vão fazendo apresentação, sabem objetivamente o que é importante naquela apresentação, se comunicam entre eles, se comunicam com a turma, com os docentes. Temos uma planilha para avaliar cada grupo na apresentação, ao final damos uma nota e durante a apresentação, levantamos sugestões, críticas, observações em relação a algum conceito que esteja errado, mesmo eles seguindo com o tutor a apresentação deles é muito espontânea, o tutor acompanha, mas no dia da apresentação o tutor não sabe como eles vão apresentar o assunto, então o tutor também corrige o que estiver errado. É muito rica essa atividade, ao fim do ano, os tutores percebem o quanto os alunos evoluíram durante o ano em relação à comunicação, que é uma parte desenvolvida em termos teóricos que o

médico tem que saber se comunicar bem; tem que se comunicar com o paciente, com a equipe, então estamos sempre os alertando em relação a isso.

Quais os desafios de ser professor/coordenador desta disciplina no contexto atual?

1-O que eu vou falar é pessoal, em relação a mim, uma deficiência que eu tenho, pois não fui formada em relação a aprendizagem ativa e a gente tem se esforçado, estudado voluntariamente, uma das necessidades por fazer essa opção seria capacitação docente em relação a metodologia de ensino ativo, isso daria um diferencial para os docentes, todo mundo se esforça, a gente faz discussões sobre, mas uma formação formal, eu não tive. Isso seria um ganho para a disciplina, porque fizemos essa opção, na tutoria você percebe, nós não vamos lá para dar aula teórica, muito pelo contrário, nós vamos lá para estimular que o aluno tenha o protagonismo, então isso é um desafio. Outra questão é melhorar nosso campo de estágio, nossa estrutura física, isso temos negociado junto com a diretoria também, temos essa orientação não só para a medicina, para enfermagem, acabamos competindo muito com os espaços, porque a rede não está preparada para ser uma rede escola, no ponto de vista até de espaços, então essa é uma outra limitação que a gente vem trabalhando com a escola, outra coisa é deixar claro para escola e para todo mundo que a gente não ta competindo com projetos, não é um em detrimento do outro, a atenção básica é importante, o médico que vai trabalhar tem que conhecer algumas coisas dela, mas a especialidade é importante, o médico tem que ser bem formado na especialidade tem que ser bem formado no hospital. Para mim, de uma forma bem utópica, não sei se é essa a palavra, mas não projetos que se competem, se somam. O médico que tem que trabalhar na atenção primária tem que ser bem formado para trabalhar na atenção primária, com as especificidades da atenção primária, tal qual o médico do secundário e terciário. Acho que essa coerência para formar o médico para trabalhar numa rede, ainda é um desafio, às vezes a gente se pega em discussões, em questões um contra o outro, um é mais que o outro, um projeto é mais importante que o outro, eu não vejo dessa forma, isso ainda é um processo a ser construído a ser consolidado dentro da escola, não vejo como projetos antagônicos.

2-A formação para trabalhar como metodologias ativas, nós não temos, por mais que a gente por iniciativa própria alguns docentes têm se aproximado de PBL, de trabalhar essa metodologia ativa, ainda estamos muito aquém de dominar isso como professores, realmente precisamos de capacitação e parece que a comissão de ensino de graduação e a comissão coordenadora de curso, estão fazendo várias reuniões e tentando organizar essa capacitação docente, não só para a metodologia ativa, mas para docência mesmo. Um desafio para nós desta disciplina é a visibilidade dentro da instituição, então somos uma faculdade de medicina considerada referência para a formação especializada, desenvolver uma área mais básica, uma área ligada a uma política de saúde tem seus aspectos muito valorizados frente aos projetos da direção da escola, dos órgãos políticos e de poder da escola, mas a gente percebe que ainda estamos fracos, nossa visibilidade é muito pequena, a atual direção colocou como prioridade fortalecer esse grupo, tentar estruturar os equipamentos de saúde nessa área. Neste primeiro ano de diretoria já está se mostrando que vai fortalecer essa proposta de formação dentro da escola, mas a gente percebe que somos um grupo pequeno e precisamos de muito apoio para se desenvolver, para realmente construir um modelo, não digo hegemônico, mas um modelo que possa de certa forma impactar junto aos alunos e junto a própria escola. Sentimos que às vezes somos chamados porque interessa, outras vezes a gente não faz parte do interesse naquele momento, então a gente de uma certa forma é descartado. O que nós reconhecemos que poderia ajudar muito nessa orientação do atendimento das DCN, mas não só isso, de realmente fortalecer a formação mais próxima da comunidade é que houvessem algumas estratégias e incentivos para esse grupo que trabalha com essa área, porque nós temos que nos deslocar, as unidades que levamos os alunos são todas distantes do campus, outra coisa, as estruturas, os equipamentos de saúde ainda são improvisados, ainda não temos as unidades

básicas com estrutura física de equipamentos que realmente mostre para o aluno de medicina que esse é um equipamento de saúde bonito como é um hospital de nível terciário, nem para a população e nem para o aluno. Essas unidades de estruturas muito simples, acanhadas, adaptadas, com muitas dificuldades para a formação, pesquisa e principalmente para a assistência, a gente percebe que tem um impacto sobre o interesse do aluno, quer dizer, ele perceber que realmente essa é uma política que o governo está valorizando e que a universidade está valorizando, requer também um aporte orçamentário, de recursos financeiros e também de incentivos dentro da carreira docente. Percebemos que esse é um projeto particular de um grupo de docentes e que agora ta contando com o apoio institucional, porque o apoio institucional sempre foi um apoio muito de discurso e pouco manifestado concretamente, parece que agora vai acontecer, então estamos um pouco cansados, eu principalmente que estou a muito tempo nessa batalha, mas agora eu estou vendo que nós vamos conseguir atingir essas melhorias, mas depende também de nós, porque a direção da escola diz que esse é o projeto e está cobrando que a gente apresente a nossa proposta é de melhoria das estruturas e é também de pedir incentivos a esse grupo para que realmente ele continue, porque o que a gente percebe é que do grupo original de docentes, hoje, nós temos poucos, a maioria já saiu da disciplina, ou porque eram professores que não estavam dentro da carreira institucional, que eram professores contratados com outros vínculos, agora como professores da universidade, os departamentos aos quais eles se vinculam chamam eles para outras atividades, logo nos deixam e colocam as atividades deles só mesmo complementares àquele momento que está com o estudante com pouca disponibilidade de tempo para se reunir, para avaliar, para se dispor. Nós agora no momento, estamos nos preparando para escrever um número da revista medicina, para publicar a nossa produção em relação a isso, a revista já aceitou, mas ainda não conseguimos viabilizar isso, já fizemos algumas reuniões, mas a maioria já está comprometido aos departamentos que estão vinculados, essa já não é a prioridade deles, por isso sentimos que estamos um pouco sozinhos nisso. O que a gente ta pedindo é um apoio institucional da escola nesse sentido.

Coordenador de Disciplina- Federal

Formação acadêmica: Sou enfermeira e pedagoga, tenho as duas graduações e tenho dois mestrados um em enfermagem e outro em educação médica. Doutorado em Saúde Coletiva, fiz na faculdade de Saúde Pública da USP São Paulo

Ano de experiência no campo profissional:

25 anos no ensino superior de medicina e enfermagem, sempre fui professora.

Anos a frente da coordenação da disciplina:

Aqui na universidade, há oito anos. Em Marília trabalhei na coordenação da unidade prática profissional (UPP) na atenção primária, lá eu fiquei oito anos também.

Explique a mudança da disciplina a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais no PPP do curso.

Não foi uma mudança exclusiva da disciplina, foi uma mudança do currículo. Aqui o currículo já foi planejado, proposto, quando o curso começou em 2006, de acordo com as DCN, então todo o currículo tem essa amarração. Uma das coisas inovadoras neste currículo é que o eixo de construção é a prática. Diferente dos currículos, primeiro teoria e depois a prática, esse é todo organizado a partir da prática.

Quando se pensou esse currículo, para o curso de medicina, foi olhado como é essa prática médica? Quais são os cenários? Quais são os campos? Que dimensões tem isso? Que integrações tem? E aí foi decidido os cenários do primeiro ao sexto ano.

Então o projeto inicial, a atuação dos alunos na atenção primária “unidade de saúde da família” e “UBS” os alunos do primeiro ao quinto ano com essas atividades. Então, por conta dos cenários, ao longo desses oito anos, foi feita uma mudança no campo, que os alunos ficam em USF do primeiro ao terceiro e depois o quinto ano. Acabou pulando o quarto por falta de USF, não temos onde colocar os alunos, tá um ano aí sem saúde da família. Mas no terceiro e quarto, nós estamos na UBS que é considerado atenção primária. Então podemos dizer que do primeiro ao quinto ano eles estão na atenção primária. Eu fico mais especificamente na coordenação da unidade prática do primeiro e segundo ano que tem o cenário de prática exclusivo na saúde da família. No terceiro ele tem USF e UBS, no quarto só UBS e o quinto, as duas coisas de novo. Então este é o eixo da prática da atenção primária.

Na sua opinião, qual a importância da atenção primária para a formação do médico? Como você articula isto na sua disciplina para que isso aconteça?

Como o currículo aqui é um currículo integrado, a articulação teórica e prática ela é posta já, inerente a organização, vou te falar do primeiro e segundo ano que é o início depois nos outros anos é tudo bem parecido.

Os alunos quando vão para o campo de estágio, no 1º e 2º anos eles ficam 8h por semana em atenção primária, 3º e 4º ficam 12h na AP, cada atividade dessa na AP eles têm uma reflexão sobre a prática, então toda a semana o aluno vai a campo e tem uma atividade mais formal, onde ele tem um facilitador no grupo, eles se constituem grupo para ir para os estágios da AP, cada grupo desse fica sobre a tutela do preceptor, que é um médico da unidade/UBS/USF e uma vez por semana ele vem para o grupo de reflexão, junto com um professor da universidade e o preceptor também, aí organizamos um grupo de discussão sobre os atendimentos, sobre os casos, sobre os pacientes que eles atendem, e o formato, a metodologia desse grupo é a metodologia baseada em problemas. A diferença é que a ABP, os grupos tutoriais normalmente colocados, o professor é que traz o caso, um único caso, na unidade de prática, os alunos, cada um traz a sua história clínica, porque o eixo de construção da prática, isso é uma novidade para os estágios de atenção primária no curso de medicina. A gente começa desde o primeiro ano tendo como eixo de construção o cuidado individual e não a saúde coletiva. Você vai encontrar, em geral, todo mundo tá na atenção primária desde o primeiro ano, mas você pode perguntar: qual é a organização? Qual o conteúdo? Você vai encontrar que o eixo é a saúde coletiva, o nosso não, o eixo é o cuidado individual que é a

essência do trabalho do médico, então a gente trabalha toda parte de história clínica. Então na hora que eu começo no 1º ano com os alunos olhando pro paciente como um todo, tendo tempo pra construir essa história, a gente trabalha com a concepção da história clínica centrada no sujeito, da clínica ampliada, então pra mim esses dois anos é o alicerce da construção do olhar desses futuros médicos para o paciente. Eles vão levar isso pra toda vida. A gente tem relatos de quando eles entram na residência, eles estão na residência de uma coisa super especialista dentro de um hospital, o jeito dele fazer à história clínica, o olhar que ele tem, a amplitude são diferenciados. A AP pra gente é a oportunidade que o aluno tem de olhar esse paciente, esse sujeito como um todo, em todas as suas dimensões biopsicossocial. As histórias que a gente “exige” deles são nessa dimensão. A reflexão da prática, a gente não olha só pro conteúdo daquela história, pra patologia, mas que olhar que ele tem sobre aquele sujeito, como ele construiu a história, o que ele levou em consideração da vida daquele sujeito, isso os alunos vão incorporando. Como eles estão entrando, isso vai ficando muito bacana, acho que seria muito difícil trabalhar esse conteúdo com aluno que começa no quarto ano dentro de um ambulatório de especialidade, ele já entrou com um olhar reduzido ali.

Quais os desafios de ser professor/coordenador desta disciplina no contexto atual?

Como nosso currículo é integrado, pressupõe a prática desde o primeiro ano, pressupõe uma integração com o serviço de saúde, pressupõe a atuação do médico que vai ser preceptor, então o maior desafio nosso hoje é a integração com o município, é fazer a capacitação desses médicos que vão ser preceptores, há uma rotatividade significativa, muda prefeito, muda secretário de saúde, isso vai balançando o tempo todo e a gente vai amarrando isso em convênio, em edital, em lei municipal, tem lei municipal permitindo os médicos da rede serem preceptores, todos recebem, uns pela prefeitura, outros pela UFSCAR. O maior trabalho é o manejo disso, a organização desses estágios em parceria com o município. Do ponto de vista interno da universidade, como o currículo já foi pensado assim, então é muito tranquilo, mas como falei que o eixo de construção é a prática, desde o primeiro ano uma carga horária significativa na prática e a universidade não tem seu serviço próprio e essa era mesmo a intenção, de estarmos no SUS, vindo ele com suas alegrias e amarguras, esse é um grande desafio, a articulação com SUS, com a SMS.

Que sugestões daria para o curso pra que esta disciplina fosse melhor articulada e para qualificar melhor o aluno no campo profissional?

As políticas do SUS, o entendimento do SUS talvez deveria ser ampliado pra essa dimensão educacional, não é todo secretário que entra ou todo pessoal do serviço que olha isso com bons olhos; acham que a universidade tá explorando, que usa o serviço, precisaríamos que o MS ajudasse, olhasse mais para as SMS que recebem estudantes que vão se formar no SUS, que era o desejo do Ministro anterior, que todos os alunos tivessem formação no SUS, ele queria até aumentar mais um ano ao curso de medicina para isso. O que precisamos melhorar é a estrutura do SUS, com financiamento, melhorar a estrutura, a capacitação do pessoal. Não adianta hoje dizer: “Queremos fazer uma formação no SUS, na atenção básica”. Faz 20 anos que estamos fazendo esse discurso, as escolas já estão no SUS, umas mais, outra menos, a nossa é uma escola que tem uma formação no SUS quase em todas as séries, na atenção básica a gente só pula o 4º e o 6º, isso é raro encontrar, porque geralmente faz dois anos na atenção básica, mas temos limites para fazer essa integração e por esse currículo em prática, mas eu acho que o que falta não está nas nossas mãos. Falta o próprio MS que diz que precisa da formação no SUS, melhorar as condições do SUS para que possa ter essa parceria de uma forma mais efetiva

Coordenador de Disciplina- Privada

Formação acadêmica: Sou médico formado na FAMEMA, fiz 15 anos de formado, fiz residência em G.O todos na FAMEMA, fiz medicina do trabalho na FAMERP e depois mestrado e doutorado na UNESP de Marília em educação. Na minha tese de doutorado trabalhamos com avaliação, porque o estudante tinha uma percepção de que se ele fosse fazer avaliação com um professor mais bonzinho ele tirava uma nota melhor, se fosse com um mais bravo a nota ia ser pior, então filmamos o mesmo estudante sendo avaliado na prática por 66 docentes, depois pedimos para eles preencherem um “check-list” dos comportamentos das pessoas do laboratório de prática e nós mostramos para os professores os itens que mais davam divergência entre os avaliadores para eles refletirem sobre isso. Fizemos uma capacitação de 6 meses e depois fizemos o mesmo procedimento e verificamos que houve diminuição das divergências depois da capacitação.

Ano de experiência no campo profissional: 15 anos

Anos a frente da coordenação da disciplina: 3 anos

Explique a mudança da disciplina a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais no PPP do curso

Vieram balizar de maneira muito importante o nosso trabalho enquanto profissionais da atenção básica, então você tem lá atenção à saúde, comunicação, tem coisas que ficavam na esfera do não sistematizado, depois das DCN você tem o seu trabalho mais sistematizado. Temos uma semana de desenvolvimento docente que acontece ao fim de cada semestre, além de mostrar para o professor, mostramos também para o estudante que as DCN são um norte do MEC para que possamos de maneira geral, homogeneizar o ensino. Fica mais tranquilo explicar o porquê de estar fazendo, explicando que a idéia é formar um profissional generalista, voltado para as necessidades do país, então nesse sentido fica interessante justificar que as DCN são fruto de um trabalho de pesquisa e que elas têm um norte para acontecer.

Na sua opinião, qual a importância da atenção primária para a formação do médico? Como você articula isto na sua disciplina para que isso aconteça?

Eu mostro para o estudante que a AP é a porta de entrada, procuramos mostrar que essa porta de entrada vai poder ser resolutiva em 85% dos casos, então se eu consigo dar essa resolutividade e dar uma resposta às necessidades de saúde das pessoas, então você consegue tratar essa questão de uma maneira resolutiva mesmo. Por exemplo, quando eu abordo, necessidades de saúde de Cecílio logo no primeiro termo, que são: condições de vida, o estudante tem que ver a condição de vida das pessoas e o local onde ele vai fazer as visitas domiciliares e as visitas no bairro, onde eles vão ver o aparelho social do bairro, onde vão ver se tem creche, se tem CRAS, quando fazem o PSE (saúde na escola) trabalham com os adolescentes, então quando eles fazem todo esse trabalho o estudante vai perceber que precisa estar familiarizado com essa resolubilidade da AP que é resolver 85% da queixa das pessoas. Ele vê: condições de vida, acesso a tecnologias que prolongam a vida, vínculo com o usuário e autonomia, não adianta nada eles chegarem num usuário do SUS, por exemplo, e dizer “olha, o senhor vai tomar azitromicina de 500mg uma vez ao dia, durante três dias o senhor estará curado” e aí ele não foi antes na farmácia ver se tem essa medicação lá, então trabalhamos muito com isso. Na visita que o estudante faz na ESF e é por isso que elegemos a ESF como cenário para os nossos estudantes fazerem parte das nossas equipes, porque é essa abordagem que fazemos, então eles têm que participar da reunião de equipe, têm que conversar com o médico, trazer esse profissional para a docência não foi por acaso, trazer essa pessoa que é resolutiva que dá conta de 85% das queixas, ele também fica em contato com a farmácia, com as agentes de saúde. Eu fui médico de família 8 anos antes de vir para cá e eu era um dos professores colaboradores, que são os médicos que trabalham na rede e que recebem o estudante. Ele vai para a unidade e fica em contato com esse profissional que é resolutivo, que fica na ponta e que é um modelo de atenção básica para nós. A ESF vem ser para nós, o corolário, o sonho SUS da lei 8080 da 8142, do controle social de tudo que a gente quer que o SUS

seja, está na ESF; você tem direito a uma visita domiciliar, você tem direito a opnar sobre o tipo de saúde que você quer e como esta saúde deve ser distribuída entre as pessoas. Enfocamos muito a questão da equidade, dar mais a quem precisa mais, então nesse sentido além dos outros princípios do SUS, universalidade, integralidade, a equidade fica muito patente em tudo que a gente vai fazer, porque o estudante sabe que precisa dar mais atenção àquela pessoa que mais precisa, na esteira da vulnerabilidade trabalhamos muito isso, então os vulneráveis são muito valorizados, para classificação de risco usamos escala de coelho, o estudante já tem esse norte de fazer a coisa SUS na ESF entendemos que seja um cenário dos mais adequados que o estudante possa freqüentar. Embora tenhamos uma cobertura apenas de 25%, 28%, nós temos as USF localizadas nas áreas mais carentes, embora nosso índice de desenvolvimento humano é de 0,85, um dos mais altos do estado, percebemos ainda que estas famílias destas áreas estão em áreas de tráfico, de casas populares, áreas muito pobres, estes estudantes entram em contato com essa população entendendo primeiro que é uma população que precisa ter suas necessidades de saúde supridas e que não adianta só tratar com medicação, tem que ir na casa, envolver o serviço social, aprendem muito a trabalhar em equipe interdisciplinar. Temos o NASF que entra em contato com esses estudantes, eles vêm dar uma palestra para eles nas aulas teóricas, o curso é 50% teórico e 50% prático, na teoria a gente dá as leis que regulamentam o SUS, a 8080, a 8142 principalmente, o NASF vem conversar com este estudante, não raro nós temos estudante de medicina fazendo trabalho científico junto com o estudante de enfermagem, que freqüentam as mesmas unidades, os professores do PAP são interdisciplinares, nutricionista, fisioterapeuta, duas psicólogas vários enfermeiros e médicos. Nós da coordenação visitamos as unidades a cada 15 dias, perguntamos sobre as atividades, sobre as fortalezas. A coordenadora da ESF se reúne mensalmente conosco, temos a agenda do ano todo programada com ela, vira uma reunião de resolver problemas da comunidade, de gestão. Esse tempo que o estudante fica conosco é dividido em indivíduo, família, comunidade, atendimento pré-hospitalar e gestão; essa é nossa didática e depois entram na saúde coletiva. O aluno é envolvido na resolução de problemas. O aluno vê que o município também obedece uma legislação, vê que a faculdade não consegue se mobilizar e fazer o processo de ensino-aprendizagem se ela não segue as DCN. Temos também o laboratório de simulação de prática, então nós temos bonecos, salas de reuniões, temos bonecos com otites, com faringite, bonecos para fazer teste visual, fundo de olho, grávida, portanto a simulação da prática acontece em um ambiente protegido, antes de ir para a prática o estudante entra com possibilidades de simulação. Tivemos uma história que um homem tinha tuberculose e aí a irmã arrumou um edícula, mas não queria que os filhos entrassem em contato com ele e a agente comunitária começou a fazer um movimento de não ir na casa porque ela tinha medo de pegar e criança pequena em casa, são atores, elas simulam e colocam esse problema para o médico. Vê o estudante, na surpresa, se mobilizar para resolver esse problema.

Quais os desafios de ser professor/coordenador desta disciplina no contexto atual?

Às vezes sinto mais vontade de ficar na gestão indo para as unidades do que ficar na sala de aula, mas quando vemos que na sala de aula, a mesma pessoa que dá a teoria vai para a prática, aí está o brilho, pois o aluno pode dizer “você é teórico, só sabe essa lei no papel, na hora de aplicar será que você dá conta?, será que consegue carregar o piano?” O desafio é mostrar que eu também sei fazer, se eu for lá eu vou dar conta, pois estou fundamentado na teoria que eu propago. Por isso incentivamos muito que estudante participe das reuniões de equipe, se o horário não bate, fazemos reuniões de equipe simuladas, sempre tem um agente comunitário, um auxiliar de enfermagem, um médico, uma enfermeira ou um cirurgião dentista, equipe mínima. Então sempre haverá profissionais de nível médio e de nível superior, porque eles têm que aprender que isso vai existir para sempre, pois não temos condições de ter na rede, profissionais de nível superior o tempo inteiro. O aluno precisa entender que têm decisões que ele precisa juntar a equipe de nível superior e tomar essa decisão, têm outras que é importante juntar todo mundo e conversar, na maioria delas inclusive, tem outras que a questão ética impede de expor no grupo, então você tem que chamar e conversar, tudo isso faz parte do currículo oculto, não era para estar tão oculto. Nossa próxima reunião agora vai ser sobre o currículo oculto, habilidades de comunicação, por exemplo, emissão, emissor, mensagens serão trabalhados melhor, pois as “comunicoses” são muito presentes.

Que sugestões daria para o curso pra que esta disciplina fosse melhor articulada e para qualificar melhor o aluno no campo profissional?

As nossas sugestões estão ao encontro de que os professores, nós estamos introduzindo agora tecnologia da ciência logo no primeiro termo, entramos com metodologia científica logo no primeiro termo. Pedimos para que o professor que os textos que vão utilizar não podem ter mais de três anos de idade, estamos tendo cuidado de olhar tudo, pois se for muito velho pedimos justificativa ao professor. Um dos nossos grandes desafios é a pesquisa, embora nesse ano tínhamos uma sala com 30 alunos todos apresentando trabalho do PAP. Percebemos devagar, que está dando fruto, quando eu vejo um aluno no congresso brasileiro de medicina de família e comunidade, se despidendo do preconceito com a SF, SUS. Não é possível ser médico hoje, sem passar pelo SUS. Trabalhamos à luz das políticas.

Anexo III – Tabela de conteúdo relativo à Atenção Primária nos PPP

O quadro a seguir representa o que consta nos PPP.

Escolas	O que está no PPP
E Estadual (C1 e CD1)	<p>“O presente projeto pedagógico visa definir linhas de formação do graduando da escola mais bem adequadas às demandas atuais da sociedade, às Diretrizes Nacionais Curriculares para o curso de graduação em Medicina e às próprias mudanças sofridas pela instituição nas últimas décadas, em especial às que se referem à sua plena integração ao sistema público de assistência à saúde da população.”</p> <p>Disciplinas em Atenção primária: 1º Período “A disciplina Atenção à Saúde da Comunidade I tem como objetivo propiciar ao aluno do curso de Medicina o contato precoce com a comunidade e com famílias, permitindo-lhes conhecer a população: perceber os problemas de saúde físicos, psicológicos, sociais e ambientais vivenciados pelos membros da comunidade e conhecer os diferentes equipamentos sociais e de saúde existentes; ampliar a concepção de saúde; conhecer a rede de serviços do sistema público de saúde local e ir aproximando-o de seu objeto de trabalho. - A disciplina visa à integração teoria-prática em cenários reais, com ênfase na inserção do estudante no cenário de uma Unidade de Saúde da Família (USF)/Unidade Básica de Saúde (UBS) do Distrito Saúde Oeste na qual será estimulado o desenvolvimento de capacidades relacionadas: ao cuidado à comunidade, à família e ao indivíduo; e, à educação em saúde na interação com pacientes, familiares, trabalhadores dos serviços e a comunidade.-60h 3º Período Disciplina Atenção à Saúde da Comunidade II -Preparar o estudante do curso de Medicina para a compreensão das múltiplas dimensões envolvidas construção da saúde da família. Específicos: Capacitar o estudante para: a. Avaliar o núcleo familiar e suas relações internas, com o ambiente e comunidade. b. Identificar de que forma estas relações podem afetar a Saúde.- 60h 5º Período Disciplina Atenção à Saúde da Comunidade III- Conhecer parâmetros das necessidades, demanda e utilização de serviços. Discutir a estrutura e organização dos serviços de saúde. Conhecer o financiamento e custeio da assistência à saúde. Conhecer as características do modelo médico assistencial no Brasil. Discutir os sistemas de saúde em outros países e suas tendências. Dar noção da avaliação qualitativa da assistência à saúde.-45h”</p> <p>Carga horária total do Curso: 12.300h Carga horária em AP: 165h</p>
E Privada (C2 e CD2)	<p>“O Projeto Pedagógico do Curso de Medicina visa atender as exigências legais do ensino superior brasileiro, como também incorporar os determinantes profissionais, sociais e institucionais. Contribuem para sua elaboração os aspectos legais contidos na Lei de Diretrizes e Bases (LDB) nº 9394/96; nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o Curso de Graduação em Medicina estabelecida pela Resolução CNE/CES nº 4, de 07 de novembro de 2001; na Resolução CNE/CES nº 2, de 18 de junho de 2007; nas Diretrizes Pedagógicas estabelecidas no Projeto Pedagógico Institucional (PPI); bem como, na missão, objetivos, metas e ações do Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI).”</p>

Desde o início do curso o discente é envolvido na atenção primária à saúde e inserido na comunidade, sendo responsável por planejar e promover intervenções que melhorem a qualidade de vida dos indivíduos, da comunidade e que aprimorem os serviços de saúde, atuando como agente modificador da realidade social

PROGRAMA DE APROXIMAÇÃO PROGRESSIVA À PRÁTICA (PAPP) I

Esta UA organizada na dimensão horizontal objetiva aproximar progressivamente o discente de medicina da realidade social e ambiental de sua futura prática profissional, para propiciar uma visão integrada das diversas dimensões relacionadas a atuação do médico, destacando sua função cuidadora voltada para o indivíduo.

As habilidades desenvolvidas durante esta UA são:

- Desenvolver uma visão crítica reflexiva comparativa sob a ótica pessoal, da população e da análise acadêmica;
- Iniciar a capacidade de se comunicar com o usuário (escuta qualificada);
- Conhecer a estrutura e dinâmica de funcionamento da ESF;
- Interpretar a dinâmica do cadastramento familiar;
- Interpretar a dinâmica de territorialização e mapeamento (adscrição da clientela);
- Reconhecer as diferenças de funcionamento dos principais modelos atenção básica à saúde: UBS x ESF;
- Identificar os membros da equipe de ESF e as atribuições do agente comunitário de saúde (ACS);
- Iniciar o processo de estabelecimento de vínculo com a população assistida (adoção de uma família);
- Iniciar processo de humanização nas interrelações;
- Desenvolver estratégias de busca para fundamentar atividades práticas em atenção básica;
- Desenvolver ações que ampliem a qualidade de vida da família assistida;
- Conhecer o SUS e ESF.

PROGRAMA DE APROXIMAÇÃO PROGRESSIVA À PRÁTICA II

O PAPP II dá continuidade ao PAPP I, com ênfase na família. As habilidades desenvolvidas durante esta UA são:

- Planejar a visita domiciliar na ESF;
- Identificar os problemas de saúde das famílias visitadas;
- Iniciar o processo de classificação de risco familiar;
- Identificar as interrelações do contexto familiar;
- Identificar parcerias para auxílio no projeto terapêutico da família adotada;
- Identificar as atribuições do auxiliar de enfermagem / técnico de enfermagem;
- Desenvolver habilidades técnicas básicas (sinais vitais, glicemia, peso e mensuração);
- Continuar com o processo de humanização nas interrelações;
- Ampliar a capacidade de se comunicar com o usuário (escuta qualificada);
- Desenvolver estratégias de gerenciamento de informações em saúde para subsidiar as atividades práticas em atenção básica;
- Aprofundar o vínculo com a população assistida (adoção de uma família);
- Desenvolver ações que ampliem a qualidade de vida da família assistida.

PROGRAMA DE APROXIMAÇÃO PROGRESSIVA À PRÁTICA III

Esta UA visa o capacitar o discente a compreender o processo saúde-doença e os principais meios de prevenção, com ênfase na promoção da saúde e na integralidade da atenção, estruturando as ações de promoção à saúde necessárias, quanto à alimentação, atividades físicas e uso de drogas lícitas e ilícitas.

Os discentes mantêm atenção à saúde primária, com inserção prática na comunidade e crescendo em complexidade de acordo com as habilidades desenvolvidas até então pelas outras disciplinas.

As habilidades desenvolvidas durante esta UA são:

- Identificar os determinantes do processo saúde/doença;
- Selecionar medidas preventivas para intervir no processo saúde / doença;
- Identificar medidas de promoção de saúde;
- Saber selecionar medidas de promoção à saúde adequadas para as situações vivenciadas;
- Identificar as atribuições do enfermeiro;
- Iniciar o diagnóstico da área (analisar Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB);
- Análise do acompanhamento dos grupos prioritários da ESF (fichas B e C do SIAB);
- Desenvolver habilidades técnicas básicas: curativos;
- Dar continuidade às habilidades técnicas desenvolvidas no termo anterior;
- Ampliar a capacidade de se comunicar com o usuário (escuta qualificada);
- Identificar necessidades de saúde na comunidade;
- Participar das ações nas escolas, creche, asilos e outros

PROGRAMA DE APROXIMAÇÃO PROGRESSIVA À PRÁTICA IV

Esta UA visa fazer com que o discente entenda a distribuição das doenças relacionadas ao meio ambiente, participando de uma forma ativa dos Programas Estratégia Saúde da Família implantados nos Municípios. Fazendo parte da aproximação progressiva à prática médica, o discente terá contato com os cenários de atuação das equipes multiprofissionais para atendimentos pré-hospitalares (APH).

As habilidades desenvolvidas durante esta UA são:

- Desenvolver habilidades técnicas no atendimento a 1ª urgência na ESF e APH;
- Aplicar terapia complementar no domicílio, se necessário;
- Planejar ações de intervenção na comunidade;
- Desenvolver educação em saúde: com grupos prioritários da ESF;
- Proporcionar continuidade do cuidado na ESF para o egresso de internação hospitalar;
- Desenvolver habilidades técnicas básicas: coleta de exames;
- Dar continuidade as habilidades técnicas desenvolvidas nos termos anteriores;
- Continuar com o processo de humanização nas interações;
- Ampliar a capacidade de se comunicar com o usuário (escuta qualificada);
- Identificar as atribuições do médico na ESF.

PROGRAMA DE APROXIMAÇÃO PROGRESSIVA À PRÁTICA V

Nesta UA, o discente deverá ser capaz de agir na gestão do SUS

	<p>de forma completa e nas três esferas de governo, município, estado e união; realizar procedimentos de baixa complexidade para atenção a saúde, com autonomia, liderança e tomada de decisão.</p> <p>As habilidades desenvolvidas durante esta UA são:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Desenvolver ações nos programas estratégicos da atenção básica em saúde: saúde da criança e do adolescente; saúde do homem e da mulher; saúde do idoso; saúde do hipertenso; e do diabético; · Proporcionar continuidade do cuidado na ESF para o egresso de internação hospitalar; · Desenvolver habilidades técnicas básicas: aplicação de injetáveis; · Dar continuidade as habilidades técnicas desenvolvidas nos termos anteriores; · Continuar o desenvolvimento da educação em saúde: com grupos prioritários da ESF; · Continuar com o processo de humanização nas interrelações; · Ampliar a capacidade de se comunicar com o usuário (escuta qualificada); · Planejar ações de intervenção na unidade e comunidade; · Atenção a saúde; · Estabelecer raciocínio clínico atuando na perspectiva da saúde do adulto, da mulher, da criança e idoso; · Desenvolver plano de ação envolvendo a população para o autocuidado. <p>Carga horária total do curso: 9.374h Carga horária em AP: 456h</p>
E Federal (C3 e CD3)	<p>“O PPP contempla as Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação em medicina (ver Anexo 2*) e está fundamentado em três pressupostos: currículo orientado por competência; integração teoria-prática; abordagem educacional construtivista.”</p> <p>3.4 Conteúdos curriculares</p> <p>1º Ano: Simulação da Prática Profissional I</p> <p>Identificação e explicação dos fenômenos envolvidos no processo saúde-doença: bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações-problema e na forma como o médico os utiliza; determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais do processo saúde-doença, para cada pessoa e para grupos e comunidades;</p> <p>Identificação de necessidades de saúde (situações simuladas): história clínica e exame físico geral para a identificação de necessidades de saúde e de sinais e sintomas;</p> <p>Elaboração de planos de cuidado (situações simuladas): promoção de estilos de vida saudáveis, segundo as necessidades de saúde identificadas.</p> <p>1º Ano: Prática Profissional I</p> <p>Abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção;</p> <p>Atuação ética e humanística na relação médico-paciente;</p> <p>Identificação de necessidades de saúde – capacidade de realizar história clínica e exame físico geral e específico para a identificação de necessidades de saúde e de sinais e sintomas;</p> <p>Desenvolvimento de capacidade crítico-reflexiva e de raciocínio clínico;</p>

Elaboração de planos de cuidado, segundo necessidades identificadas:
 Promoção da saúde a partir da compreensão dos processos fisiológicos, subjetivos e sócio-culturais das pessoas – gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, sexualidade, envelhecimento e do processo de morte, atividades físicas, desportivas e as relacionadas ao meio social e ambiental;

Atuação em equipe multiprofissional visando eficácia/efetividade no cuidado à saúde.

Ciclo: Integralidade do Cuidado I

2º Ano: Simulação da Prática Profissional II

Identificação e explicação dos fenômenos envolvidos no processo saúde-doença: bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações-problema e na forma como o médico os utiliza;

determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais do processo saúde-doença, para cada pessoa e para grupos e comunidades;

Identificação de necessidades de saúde (situações simuladas);
 história clínica e exame físico geral e específico para a identificação de necessidades de saúde e de sinais e sintomas;

Formulação do(s) problema(s) do paciente (situações simuladas);

Elaboração de planos terapêuticos individuais e coletivos (situações simuladas):
 promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção de doenças, segundo as necessidades de saúde e problemas identificados.

2º Ano: Prática Profissional II

Abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos

aspectos de determinação, ocorrência e intervenção;

Atuação ética e humanística na relação médico-paciente;

Identificação de necessidades de saúde – capacidade de realizar história clínica e exame físico geral e específico para a identificação de necessidades de saúde e de sinais e sintomas;

Desenvolvimento de capacidade crítico-reflexiva e de raciocínio clínico;

Formulação do(s) problema(s) do paciente/familiares;

Elaboração de planos de cuidado:

Promoção da saúde a partir da compreensão dos processos fisiológicos, subjetivos e sócio-culturais das pessoas – gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, sexualidade, envelhecimento e do processo de morte, atividades físicas, desportivas e as relacionadas ao meio social e ambiental;

Prevenção de doenças a partir da compreensão dos processos fisiopatológicos das situações prevalentes, segundo perfil brasileiro de morbimortalidade em todas as fases do ciclo da vida;

Atuação em equipe multiprofissional visando eficácia/efetividade no cuidado à saúde.

2º Ano: Eletiva I

Enfoque similar ao da Unidade Educacional de Prática Profissional, porém em área de interesse

do estudante que pode ser desenvolvida na Universidade/Serviços de Saúde loco-regionais ou em

outras Instituições de ensino superior, serviço de saúde ou pesquisa idôneas e conveniadas à Universidade, dentro ou fora do país, sob supervisão de docente/profissional de saúde/pesquisador qualificado. É necessária a elaboração e aprovação de um plano de ensino e o compromisso de seu cumprimento e avaliação de desempenho.

3º Ano Simulação da Prática Profissional III

Explicação e explicação dos fenômenos envolvidos no processo saúde-doença:

bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações-problema e na forma como o médico os utiliza;

determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais do processo saúde-doença, para cada pessoa e para grupos e comunidades;

Identificação de necessidades de saúde (situações simuladas);

nos problemas de papel e na prática simulada da realização de história clínica, exame físico geral, identificação de sinais e sintomas;

Formulação do(s) problema(s) do paciente/familiares (situações simuladas);

Investigação diagnóstica (solicitação e interpretação de exames complementares);

Elaboração de planos terapêuticos individuais e coletivos, considerando-se a promoção

de estilos de vida saudáveis, a prevenção de doenças e a proposição de tratamento e reabilitação, segundo os problemas identificados.

Ciclo: Integralidade do Cuidado II

3º Ano: Prática Profissional III

Abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos

aspectos de determinação, ocorrência e intervenção;

Atuação ética e humanística na relação médico-paciente;

Identificação de necessidades de saúde – capacidade de realizar história clínica e exame

físico geral e específico para a identificação de necessidades de saúde e de sinais e sintomas;

Desenvolvimento de capacidade crítico-reflexiva e de raciocínio clínico;

Formulação do(s) problema(s) do paciente/familiares;

Investigação diagnóstica;

Elaboração de planos de cuidado:

Promoção da saúde a partir da compreensão dos processos fisiológicos, subjetivos e sócio-culturais das pessoas – gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, sexualidade, envelhecimento e do processo de morte, atividades físicas, desportivas e as

relacionadas ao meio social e ambiental;

Prevenção de doenças a partir da compreensão dos processos fisiopatológicos das situações prevalentes, segundo perfil brasileiro de morbimortalidade em todas as fases do

ciclo da vida;

Atuação em equipe multiprofissional visando eficácia/efetividade no cuidado à saúde.

3º Ano: Eletiva II

Enfoque similar ao da Unidade Educacional de Prática Profissional, porém em área de interesse

do estudante que pode ser desenvolvida na UFSCar/Serviços de Saúde loco-regionais ou em

outras Instituições de ensino superior, serviço de saúde ou pesquisa idôneas e conveniadas à

Universidade, dentro ou fora do país, sob supervisão de docente/profissional de saúde/pesquisador

qualificado. É necessária a elaboração e aprovação de um plano de ensino e o compromisso de

seu cumprimento e avaliação de desempenho.

4º Ano: Simulação da Prática Profissional IV

Explicação e explicação dos fenômenos envolvidos no processo saúde-doença:

bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e

função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações-problema e na forma como o médico os utiliza;

determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais do processo saúde-doença, para cada pessoa e para grupos e comunidades;

Identificação de necessidades de saúde (situações simuladas);

história clínica, exame físico geral, identificação de sinais e sintomas;

Formulação do(s) problema(s) do paciente/familiares (situações simuladas);

Investigação diagnóstica (solicitação e interpretação de exames complementares);

Elaboração de planos terapêuticos individuais e coletivos, considerando-se a promoção

de estilos de vida saudáveis, a prevenção de doenças e a proposição de tratamento e reabilitação, segundo os problemas identificados.

4º Ano: Prática Profissional IV

Abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos

aspectos de determinação, ocorrência e intervenção;

Atuação ética e humanística na relação médico-paciente;

Identificação de necessidades de saúde – capacidade de realizar história clínica e exame

físico geral e específico para a identificação de necessidades de saúde e de sinais e sintomas;

Desenvolvimento de capacidade crítico-reflexiva e de raciocínio clínico;

Formulação do(s) problema(s) do paciente/familiares;

Investigação diagnóstica;

Elaboração de planos terapêuticos:

Promoção da saúde a partir da compreensão dos processos fisiológicos, subjetivos e sócio-culturais das pessoas – gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, sexualidade, envelhecimento e do processo de morte, atividades físicas, desportivas e as

relacionadas ao meio social e ambiental;

Prevenção de doenças a partir da compreensão dos processos fisiopatológicos das situações prevalentes, segundo perfil brasileiro de morbimortalidade em todas as fases do

ciclo da vida;

Tratamento e reabilitação de doenças prevalentes segundo perfil brasileiro de morbimortalidade em todas as fases do ciclo da vida;

Atuação em equipe multiprofissional visando eficácia/efetividade no cuidado à saúde.

4º Ano - Unidade Educacional Eletiva

Enfoque similar ao da Unidade Educacional de Prática Profissional, porém em área de interesse

do estudante que pode ser desenvolvida na Universidade/Serviços de Saúde loco-regionais ou em

outras Instituições de ensino superior, serviço de saúde ou pesquisa idôneas e convenientes à

Universidade, dentro ou fora do país, sob supervisão de docente/profissional de saúde/pesquisador

qualificado. É necessária a elaboração e aprovação de um plano de ensino e o compromisso de

seu cumprimento e avaliação de desempenho.

5º Ano: Prática Profissional V

Abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos

aspectos de determinação, ocorrência e intervenção;

Atuação ética e humanística na relação médico-paciente;
 Identificação de necessidades de saúde – capacidade de realizar história clínica e exame físico geral e específico para a identificação de necessidades de saúde e de sinais e sintomas;
 Desenvolvimento de capacidade crítico-reflexiva e de raciocínio clínico;
 Formulação do(s) problema(s) do paciente/familiares;
 Investigação diagnóstica;
 Elaboração de planos terapêuticos:
 Promoção da saúde a partir da compreensão dos processos fisiológicos, subjetivos e sócio-culturais das pessoas – gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento,
Ciclo: Integralidade do Cuidado III
 sexualidade, envelhecimento e do processo de morte, atividades físicas, desportivas e as relacionadas ao meio social e ambiental;
 Prevenção de doenças a partir da compreensão dos processos fisiopatológicos das situações prevalentes, segundo perfil brasileiro de morbimortalidade em todas as fases do ciclo da vida;
 Tratamento e reabilitação de doenças prevalentes segundo perfil brasileiro de morbimortalidade em todas as fases do ciclo da vida;
 Atuação em equipe multiprofissional visando eficácia/efetividade no cuidado à saúde.

5º Ano: Eletiva IV
 Enfoque similar ao da Unidade Educacional de Prática Profissional, porém em área de interesse do estudante que pode ser desenvolvida na UFSCar/Serviços de Saúde loco-regionais ou em outras Instituições de ensino superior, serviço de saúde ou pesquisa idôneas e conveniadas à Universidade, dentro ou fora do país, sob supervisão de docente/profissional de saúde/pesquisador qualificado. É necessária a elaboração e aprovação de um plano de ensino e o compromisso de seu cumprimento e avaliação de desempenho.

6º Ano: Prática profissional VI
 Abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção;
 Atuação ética e humanística na relação médico-paciente;
 Identificação de necessidades de saúde – capacidade de realizar história clínica e exame físico geral e específico para a identificação de necessidades de saúde e de sinais e sintomas;
 Desenvolvimento de capacidade crítico-reflexiva e de raciocínio clínico;
 Formulação do(s) problema(s) do paciente/familiares;
 Investigação diagnóstica;
 Elaboração de planos de cuidado:
 Promoção da saúde a partir da compreensão dos processos fisiológicos, subjetivos e sócio-culturais das pessoas – gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, sexualidade, envelhecimento e do processo de morte, atividades físicas, desportivas e as relacionadas ao meio social e ambiental;
 Prevenção de doenças a partir da compreensão dos processos fisiopatológicos das

situações prevalentes, segundo perfil brasileiro de morbimortalidade em todas as fases do ciclo da vida;

Tratamento e reabilitação de doenças prevalentes segundo perfil brasileiro de morbimortalidade em todas as fases do ciclo da vida;

Atuação em equipe multiprofissional visando eficácia/efetividade no cuidado à saúde.

6º Ano: Eletiva V

Enfoque similar ao da Unidade Educacional de Prática Profissional, porém em área de interesse

do estudante que pode ser desenvolvida na UFSCar/Serviços de Saúde loco-regionais ou em

outras Instituições de ensino superior, serviço de saúde ou pesquisa idôneas e conveniadas à

Universidade, dentro ou fora do país, sob supervisão de docente/profissional de saúde/pesquisador qualificado. É necessária a elaboração e aprovação de um plano de ensino e o compromisso de seu cumprimento e avaliação de desempenho.

Carga horária total do curso: 9.620h