

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA-UNESP
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**



**A VISITA DOMICILIAR
COMO ESTRATÉGIA
DE ENSINO
APRENDIZAGEM NA
INTEGRALIDADE DO
CUIDADO**

RENATA MARIA ZANARDO ROMANHOLI

**BOTUCATU (SP)
2010**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA-UNESP
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**A VISITA DOMICILIAR COMO ESTRATÉGIA DE
ENSINO APRENDIZAGEM NA INTEGRALIDADE
DO CUIDADO**

RENATA MARIA ZANARDO ROMANHOLI

**BOTUCATU (SP)
2010**

RENATA MARIA ZANARDO ROMANHOLI

**A VISITA DOMICILIAR COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO
APRENDIZAGEM NA INTEGRALIDADE DO CUIDADO**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Julio de Mesquita Filho”, Campus de
Botucatu, para a obtenção do título de
Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Eliana Goldfarb
Cyrino

Co-orientador: Paulo Marcondes Carvalho
Júnior

**BOTUCATU (SP)
2010**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: *ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE*

Romanholi, Renata Maria Zanardo.

A visita domiciliar como estratégia de ensino aprendizagem na integralidade do cuidado / Renata Maria Zanardo Romanholi. - Botucatu, 2010

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2010

Orientador: Eliana Goldfarb Cyrino

Co-orientador: Paulo Marcondes Carvalho Júnior

Capes: 40600009

1. Política de educação médica. 2. Visita domiciliar. 3. Saúde coletiva.

Palavras-chave: Educação médica; Ensino na comunidade; Saúde da família; Visita domiciliar.

DEDICATÓRIA

À minha mãe,

Therezinha,

mulher forte e muito presente em minha vida.
Amiga, confidente e cúmplice, que sempre
tem uma palavra de estímulo e me ampara
nas horas difíceis e nunca me deixa desistir
do meu sonho “a carreira acadêmica”.

AGRADECIMENTOS

À professora e mestre Eliana Goldfarb Cyrino,

minha orientadora, pela paciência, pelos conselhos e por toda dedicação. Por acreditar em mim como profissional e por todo aprendizado que tem me proporcionado diariamente. Pessoa que sempre me ensina que às vezes erramos muito para acertamos um pouco. E, acima de tudo, pela sua competência, dedicação e compromisso com uma escola médica inovadora.

Ao co-orientador Paulo Marcondes,

muito obrigada pela compreensão, amizade, pela leitura cuidadosa e por todas as preciosas sugestões.

Aos professores Ana Cecília Sucupira, Antonio Luiz Caldas Junior e Alice Yamashita Prearo,

membros da minha banca de qualificação e que trouxeram significativas contribuições a este trabalho.

À minha família, em especial ao meu pai Chico, ao meu irmão Leandro, ao meu sobrinho Gabriel, à Camila, à Kuca, ao Beto, Lucas e Bruno,

que acompanharam minha trajetória com entusiasmo e carinho.

Aos membros da coordenação do IUSC, Eliana Goldfarb Cyrino, Cássia Marisa Manoel, Alice Yamashita Prearo, Janete Pessuto Simonetti, Regina Célia Popim, Antonio de Pádua Phiton Cyrino, Paula Hokama e Miriam Hashimoto

que tanto me ensinam, e que deixam em mim, a cada discussão um aprendizado diferente. Amigos com os quais divido o sonho de uma formação voltada às necessidades de saúde da população brasileira.

Aos membros do Conselho Consultivo do Núcleo de Apoio Pedagógico da FMB professores José Carlos Perazoli, Agueda Beatriz Pires Rizzato, Joelcio Abbade, Gilberto Uemura, Vera Borges, Norma Modolo e Paulo José Villas Boas

que a cada reunião semanal me ajudam a acreditar na escola médica inovadora.

Aos amigos e companheiros do corpo técnico do Núcleo de Apoio Pedagógico da FMB: Elisabete Bemfato Dezan, Antonio Henrique Nakashima, Daniela Cristina Rodrigues, Rosane Aparecida Adelino Santos, Caroline Martins Varge (hoje atuando no GTDRH) e Regina Aparecida Sacomani Marques,

pela compreensão, estímulo e por me substituírem no trabalho em alguns momentos difíceis na realização desta pesquisa.

Ao meu namorado Juliano,

que, além de compreender as minhas ausências, me estimulou a prosseguir e, hoje, compartilha comigo a felicidade dessa conquista.

Às minhas amigas, companheiras de sonhos e ideais,

cada uma na sua singularidade, às vezes atuando como “mães”:
Elisabete Bemfato Dezan, Cássia Marisa Manoel, Regina Pires Uliana, Mariângela Quarentei e Luzia Tiemi Oikawa, que sempre tem um “puxão de orelha”, uma palavra de consolo e um colo quentinho, quer seja nos momentos de alegria ou nos mais conturbados.

À minha turma de amigas do final de semana,

que me ensinam que a vida é ampla, e também precisa momentos de descontração. Em especial à amiga Tatiana com quem sempre converso sobre os caminhos da vida acadêmica.

À Laurinha

pela oportunidade de compartilhar sua alegria e companhia nos dias e noites de reuniões da pesquisa em sua casa.

Às amigas Cátia Regina Branco Fonseca, Elisabete Bemfato Dezan, Alice Yamashita Prearo

pela leitura cuidadosa e por todas as sugestões.

Às bibliotecárias Rosemeire Aparecida Vicente e Luciana Pizzani da Biblioteca Central da Unesp,

pela atenção, disponibilidade e revisão das referências bibliográficas.

Aos graduandos de medicina

que contribuíram de maneira significativa à realização deste estudo,
por meio de seus consentimentos e de suas participações.



foto autor desconhecido

*"Pesquisa para constatar, constatando,
intervenho, intervindo, educo e me educo.
Pesquisa para saber o que ainda não conheço
e comunicar ou anunciar a novidade".*

*" ...afinal, minha presença no mundo não é a
de quem a ele se adapta mas, a de quem a ele
se insere. É a posição de quem luta para não
ser apenas objeto, mas sujeito também da História"*

Paulo Freire

A VISITA DOMICILIAR COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO APRENDIZAGEM NA INTEGRALIDADE DO CUIDADO

RESUMO

A Faculdade de Medicina de Botucatu implantou, em 2003, o Programa de Interação Universidade Serviço Comunidade (IUSC), construído coletivamente a partir da necessidade de vivência de alunos e professores, em práticas voltadas à integralidade das ações em saúde. Dentre as atividades propostas no IUSC para ampliar o olhar do estudante sobre o cuidado médico que rompa com o modelo biomédico, privilegiou-se a visita domiciliar (VD), como estratégia pedagógica que busca: promover reflexão do estudante sobre determinantes sociais do processo saúde-doença e o encontro com realidade distante do seu cotidiano; desencadear contato com a população na casa, fora da UBS e/ou do hospital, possibilitando vínculo e troca de saberes entre aluno e famílias; desenvolver habilidade de comunicação; ampliar a capacidade de investigação e raciocínio clínico; desenvolver prática educativa dialógica; apoiar e participar de ações desenvolvidas por equipes das unidades de saúde; expandir a capacidade de registro de narrativas na perspectiva da qualificação de anamnese e contribuir na compreensão e resolução dos problemas trazidos pelas famílias no atendimento nas unidades. Este estudo objetivou explorar a percepção de estudantes de medicina sobre a VD. Para tanto realizou-se pesquisa documental e exploratória, de cunho qualitativo, tendo como universo estudantes que cursaram a disciplina em 2008 e 2009. A autora da investigação atua como professora tutora do IUSC, desde sua implantação. Trata-se de uma pesquisa-ação, na qual pesquisa e intervenção, fazem parte do mesmo processo. A investigação foi realizada por meio da análise de questionários sobre a VD e de relatórios individuais produzidos por alunos durante a disciplina IUSC. Os conteúdos das respostas foram agrupados em núcleos temáticos. As categorias identificadas foram: Desenvolver habilidades de escuta, comunicação e compromisso ético; Conhecer a realidade da população e o aproximar-se das famílias; Trabalhar conceitos como SUS, Integralidade do Cuidado e processo saúde-doença; Construir vínculo com as famílias; Estar ou não preparado para a realização da VD: falta de organização quanto a temas, objetivos claros, número de VD a se realizar, orientação do professor; Entre a aproximação, o elo de ligação e a falta de parceria com a unidade de saúde e seus profissionais no apoio à VD ; Contribuição da VD para a formação: o significado da VD para os alunos e as famílias; Falta de conhecimentos clínicos para o fazer na VD. Os resultados mostraram que a VD é percebida como significativa na formação médica e efetiva o aprendizado baseado na realidade, oportunizando aos alunos uma visão ampliada do processo saúde doença. A VD possibilita formação de vínculo e desenvolvimento de habilidades comunicacionais. A realização da VD traz em si uma contradição entre o estudante sentir-se inseguro para a ação e lançar-se em uma realidade desconhecida e contribuir para formação médica humanizada e voltada à integralidade do cuidado. Conclui-se que a VD, como uma prática orientada por pedagogia problematizadora, proporciona uma oportunidade única na formação médica que valoriza o compromisso social do profissional e a visão ampliada do cuidado à saúde.

Palavras chave: saúde da família; educação médica; visita domiciliar; ensino na comunidade

HOUSE CALL AS A TEACHING AND LEARNING STRATEGY IN UNIFIED CARE

ABSTRACT

The Faculty of Medicine of Botucatu implemented, in 2003, the University-Community Interaction Service (IUSC), built collectively on the need felt by some students and professors for practices geared towards health actions taken as a whole. Among the activities proposed at the IUSC to broaden students' horizons regarding medical care that breaks with the biomedical model, house calls (HC) were given prominence as a pedagogical strategy that seeks to promote students' reflection about social determiners of the health-illness process and meeting a reality distant from their daily lives; to foster contact with the inhabitants of the house, outside the basic health unit and/or hospital, allowing a bond and a know-how exchange between students and families; to develop communication skills; to amplify investigation and clinical reasoning skills; to develop a dialogic educational practice; to support and take part in actions developed by health unit teams; to expand the capacity of recording narratives in qualifying anamnesis and to contribute to the understanding and resolution of problems brought by families to the units. The aim of this study is to explore the perception of medical students about HC. We therefore conducted a documentary and exploratory research of a qualitative nature encompassing students who took the subject in 2008 and 2009. The author of the research has been a tutoring professor at IUSC since its implementation. This is an action-research in which research and intervention are part of the same process. The research was conducted on the analysis of questionnaires about HC and on individual student-written reports throughout the subject of IUSC. The contents of the answers were grouped under thematic nuclei. The characteristics we identified were: to develop listening, communication, and ethical commitment skills; to know the reality of the population and to get close to the families; to work on concepts such as SUS (Sistema Único de Saúde, Unified Health System), unified care and the health-illness process; to establish a bond with the families; to be or not to be prepared for the implementation of HC: lack of organization regarding topics, clear objectives, number of HC to be held, professor's advice; between the approach, the link and the lack of partnership with the health unit and its professionals in supporting HC; HC's contribution to professional training that meets the requirements of the population: the meaning of HC for students and families; lack of clinical knowledge for HC's daily work. Results show that HC is regarded as significant in medical training and effects reality-based learning, giving students a broad vision of the health-illness process. HC allows bond building and the development of communication skills. Conducting HC brings about a contradiction between the student's feeling secure for action and embarking on unknown reality and contributing to humane medical training focused on unified care. We conclude that HC as a practice oriented by a problem-raising pedagogy gives a unique opportunity in medical training that values a professional's social commitment and broaden his or her vision of health care.

Key words: family health; medical education; house call; community learning

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** Objetivo geral e objetivos específicos do 1º plano de ensino do IUSC, Botucatu, 2003.
- Quadro 2** Síntese do processo de implantação do IUSC até o momento atual.
- Quadro 3** Objetivos gerais e específicos da Disciplina IUSC I, II e III.

LISTA DE ANEXOS

- Anexo 1** Programa de atividades do Programa de Interação Universidade Serviços Comunidade (IUSC) – 2003
- Anexo 2** Planos de ensino da Disciplina IUSC I, II e III aprovados em 2006.
- Anexo 3** Questionário da Pesquisa
- Anexo 4** Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa
- Anexo 5** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos alunos participantes da pesquisa.
- Anexo 6** Respostas dos alunos do curso de Medicina sobre suas considerações da Visita Domiciliar realizadas na Disciplina IUSC.
- Anexo 7** Respostas dos alunos do curso de Medicina sobre como a Visita Domiciliar têm contribuído para sua formação profissional.
- Anexo 8** Respostas dos alunos do curso de Medicina sobre o que faltou na Visita Domiciliar para a sua formação profissional.
- Anexo 9** Respostas dos alunos do curso de Medicina sobre o que eles consideram que as Visitas Domiciliares representaram para as famílias acompanhadas.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
CSE	Centro de Saúde Escola
CME	Council on Medical Education
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAMEMA	Faculdade de Medicina de Marília
FCMBB	Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu
FMB	Faculdade de Medicina de Botucatu
HC	Hospital das Clínicas
IB	Instituto de Biociências
IDA	Integração Docente Assistencial
IES	Instituição de Ensino Superior
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IUSC	Interação Universidade, Serviços e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
MEC	Ministério da Educação
NAP	Núcleo de Apoio Pedagógico
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários
PPP	Projeto Político Pedagógico
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde
PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
PSF	Programa de Saúde da Família
RMP	Relação Médico Paciente
SUS	Sistema Único de Saúde
UCG	Universidade Católica de Goiás
UFF	Universidade Federal Fluminense
UNESP	Universidade Estadual Paulista “ Júlio de Mesquita Filho”
UNI	Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde - União com a Comunidade
USF	Unidade de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

RESUMO	
ABSTRACT	
LISTA DE QUADROS	
LISTA DE ANEXOS	
LISTA DE ABREVIATURAS	
APRESENTAÇÃO/ JUSTIFICATIVA.....	13
1. INTRODUÇÃO	16
1.1. Formação Profissional em Medicina	16
1.2. Formação Profissional no Sistema Único de Saúde	19
1.3. Formação Profissional na Estratégia da Saúde da Família	21
1.4. A Visita Domiciliar.....	25
1.5. Formação Profissional na Faculdade de Medicina de Botucatu	34
1.6. Parceria FMB e Secretaria Municipal de Saúde	36
1.7. O Ensino na Comunidade na FMB/UNESP e o Programa de Interação Universidade Serviço Comunidade (IUSC)	41
1.8. Do Programa à Disciplina de Interação Universidade Serviço Comunidade – IUSC.....	42
2. OBJETIVOS	57
3. METODOLOGIA	59
3.1. Tipo de Pesquisa	59
3.2. Local da Pesquisa.....	60
3.3. Universo e Sujeito da Pesquisa	61
3.4. Momentos da pesquisa	62
3.5. Aspectos Éticos.....	65
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	68
4.1. Os vários naipes da Visita Domiciliar no IUSC: da concepção ao desafio do fazer	68
4.2. O momento atual da VD no desenvolvimento do IUSC	78
4.3. O relato das visitas realizadas por estudantes: a ênfase nas narrativas	85
4.4. Descrição, análise e discussão dos núcleos temáticos identificados....	90
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	121
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	125
ANEXO 1	139
ANEXO 2	146
ANEXO 3	157
ANEXO 4	158
ANEXO 5.	159
ANEXO 6.	159
ANEXO 7.	1593
ANEXO 8.	159
ANEXO 9.	159

APRESENTAÇÃO/ JUSTIFICATIVA

A Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB/UNESP) tem buscado, ao longo de sua história, aproximar o aprendizado do estudante de medicina da realidade da população brasileira.

Desde o início de 2001, um grupo de professores e de profissionais da FMB, por meio da criação do Núcleo de Apoio Pedagógico (NAP), iniciou um processo de discussão sobre a ampliação dos cenários de ensino na graduação médica. Este processo foi possibilitado e ampliado por ter sido a FMB/UNESP selecionada para participar de programas e projetos do Ministério da Saúde, como: Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), EnsinaSUS, Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) e Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE).

É desta época a realização de meu aprimoramento profissional como pedagoga na área de Saúde Pública, mais especificamente atuando em equipe multiprofissional na atenção à saúde de escolares do município de Botucatu. Em meio à realização deste estágio, encantei-me com a ideia de, como pedagoga, dialogar com o ensino médico na possibilidade de aproximar os estudantes da comunidade.

Assim, iniciei um trabalho de acompanhamento do início do processo de implantação do ensino na comunidade no primeiro ano do curso médico. Trabalhei na execução do PROMED e, atualmente, dando sequência, atuo no desenvolvimento do Pró-Saúde e do PET-SAÚDE. Por ter uma formação, como pedagoga, voltada para a educação básica, todo este trabalho tem significado um enorme desafio profissional.

Desde 2003, participo da frente de ensino na comunidade do NAP, atuando no programa de Interação Universidade Serviço Comunidade (IUSC), como membro da coordenação e professora tutora. Atualmente, esta frente tem como objetivo qualificar o ensino médico para atender as necessidades da população, adequando-se às proposições das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em

Medicina.

A visita domiciliar (VD) é uma estratégia pedagógica utilizada na disciplina IUSC, e, ao longo destes anos, tem sido possível constatar que, desde sua implantação, não há um consenso entre os atores envolvidos na sua realização - especialmente entre os estudantes - sobre o seu impacto na formação do futuro profissional médico.

Ocorreram inúmeros debates sobre a realização da VD no IUSC e sempre estive muito envolvida nos mesmos. Por algumas vezes, fiquei em dúvida se esta estratégia, a VD, não colocava em risco todo o esforço de levar os estudantes de medicina para a comunidade, pela própria resistência de alunos e professores em baterem na porta de um desconhecido. Conforme se investiu na realização das VD, foi ficando mais claro seu sentido para a formação médica. No entanto, ainda me parecia que havia necessidade de melhor compreender o significado das mesmas para os estudantes.

Nesse sentido, o presente trabalho pretende conhecer as diferentes concepções, vivências e aprendizado realizado, na VD, pelos estudantes de medicina envolvidos no IUSC e, assim, qualificar sua realização junto à formação médica. Desta forma espero contribuir na formação do aluno de modo que este compreenda melhor: a inter-relação saúde-doença, o papel da família e a influência do ambiente na saúde, complementando a formação iniciada em sala de aula.

Deve-se ressaltar que, desde o início dos trabalhos do IUSC, sempre foi prioridade construir conhecimentos sobre o que se estava realizando, no sentido de expor e divulgar a experiência, mas também de colocá-la para debates e críticas. Assim, o presente estudo está alocado como um esforço da pesquisadora em abrir a discussão sobre a difícil tarefa de propor a visita domiciliar na formação médica neste início de século XXI, não como algo nostálgico, mas como uma importante tecnologia de processo de ensino - aprendizagem para professores e estudantes.

*A educação sozinha não transforma a sociedade,
sem ela tampouco a sociedade muda.*

Paulo Freire

1. INTRODUÇÃO

1.1. Formação Profissional em Medicina

Há 100 anos, Flexner escreveu um relatório voltado para a avaliação das escolas médicas norte-americanas. Seu objetivo era avaliar a qualidade dessas escolas, quanto a: qualificações e treinamento do corpo docente, relações entre a escola e os hospitais, entre outros. Flexner percorreu, sob os auspícios da *Carnegie Foundation for Advancement of Teaching*, todas as escolas médicas norte-americanas, atendendo a uma solicitação da *American Medical Association*, por meio do *Council on Medical Education (CME)*. A publicação e divulgação deste relatório tiveram enorme impacto, não só influenciando na mudança do ensino médico nos Estados Unidos, como em muitos outros países ocidentais. O relatório Flexner significou uma mudança paradigmática na educação médica mundial. Segundo Nunes (2010, p.956)

“Análises recentes revelam que Flexner, apesar de defender "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”.

Segundo Cox e Irby (2006), Flexner reconhece, 15 anos após seu relatório ter sido publicado, que o currículo médico colocou um excesso de peso (valor) nos aspectos científicos da medicina, com exclusão dos aspectos sociais e humanísticos. Escreveu, em 1925, que “A Medicina Científica nos Estados Unidos jovem, vigorosa e positivista - é hoje, infelizmente, deficiente em termos culturais e de fundo filosófico”. Flexner, sem dúvida, ficaria decepcionado ao ver até que ponto esta

crítica ainda é válida nos dias de hoje.

É importante refletir criticamente sobre o que Flexner nos legou e tentar avançar na construção de uma formação, na área da saúde, de interesse público e coletivo. A construção de um novo paradigma para o ensino médico que supere o modelo Flexneriano tem buscado responder a necessidade de mudanças nas relações entre a prática médica, a organização assistencial da saúde, a comunicação entre médicos e pacientes, entre outros, pressupondo-se um papel relevante da escola médica nesse processo (CABRAL FILHO; RIBEIRO, 2004).

Assim, entende-se que as escolas médicas do nosso país devem vivenciar um processo de transformação

“na direção de um ensino que valorize a equidade e a qualidade da assistência e a eficiência e relevância do trabalho em saúde. No caso específico da educação médica, a mudança significa formar médicos com habilidades adequadas às exigências da carreira profissional, com capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando avanços tecnológicos com bom relacionamento, responsabilidade e curiosidade científica, e que lhes permita recuperar a dimensão essencial do cuidado: a relação entre humanos” (CYRINO; RIZZATO, 2004, p.60).

Segundo Cabral Filho e Ribeiro (2004), desde os anos de 1990, diferentes instituições, grupos e órgãos ligados à educação médica — como a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), a Rede Unida, oriunda da articulação entre os projetos IDA (Integração Docente Assistencial) e UNI (Uma nova iniciativa na educação dos profissionais da saúde - união com a comunidade) — têm proposto mudanças na educação médica, “apontando a insuficiente formação do egresso com o perfil hoje desenhado pelas diretrizes, e que a cada ano se insere no mundo do trabalho”.

Nesta perspectiva, pode-se observar que há, pelo menos, mais

de 20 anos, a própria sociedade e o Estado vêm apontando a necessidade de reformulação do ensino médico em nosso país, tendo como objetivo a produção de médicos com maior capacidade de responder ao trabalho qualificado no Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, nota-se que os resultados efetivos das mudanças nas escolas médicas nem sempre correspondem às necessidades do SUS.

No sentido de buscar a superação do modelo de formação médica predominante em nosso país — que valoriza a especialidade, a fragmentação do conhecimento, que tem como foco a doença, e não a saúde —, foram homologadas, em 2001, pelo Ministério da Educação (MEC), as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Essas foram construídas com a participação de várias entidades da sociedade civil, e enfatizam a necessidade de se formar um profissional mais adequado às necessidades do sistema de saúde da população.

Os projetos de reforma curricular das escolas médicas, influenciados pelas Diretrizes Curriculares e pelos diversos movimentos sociais surgidos no setor saúde nas últimas décadas, apontam a importância da integração ensino-serviço para a formação de um médico voltado para as necessidades de saúde da população e do sistema de saúde vigente no país.

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 a redução das doenças.

A partir da segunda metade do século XX, muitos países buscam adequar o seu sistema público de saúde às necessidades das populações. Observa-se, entretanto, não ter ocorrido esforço similar no que diz respeito à interação das Escolas Médicas com os sistemas de saúde. É possível perceber que as escolas de medicina mantêm uma regularidade como um sistema educacional muitas vezes isolado ou distante dos sistemas ou serviços de saúde de seus países.

1.2. Formação Profissional no Sistema Único de Saúde

Segundo a legislação em vigor, compete à gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) o ordenamento da formação de *recursos humanos da área da saúde*, bem como o incremento, na sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico (BRASIL, 1988).

As ações e serviços de saúde constituem um sistema único que devem ser organizados de acordo com as diretrizes do atendimento integral, da gestão descentralizada e da participação popular (BRASIL, 1988).

De acordo com a Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, NOB-RH/SUS, 2003): “A qualidade da atenção à saúde exige a formação de pessoal específico, com domínio de tecnologias que qualifiquem a atenção individual e coletiva”. Assim “novos enfoques teóricos e de produção tecnológica no campo da saúde passaram a exigir novos perfis profissionais”, por isso, é “imprescindível e obrigatório o comprometimento das instituições de ensino em todos os níveis, desde o ensino fundamental, com o Sistema Único de Saúde e com o modelo assistencial definido nas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90”.

Dessa forma, compreende-se que as diretrizes curriculares nacionais devem contemplar “a implementação de política de capacitação de docentes orientada para o SUS; e a garantia de recursos necessários ao

desenvolvimento do ensino, da pesquisa e da extensão” (BRASIL, 1988).

“A discussão sobre a formação profissional passa a ser fundamental e estratégica quando falamos do SUS, que, sob a responsabilidade das três esferas de governo, a federal, a estadual e a municipal, operam o sistema de saúde, realizando ações e serviços em prol da saúde da população” (SILVA; TAVARES, 2004, p.272).

Campos (1994) aponta a necessidade de se reforçarem os movimentos que procuram definir o papel dos profissionais e dos serviços na formação dos profissionais de saúde.

Assim, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que foi instituída como uma política pública a qual objetiva reverter o modelo assistencial, traz como demanda a necessidade de recursos humanos envolvidos e preparados para alcançar seus objetivos e princípios. Para tanto, atualmente, tem se discutido o processo de formação do profissional da saúde, pois acredita-se que esta

“deveria considerar a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.43).

Os autores apontam que a formação dos profissionais de saúde deveria ser um

“projeto educativo que extrapola o domínio técnico - científico da profissão e se estende pelos aspectos estruturantes de relações e de práticas em todos os componentes de interesse ou relevância social que contribuam à elevação da qualidade de saúde da população” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.41).

Para Ceccim e Feuerwerker (2004), a formação não deve apenas buscar ser referência no diagnóstico, cuidado e tratamento, mas, também, nas condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado.

O SUS, no Brasil, desde sua criação pela constituição de 1988, tem mostrado significativos avanços. Dentre estes, destaca-se a valorização do trabalho realizado na Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2009).

Na década de 1990, o Ministério da Saúde propôs a reorganização da prática assistencial em saúde, enfatizando a vigilância epidemiológica e o atendimento integral à saúde da família. Em 1991, teve início o Programa de Agentes Comunitários (PACS); em 1994, foi instituído o Programa de Saúde da Família (PSF) e, posteriormente, em 2006, através da Portaria nº 648/GM, foi estabelecido como Estratégia da Saúde da Família (ESF).

1.3. Formação Profissional na Estratégia da Saúde da Família

A Estratégia da Saúde da Família reafirma os princípios do SUS e prioriza a Atenção Primária à Saúde. A APS tem seu marco na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na cidade de Alma-Ata, em 1978. Desta Conferência, prescreveu-se a APS como a principal estratégia para se atingir o objetivo maior de promoção e assistência à saúde para todos os seres humanos, dentro da meta 'saúde para todos no ano 2000' (GONÇALVES et al., 2009).

“A Estratégia de Saúde da Família surgiu à luz do desenvolvimento histórico do SUS no Brasil, em 1990, a partir da evolução de fatos políticos (descentralização, novos atores institucionais, criação de câmaras de pactuação, consolidação do controle social, dentre outros), produções discursivas

(racionalidade estratégica no planejamento, crítica aos modelos centrados na racionalidade da epidemiologia, elaboração de propostas de superação do modelo INAMPS - ação programática em saúde, modelo Em Defesa da Vida, Silos - OPAS, Medicina Geral Comunitária e “saúde cidade”) e referenciais paradigmáticos (crítica ao modelo médico-centrado, defesa da idéia de determinação social da saúde, etno-epidemiologia” (ANDRADE; BARRETO; FONSECA, 2004, p. 88).

Nesta perspectiva, a Saúde da Família é a principal estratégia de organização da atenção básica que busca a reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. As equipes desenvolvem: ações de educação e promoção à saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e a manutenção da saúde desta comunidade (GONÇALVES et al., 2009).

A Saúde da Família destina-se a substituir o antigo modelo de atender passivamente o paciente que chegava à Unidade de Saúde. As ações educativas/preventivas e a rapidez nos atendimentos dos problemas mais prevalentes na comunidade exigem que o Sistema de Saúde esteja mais próximo da comunidade. E o ideal é que se consiga, assim, envolver as comunidades.

A base do desenvolvimento da ESF nos remete ao desenvolvimento do modelo da medicina comunitária da década de 1960 (CYRINO, 2005).

A ESF “como componente estruturante do sistema de saúde brasileiro tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS” (BRASIL, 2009). Assim, fica claro que a ESF busca reorganizar a prática de atenção à saúde com novas bases, realizando um trabalho mais próximo das famílias e, conseqüentemente, buscando melhorar a qualidade de vida da população.

Os objetivos estabelecidos pela ESF são: a) humanização das práticas de saúde por meio do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais e a população; b) a democratização do conhecimento do processo saúde-doença e da produção social da saúde; c) o desenvolvimento da cidadania, levando a população a reconhecer a saúde como direito; d) a estimulação da organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social. Estes objetivos destinam-se a oferecer uma atuação centrada nos princípios da vigilância da saúde, o que significa prestar assistência de forma integral, abrangendo todas as dimensões do processo saúde-doença (BRASIL, 1997).

A fim de atender tais objetivos, o projeto oficial propõe que as equipes da ESF sejam compostas, no mínimo, por: um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Outros profissionais - a exemplo de dentistas, assistentes sociais e psicólogos - podem ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. A Unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade (BRASIL, 2004).

Recentemente, para ampliar as possibilidades de atuação da ESF e qualificar e aumentar sua resolutividade, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Estes têm como principal objetivo:

“... apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, e aumentar a resolutividade dela, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde” (BRASIL, 2009, p.7).

Por meio de apoio matricial, as equipes dos NASF deverão ter uma efetiva colaboração na qualificação do cuidado oferecido pelas ESF.

A ESF tem como prioridade o princípio da integralidade e, para isso, trabalha na perspectiva de ofertar a assistência promocional e preventiva, sem descuidar da atenção curativa e reabilitadora.

A grande potencialidade atribuída à ESF é sua contribuição no papel de aprimoramento e consolidação do SUS, a partir da reorientação do serviço ambulatorial e domiciliar, ou seja, a “porta de entrada” do sistema (BRASIL, 1997).

Para Alves (2005, p. 49)

“pensar no PSF como estratégia de reorientação do modelo assistencial sinaliza a ruptura com práticas convencionais e hegemônicas de saúde, assim como a adoção de novas tecnologias de trabalho. Uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, assistência integral e continuada a famílias de uma área adscrita são algumas das inovações verificadas no PSF.”

Em que pese todo o esforço do Estado na qualificação do trabalho na APS, Franco e Merhy (1999) apontam que estão presentes diversas tensões na potência transformadora da ESF. Ao analisarem a ESF, colocam que, se a ESF não conseguir rever a forma de produzir o cuidado em saúde, dispendo-se a atuar também na direção da clínica, dando-lhe real valor com propostas ousadas como a da clínica ampliada, pode, assim como a Medicina Comunitária e os Cuidados Primários em Saúde, configurar-se na sua ação “como linha auxiliar do Modelo Médico Hegemônico”. Para os autores, a ESF pode persistir como um modelo no qual cuida “dos terrenos de competência da Saúde Coletiva”, e da saúde individual cuida a corporação médica (FRANCO; MERHY, 1999).

Coexistem, no Brasil, equipes de saúde da família centradas no médico, e outras centradas no usuário, dependendo da gestão, organização e desenvolvimento local. Em pesquisa recente, foi constatado que “há uma grande diversidade na organização do processo de trabalho no PSF, diferentemente do que possa parecer, dada a regulamentação que normatiza sua organização e funcionamento” (CAMARGO JUNIOR et al., 2008).

Se considerarmos que, atualmente, ao olharmos a realidade dos serviços de saúde, nos deparamos com duas vertentes na

organização do processo de trabalho, onde, de um lado, está a corrente hegemônica voltada ao biológico, ao trabalho individual e centrado no médico e na doença, temos também uma vertente cujo paradigma que defende é a reflexão crítica dos processos de trabalhos, e, portanto, aponta a necessidade do redirecionamento da centralidade do saber médico na determinação dos processos de trabalho em saúde (CAMARGO JUNIOR et al., 2008). Assim, faz-se necessário rediscutir o processo de formação deste trabalhador.

1.4. A Visita Domiciliar

▫ A Visita Domiciliar na ESF

Uma importante ferramenta, que diferencia a ESF de outros programas, modelos de atenção ou de gestão em saúde no Brasil, é a Visita Domiciliar (VD), realizada prioritariamente pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Nesta, os membros da equipe vão até a residência dos moradores de cada área de abrangência das unidades, deixando para trás modelos de atenção que esperavam a vinda dos usuários até a Unidade de Saúde.

A VD da Saúde da Família é considerada estratégia de trabalho prioritária e o primeiro passo para o acolhimento (BELLUSCCI, 2006), e caracteriza o modelo de atenção em saúde adotado. De acordo com a portaria GM nº 648, de 29/03/2006, no seu anexo 1, são atribuições comuns a todos os profissionais da equipe da Saúde da Família “realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário” (BRASIL, 2009).

Também consta, como uma das atribuições específicas do Agente Comunitário de Saúde, “acompanhar, por meio de VD, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe” (BRASIL, 2009). Na estratégia Saúde da Família, não está definido o parâmetro para a frequência de VD

para os profissionais da equipe, salvo para os ACS, cujo parâmetro estabelece 1 (uma) visita domiciliar/ família/ mês (BRASIL, 2009).

A VD é uma prática antiga na área da saúde e, hoje, pode ser considerada como um dos eixos transversais da ESF, pois perpassa pelos princípios da integralidade, universalidade e equidade.

▫ **A Visita Domiciliar: histórico e perspectiva atual**

Na Grécia (443 a.C.), já encontramos relatos de médicos que percorriam as cidades prestando assistência às famílias, de casa em casa, orientando-as quanto ao controle e melhoria do ambiente físico, alívio da incapacidade e do desamparo (REINALDO; ROCHA, 2007).

Segundo Rosen (1994), anterior ao surgimento das enfermeiras visitadoras em Londres, nos anos de 1854 e 1856, a prática da VD era realizada por mulheres da comunidade sem muita instrução, que tinham apoio financeiro do estado para educar as famílias carentes sobre os cuidados de saúde.

Mas é no século XX que as enfermeiras assumem o papel de visitadoras responsáveis pela Saúde Pública. Este movimento acontece, inicialmente nos Estados Unidos e se espalha por todo o mundo, com o objetivo de trabalhar junto com as comunidades para atender os seus problemas como um todo (REINALDO; ROCHA, 2007).

No Brasil, a partir de 1920, com a escola de Enfermagem da Cruz Vermelha, é criado um curso de visitadoras sanitárias, como parte do serviço de profilaxia da tuberculose. Tal iniciativa marca a inclusão da VD como atividade de Saúde Pública (LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008).

Em entrevista a Virginia Schall, a professora Hortênsia H. de Hollanda conta sobre seu trabalho, de 1949 a 1955, como assistente técnica da Divisão de Educação Sanitária do Serviço Especial de Saúde Pública da Fundação SESP (Serviço Especial de Saúde Pública), do Ministério da Saúde, no qual a VD é destacada como uma atividade frequente no trabalho realizado naquela época, com conteúdo de

educação em saúde. Para a professora:

“... as melhores formas de conhecer bem os problemas das pessoas são: visita nas casas, reuniões do bairro, pesquisas, conversas descontraídas sem perguntas prontas, não deixar anotações atrapalharem a conversa, procurar fazer trabalhos em grupo, devolverão bairro a resposta do levantamento do problema, depois tentar resolver juntos os problemas, escolher o que fazer em cada momento. Então é isso...” (SCHALL, 1999, p.159).

Na década de 1970, no Brasil, diante das mudanças nas políticas de saúde, e com a priorização da alocação dos recursos financeiros para a assistência intra-hospitalar, há um esvaziamento nas ações de enfermagem na saúde pública e, conseqüentemente, nas visitas domiciliares. Com o período militar, o que se observou foi uma gradativa transformação do modelo assistencial higienista/preventivista para o modelo dual curativista/preventivista, acarretando, assim, a descaracterização das práticas de prevenção, dentre elas, a VD (EGRY; FONSECA, 2000).

Lopes, Saupe e Massaroli (2008) apontam que, historicamente, a VD teve uma preocupação centrada em evitar doenças e minimizar a dor dos doentes, e não na promoção da saúde, na valorização do contexto social e na qualidade de vida dos visitados.

Para Kerber, Kirchhof e Cezar-Vaz (2008), a VD, também chamada de atenção domiciliária, pode agregar ao seu processo tanto a ação de cuidar como a de educar.

Segundo Carletti e Rejani (1997), a atenção domiciliária ou visita domiciliar é um serviço em que ações de saúde acontecem a partir da realidade em que o visitado está inserido, destinadas à manutenção, promoção ou restauração da saúde.

A VD é uma categoria da atenção domiciliar que prioriza o diagnóstico do indivíduo no seu contexto e, assim, prevê ações educativas. É um instrumento que permite conhecer a realidade do outro

para poder propor ações de saúde para a família e para a comunidade (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

A VD tem reorientado o modelo de atenção à saúde recomendado no SUS e, portanto, podemos afirmar que é um instrumento que permite a transversalidade do sistema de saúde, além de ser um espaço de construção de políticas públicas por meio da relação que se estabelece entre os diferentes sujeitos, pois é nesta prática que se pode entender a totalidade dos condicionantes que afetam a vida do cidadão (LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008).

Kerber, Kirchhof e Cezar-Vaz (2008) apontam que, por intermédio da atenção domiciliar, é possível ser desenvolvida, pelos trabalhadores em saúde, a assistência ao indivíduo e sua família de forma mais integral, contextualizada, nos aspectos de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação - promovendo, assim, a integração dos trabalhadores que atuam no sistema de saúde e que estes possam, portanto, oferecer o cuidado de saúde de acordo com as possibilidades do serviço e as necessidades dos visitados.

Segundo Lopes, Saupe e Massaroli (2008), a VD é uma tecnologia, como o encontro das pessoas, que permite criar espaços de intersubjetividade, onde acontecem falas, escutas e interpretações. Estes são momentos de cumplicidade nos quais pode haver a responsabilização em torno dos problemas que serão enfrentados. Esta tecnologia permite trabalhar com três pontos, que são: a observação, o diálogo e o relato oral.

Para Pereira (2001), a VD proporciona aos trabalhadores fazerem uma reflexão sobre a concepção do processo saúde-doença e de ser humano. Enfim, permite ao profissional reconhecer seu paciente em suas múltiplas relações, biopsicossocial e ambiental.

A vantagem de se realizar a visita no domicílio também traz a possibilidade de que os trabalhadores de ambos os espaços e serviços de saúde se integrem e possam efetuar um trabalho em conjunto, não somente em nível de referência, contra referência, mas no compartilhar

de suas responsabilidades (KERBER; KIRCHOF; CEZAR-VAZ, 2008).

Atualmente, no Brasil, a VD é considerada como uma estratégia de reorganização do SUS. Esta prática substitui o modelo tradicional de saúde, aproximando o serviço da população brasileira, levando a saúde mais perto das famílias e melhorando a qualidade de vida, rompendo com a passividade das unidades de saúde.

Segundo Takahashi e Oliveira (2001), a VD propicia maior proximidade dos profissionais e serviços com as pessoas e seus modos de vida, permitindo, dessa forma, uma aproximação com os determinantes do processo saúde-doença no âmbito familiar - e é considerada fonte de quase todas as informações necessárias à organização do serviço que se faz na Saúde da Família.

Na Estratégia de Saúde da Família, é o ACS que informa a população sobre o modelo de atendimento na unidade, ajudando o agendamento de consultas e serviços, melhorando o esquema de funcionamento da Unidade Saúde.

Amaro (2003) defende que é necessário afastar o mito de que a VD é uma atividade empírica. Acredita que seu desenvolvimento deve ser realizado sobre as bases teóricas, humanas e profissionais. Para isso é necessário que as visitas sejam realizadas com respeito à subjetividade de cada ser, pois o quadro de valores é distinto e a relação que se estabelece entre visitador e visitado é importante para o sucesso do trabalho desenvolvido no decorrer da visita.

Segundo Nogueira (1997), a VD tem como vantagens para o profissional da saúde: o conhecimento do meio ambiente do outro, atentando para as condições de moradia, as relações afetivas e sociais da família, além de facilitar a adaptação e planejamento das ações conforme os recursos da família, propiciando, assim, melhor relacionamento entre família e profissional de saúde, pois ela é menos formal do que as atividades realizadas nos serviços de saúde.

Cohn, Nakamura e Gutierrez (2009) trazem uma reflexão do processo de implantação da ESF em seus diferentes contextos e

obstáculos, onde o que observamos é uma preocupação na produção de pesquisas que discutem a organização, a estruturação e o gerenciamento das equipes da ESF. Apontam as autoras que pouco se tem pesquisado sobre o processo de emancipação da população atendida pela estratégia. Hoje, uma particularidade da ESF é seu potencial de penetração na comunidade por meio do agente comunitário de saúde (ACS), que traz para o privado (o domicílio) as questões do público (as políticas de saúde – unidades).

Nesse trabalho fica claro quão complexa é a atividade de VD, mediante a proposta do Ministério da Saúde no sentido de monitorização da saúde das famílias. Nas áreas estudadas por estas pesquisadoras, pode-se observar as mais variadas formas em que as VD se realizam e, mesmo, quanto são variados os “vínculos por ela estabelecidos com a respectiva população atendida” (COHN; NAKAMURA; GUTIERRES, 2009).

As autoras explicitam que, por meio da arquitetura das casas, já se coloca um ponto de diferenciação das VD. Assim, em locais onde as casas têm suas portas abertas diretamente para a rua, aparece, para o ACS, a possibilidade de visualização da casa logo ao se abrir a porta ainda no espaço da rua (COHN; NAKAMURA; GUTIERRES, 2009).

A mesma pesquisa aponta, por meio do ACS, que atua como intermediário do serviço de saúde e população, se haverá uma maior ou menor possibilidade de vínculo à população atendida.

“portanto, o bom relacionamento mantido pelos ACS com a comunidade facilita o trabalho da equipe, colaborando para que algumas atividades, especialmente as reuniões de grupos, se tornem mais eficazes pela participação da população nestas ações” (COHN; NAKAMURA; GUTIERRES, 2009, p.150).

Nesta mesma pesquisa é colocado que, em geral, o ACS não entra nas casas, ficando no portão, na porta ou no corredor, de acordo com o tipo de habitação. Aponta-se, assim, que o ACS entra na casa apenas quando convidado, e esta situação é mais frequentemente

relatada quando há alguém mais doente ou um recém-nascido, ou, mesmo, quando há um vínculo de amizade com a pessoa. Desta forma, para as autoras, fica patente que, ao atuar como mediador entre o serviço de saúde e a comunidade, o ACS, ao entrar nas casas, possibilita à ESF um maior acompanhamento do estado de saúde da população e, também, um maior “controle de outras dimensões de seu cotidiano, revelando-se, assim, um duplo potencial normatizador do programa” no sentido de normatização da saúde e da vida das famílias (COHN; NAKAMURA; GUTIERRES, 2009).

Atualmente, na ESF, a visão que se tinha de que o ACS era apenas uma representação da comunidade, foi totalmente modificada, pois a presença de ACS na equipe é imprescindível. Ao atuar junto à comunidade, o ACS se comunica com esta por meio de uma linguagem simples e objetiva, levando informações sobre prevenção de doenças, promoção de saúde, condições de higiene e saneamento.

Assim, a VD pode aproximar a equipe de saúde da comunidade, proporcionando às famílias um acompanhamento mais particularizado, pois a mesma é entendida como única, pertencente a um contexto social e cultural específico que condiciona diferentes formas de viver e de adoecer.

Para Kawamoto, Santos e Matos (1995), “a visita domiciliar é um conjunto de ações de Saúde voltada para o atendimento, tanto educativo como assistencial”.

Por intermédio da literatura encontrada, observamos que há uma contradição no papel da VD, que, para alguns teóricos, é entendida como ferramenta de assistência com a qual é possível controlar o paciente no cuidado com sua saúde; mas esta pode ser, também, uma tecnologia de promoção e prevenção à saúde, que considera a realidade e o contexto em que o paciente está inserido, ou uma estratégia que propicia o aprendizado na formação dos profissionais da saúde, as chamadas VD pedagógicas.

Sob esta perspectiva, da VD como ferramenta didática ou

pedagógica, diversas Instituições de Ensino Superior (IES) buscam, por meio de diferentes cenários de ensino, trabalhar habilidades e atitudes essenciais para o profissional de saúde, que possam contribuir para o desenvolvimento do SUS e a adequação do currículo às DCN.

Levantamento recente, realizado nos anais da Revista de Educação Médica, referente aos congressos de Educação Médica Brasileiros, permite observar a presença de vários trabalhos apresentados que ilustram a mudança de postura em relação à valorização do ensino médico na atenção básica, que apontam a VD como estratégia no ensino médico, para diversos objetivos a serem alcançados.

Peternelli et al. (2009) colocam que “através de Visitas Domiciliares de caráter didático e não assistencial”, são visitadas “famílias que se utilizam dos serviços de Unidades Básicas de Saúde (UBS)”. Nesse estudo é apresentado que “nos primeiros contatos, muitas famílias e alunos mostraram-se apreensivos nesta fase introdutória da atividade”, demonstrando certo constrangimento inicial no primeiro contato e que

“no decorrer das visitas, tanto os alunos como as famílias demonstraram maior facilidade em comunicar-se, iniciando aí a construção do vínculo citado, baseado no respeito e confiança entre as partes, possibilitando a partir daí a inserção de intervenções de caráter educativo, elaborados pelo próprio grupo de alunos sob orientação dos tutores, juntamente com profissionais de saúde da UBS em questão” (PETERNELLI et al., 2009, p.299).

Na Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora-MG (PETERNELLI et al., 2009), o ensino na comunidade também privilegia a estratégia da VD, definindo a mesma como “provisão de serviços de saúde por prestadores formais e informais com objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, função e saúde das pessoas num nível máximo, incluindo cuidados para uma morte digna”. Nesse estudo a importância da VD aparece como estratégia pedagógica e para melhoria do cuidado de pacientes crônicos e acamados. Assim acreditam que a

“visita ao domicílio permite ao estudante perceber não apenas as doenças, mas também o contexto do usuário e, sob uma visão crítica e reflexiva, suas necessidades individuais e coletivas possibilitando realizar atenção continuada com prática de ações, para a melhoria da qualidade de vida de seus integrantes” (PETERNELLI et al., 2009, p.300).

A VD também é ferramenta pedagógica na Universidade Católica de Goiás (UCG), e tem como objetivo a interação entre academia e serviço, como apontam em estudo (ELIAS et al., 2009).

“a Visita Domiciliar é um instrumento de compreensão do viver familiar que permite ao profissional de saúde e ao acadêmico estarem mais próximos das famílias, possibilitando conhecer e interpretar o modo de vida, cultura, crenças e padrões de comportamento. Permite a avaliação dos fatores determinantes da saúde daquela população. Assim, os acadêmicos em parceria com os profissionais do serviço são capazes de programar ações para o controle das doenças de forma mais efetiva e resolutiva” (ELIAS et al., 2009, p.312).

Mesmo na instituição onde a presente pesquisa esta se realizando, há referências de resumos de trabalhos apresentados sobre a VD.

“As Visitas Domiciliares (VDs) são instrumentos de abordagem da família, suas características bio-psico-sociais, culturais e ambientais e auxiliam no vínculo entre a família e o profissional de saúde. Para os acadêmicos de Enfermagem e Medicina que nos primeiros anos de Graduação pouco fazem pela população em geral devido ao modelo de ensino que não prioriza esta prática, a Visita Domiciliar é um instrumento de formação acadêmica que propicia o contato precoce com a população, e gera conhecimentos que fogem dos padrões teóricos da sala de aula” (YAKUWA, 2009, p.304).

Neste sentido podem-se observar diferentes concepções e proposições no trabalho de VD. Muito embora alguns autores superdimensionem a importância da VD, outros a separam enquanto ser a mesma pedagógica, assistencial ou didática. A presente pesquisa assume que nem toda ida ao domicílio do usuário deve ser considerada uma VD. Para ser uma VD, a atividade deve compreender um conjunto de ações que combinam o trabalho pedagógico com o assistencial, e a mesma faz parte do cuidado que não se limita ao ato da VD, mas sim a todo um processo que ocorre antes, durante e após a visita ao domicílio.

Também se assume que, para a realização da VD, o aluno ou o profissional de saúde deve ser preparado com uma capacitação específica no sentido de não ser uma ação invasiva, ou, mesmo, que respeite a situação do espaço privado do domicílio.

Entende-se que a relação entre o profissional de saúde, o estudante e o morador visitado deve ser pautada “nos princípios da participação, da responsabilidade compartilhada, do respeito mútuo e da construção conjunta no processo saúde-doença” (TAKAHASHI; OLIVEIRA, 2001). Deve-se, ainda, destacar que as diferenças sociais, econômicas, culturais e educacionais existentes entre moradores, estudantes e profissionais de saúde precisam ser consideradas no planejamento, na execução e na avaliação da VD.

Assim, destaca-se ainda que seja no caráter assistencial, seja no caráter pedagógico, a VD pode propiciar um processo de aproximação e vínculo único entre moradores, estudantes e profissionais de saúde.

1.5. Formação Profissional na Faculdade de Medicina de Botucatu

Nos seus 47 anos de história, a instituição passou por vários processos de reformulação curricular. Na década de 1970, a FMB/UNESP foi pioneira ao aumentar o período de internato para dois anos; e, preocupada desde então em aproximar o ensino da comunidade e as necessidades de saúde da população, criou a “Unidade Sanitária do

Lageado”, como campo de estágio para alunos de graduação e residência médica. Em 1972, instalou-se o Centro de Saúde Escola enquanto unidade de atenção primária da FMB/UNESP. O ensino na comunidade na FMB/UNESP vem se desenvolvendo a partir de parceria com a atenção primária desde os anos 70; as experiências de ensino na comunidade por meio de creches e escolas possibilitaram uma inserção dos docentes da FMB/UNESP e dos alunos na comunidade (CYRINO, A., 2002).

A FMB/UNESP tem importante destaque na construção da rede municipal de Saúde de Botucatu, sobretudo por meio da participação de docentes do departamento de Saúde Pública e de outros. Toda implantação da rede básica de saúde municipal foi coordenada por docentes da FMB/UNESP que vêm atuando na secretaria municipal de saúde. Por meio de seus docentes, sempre esteve presente nos movimentos pela redemocratização do país e, particularmente, nos movimentos da reforma sanitária e da implantação do SUS.

Em 1988, é iniciado um processo de reforma curricular que resulta na aprovação de um novo currículo em 1996. Nesse mesmo período, a FMB/UNESP é selecionada para o desenvolvimento do Projeto UNI (Fundação Kellogg), que impulsionou o desenvolvimento de atividades inovadoras no ensino e maior aproximação com a comunidade (BRASIL, 2005).

O curso de Medicina tem passado por ampla atualização e ajuste nos últimos anos para adequar-se às Diretrizes Curriculares e a demandas institucionais. A referência do perfil profissional do médico tem como base a realidade do Sistema Único de Saúde no Brasil. Desde 2007, foi formada uma comissão para a reestruturação do Projeto Político Pedagógico (PPP) da FMB visando diagnosticar os pontos do currículo que precisam ser reformulados e apresentar uma nova proposta de PPP. Nesse processo está proposta a participação de toda a comunidade acadêmica na sua construção (UNESP, 2009a).

Hoje, o currículo da FMB/UNESP apresenta um desenho

“misto”, com uma maior tendência ao modelo tradicional de ensino médico, ou seja, preserva os dois anos iniciais no básico, dois anos de clínica e dois anos de aplicado. Muito embora seja majoritariamente um currículo por disciplinas, o mesmo apresenta momentos de diversificação de cenários de ensino e de integração curricular. Também deve-se observar que, nos dois primeiros anos, já há um movimento de aproximação da prática médica com a introdução de disciplinas como semiologia e o IUSC. Podem-se, ainda, constatar integrações transversais entre as diversas disciplinas do básico com o clínico, do básico com o básico, do clínico com o clínico, e da saúde coletiva com o clínico.

1.6. Parceria FMB e Secretaria Municipal de Saúde

A FMB possui uma trajetória de histórias de inovação no seu ensino influenciada pelos movimentos de reformas da medicina que o país vinha e vem enfrentando. É necessário lembrar que, no seu início, ainda como FCMBB, sofreu forte influência do movimento de reforma universitária. Os professores que fundaram a escola nessa época eram “pessoas que desejavam uma revisão completa da estrutura universitária e que defendiam uma aproximação da universidade com a população e com a saúde pública” (FRANÇA, 2008, p.921).

Esta influência pode ser observada nos primeiros anos do ensino da FCMBB, em que se buscava uma formação voltada para as necessidades da população e se propunha a desenvolver este ensino em práticas extra-hospitalares.

Cyrino, A. (2002) aponta que é sob a influência dos movimentos de reforma da Medicina (Medicina Integral, Medicina Preventiva e Medicina Comunitária) que se buscou romper com o paradigma flexneriano que domina a educação médica até hoje.

Com a reorganização da prática médica, e uma superposição da Medicina Integral e da Medicina Preventiva, que decorre o ideário desde a década de 1950, que as escolas médicas deveriam buscar

estratégias curriculares de ensino extramuros e já influenciadas também pelo movimento da Medicina Comunitária, a FCMBB elaborou, em 1969, o projeto da “primeira experiência de ensino extramuros, a Unidade Sanitária do Lageado, localizada em área rural do município”, sob o alicerce de um contexto bastante favorável, tanto pelo interesse dos estudantes, como pela participação direta de docentes dos Departamentos e Disciplinas (Medicina Preventiva, Moléstias Transmissíveis e Infeciosas, Psicologia e Pediatria). Até então, o ensino das escolas médicas do Brasil era realizado predominantemente em hospitais (CYRINO, A. 2002).

A proposta da Unidade do Lageado era ensinar e praticar a Medicina Preventiva. Em janeiro de 1970, o Departamento de Medicina em Saúde Pública explicitava, em documentos, os objetivos gerais e específicos de cada atividade que seria realizada na Unidade do Lageado (MAGALDI; GIAROLA; OLIVEIRA, 2002).

Segundo os autores, “a unidade sanitária Lageado, sendo polivalente e dinâmica iria prover a assistência médico sanitária à comunidade local, com os objetivos de promover a saúde, prevenir, diagnosticar e tratar as doenças” (MAGALDI; GIAROLA; OLIVEIRA, 2002, p.151).

Inicialmente, o estágio dos alunos acontecia na Unidade de Saúde da Fazenda Lageado e Edgardia, num salão cedido pela fazenda, onde foram improvisados consultórios, com a participação de docentes dos Departamentos de Medicina Preventiva, de Pediatria e do Curso de Doenças Tropicais e Infeciosas, que concordaram em aplicar um modelo didático em que os internos permanecessem em tempo integral (MAGALDI; GIAROLA; OLIVEIRA, 2002).

Os programas desenvolvidos pelos internos nessa unidade sanitária seriam: higiene da criança, higiene materna, higiene do adulto, controle de doenças transmissíveis, saneamento do meio e educação sanitária. Estes programas já apresentavam um esboço de programação em saúde, que estabelecia frequência de comparecimento dos pacientes,

exames complementares de rotina e visitação domiciliária etc (CYRINO, A., 2002).

Algumas dificuldades de ordem práticas surgiram e o estágio na unidade sanitária do Lageado foi perdendo sua força. Enquanto isso, o estágio de Internato Rural foi sendo ampliado, posteriormente, para os Municípios de Timburi, Anhembi, Itatinga e Pardinho, e desenvolveu-se até 1985 (MAGALDI; GIAROLA; OLIVEIRA, 2002).

Em 1972, outro projeto se concretizava para a continuidade da formação de um médico preocupado com as necessidades de saúde da população - Centro de Saúde Escola (CSE) –, que passava a ensinar e a praticar a Saúde Pública (CYRINO, A., 2002).

Segundo Magaldi (2002), o CSE caracterizava-se como unidade polivalente, destinada à assistência integral e ao ensino de medicina e à formação de outros profissionais, devendo, assim, articular-se com o Hospital das Clínicas da FMB e com a rede pública, para integrar as ações de saúde, até então descoordenadas. Também precisaria relacionar-se com a população, sob o ponto de vista epidemiológico e social.

Assim, os períodos seguintes foram de estruturação do serviço, acordos de funcionamento, treinamento de pessoal, sempre rodeados de muitos acertos, erros e impasses.

Para Cyrino e Schraiber (2002, p.59)

“o Centro de Saúde Escola significou um movimento de deslocamento do ensino para a elaboração de um projeto técnico, por referência ao trabalho anterior: da unidade do Lageado. Buscava-se construir uma tecnologia de organização do trabalho correspondente à vontade política do movimento reformador: extensão da atenção à saúde dirigida às ‘necessidades de saúde da população’ e atenção integral das pessoas”.

Em síntese, o CSE representou a intencionalidade dos seus formuladores, ao tentarem estabelecer uma determinada tradução

tecnológica que corresponderiam com os princípios da universalização, regionalização, hierarquização, integração das ações e participação da comunidade, nas práticas assistências e no modo de trabalhar a saúde (CYRINO; SCHRAIBER, 2002). Assim, o CSE segue como uma proposta de integração ensino e serviço, como uma parceria da Universidade com o desenvolvimento de ações de ensino, extensão e pesquisa na atenção básica.

Na década de 1980, com toda a discussão sobre a implantação da reforma sanitária no Brasil, e com a implantação da estratégia das Ações Integradas de Saúde – AIS, há, segundo PAIM (1986), uma possibilidade de inclusão das escolas médicas no debate, com repercussão na mudança no ensino médico no Brasil,

“espera-se que o potencial crítico existente nas Universidades possa traduzir-se na ocupação de espaços políticos visando ao desenvolvimento de articulação ensino-pesquisa-serviço, no âmbito da saúde, reaproximando o mundo do estudo ao mundo do trabalho, na busca da redefinição da formação de recursos humanos em função das necessidades sociais majoritárias”
(PAIM, 1986, p.175).

Com as eleições municipais de 1982, incorporam-se à vida política de Botucatu docentes da universidade. Dentre estes, alguns professores do Departamento - e é neste contexto que uma docente do Departamento de Saúde Pública da FMB assume a coordenação da Secretaria Municipal de Saúde em Botucatu, oportunizando a participação do Departamento de Saúde Pública na citada Secretaria. A partir daí, em 1983, é implantada a rede básica de serviços, abrindo-se um novo campo de estágio para os alunos da graduação médica em Unidades Básicas de Saúde (UBS) recém inauguradas (CYRINO, E., 2002).

A partir da ampliação destes espaços de assistência à saúde em Botucatu, o internato rural em Saúde Pública da FMB, que acontecia em diversos municípios da região, e que funcionou até 1985, como campo de estágio para os alunos, é substituído pelo CSE e pelas novas unidades

de saúde municipais de Botucatu (ULIANA, 2010).

Já no início dos anos 90, a FMB é uma das escolas selecionadas para participar do Programa UNI (Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde - União com a Comunidade), em parceria com a Prefeitura Municipal e organizações comunitárias de Botucatu. Tratava-se de uma iniciativa da Fundação Kellogg, que tinha como proposição central o desenvolvimento simultâneo de mudanças na universidade, nos serviços locais de saúde e na comunidade.

Esse é um período de ampliação dos cenários de práticas de ensino na comunidade, destacando-se a introdução de estágios dessas nas áreas de saúde da criança, saúde da mulher e assistência ao parto.

Na sequência, a FMB, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde vem participando de diversos projetos voltados para a ampliação do ensino na atenção básica, propostos pelos Ministérios da Saúde e Ministério da Educação. Assim, foram construídos, em 2001, o PROMED, e, em 2005, o PRÓ-SAÚDE, o que contribuiu para o fortalecimento da interação entre a rede de serviços públicos municipais e a FMB/UNESP. Esta parceria e a integração de esforços para garantir a expansão e qualificação da atenção básica têm possibilitado a formação de médicos e enfermeiros com perfil profissional adequado às necessidades da população, do SUS em Botucatu (CYRINO et al., 2007).

A maior parte dos médicos e enfermeiros da rede municipal se formou na FMB/UNESP, e, nos últimos anos, com a implantação da residência multiprofissional em Saúde da Família, esta parceria tem se ampliado, inclusive sendo a FMB a formadora desse grupo de profissionais que têm sido, desde 2003, absorvidos para o trabalho na ESF de Botucatu.

Com a seleção da FMB, em parceria com a Secretaria Municipal de Botucatu, em 2008, para a participação no PET-Saúde, há um novo esforço no sentido de aprimorar o trabalho em parceria entre docentes, profissionais de saúde e estudantes de medicina e enfermagem (UNESP, 2008).

Em que pesem as mudanças entre as diferentes gestões municipais com maior ou menor aproximação com a FMB/UNESP, a permanência de estudantes e residentes em estágios na rede sempre foi mantida ao longo destes vinte e sete anos de existência da Secretaria Municipal de Botucatu.

Com a existência do ensino na atenção básica, tem sido possível aproximar docentes da FMB/UNESP à realidade de saúde da população. Sua atuação com os estudantes tem possibilitado o repensar da prática médica e de enfermagem no SUS, qualificando as ações de saúde para que os princípios da integralidade, a equidade, o acolhimento e a humanização sejam alcançados.

1.7. O Ensino na Comunidade na FMB/UNESP e o Programa de Interação Universidade Serviço Comunidade (IUSC)

Artigo 3º das Diretrizes Curriculares é proposto como “médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano” (ALMEIDA, 2005, p.46).

Como já relatado anteriormente, a FMB/UNESP tem uma longa história do ensino de graduação realizado na comunidade, privilegiando a prática em Saúde Pública, seja no ensino, na pesquisa e extensão e na prática clínica realizada na atenção primária.

Nestes últimos anos, a formação médica centrada no Hospital Escola tem sido muito criticada pela percepção de esgotamento e inadequação profissional que está se inserindo no mercado de trabalho. Para atender as necessidades de saúde da população e se adequar ao mercado de trabalho, a FMB/UNESP tem desenvolvido, atualmente, um

oitavo de seu curso médico na atenção básica.

A FMB/UNESP diversifica seu cenário de ensino em vários momentos do curso, dos quais, podemos citar: as disciplinas de Saúde Coletiva, Pediatria, Clínica Médica, Obstetrícia. A própria existência do Centro de Saúde Escola da FMB, responsável por significativa cobertura da atenção básica em Botucatu, tem contribuído para a implementação de um sistema de atenção básica resolutivo e de qualidade (CYRINO et al., 2007).

1.8. Do Programa à Disciplina de Interação Universidade Serviço Comunidade – IUSC

Para entender e conhecer o processo de construção e implantação do IUSC, faz-se necessário que se conheçam as políticas de incentivo às reformas curriculares que tiveram início em 2002, com o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares para as escolas médicas no Brasil (PROMED), com a aprovação, em 2006, do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) e, em 2008, com a proposta do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) – propostas que objetivaram a reformulação das práticas da formação do profissional e de saúde, para a construção da integralidade da atenção à saúde da população e a educação permanente de trabalhadores para o SUS.

▫ O PROMED: do projeto à elaboração do programa

Para a elaboração do projeto aprovado, fez-se necessário seguir as diretrizes do Ministério da Saúde, que orientava, através de edital, a instituição a construir uma “Análise da Situação Atual” e uma “Imagem-Objetivo” a ser alcançada após o término do projeto, a partir de um sistema de gradação dividido em eixos e vetores que contemplavam: Orientação Teórica, Abordagem Pedagógica e Cenários de Práticas.

A proposta aprovada foi fruto de um processo de discussão de toda a comunidade acadêmica da FMB/UNESP, do Instituto de

Biociências (IB), da Secretaria Municipal de Saúde e dos representantes da comunidade de Botucatu. Por meio de planejamento participativo e de oficinas, foi possível elaborar uma proposta de mudança curricular que buscava contemplar maior integração entre a universidade, o serviço e a comunidade.

É nesta ocasião que também acontece um seminário, no município de Embu (São Paulo), para os dirigentes das escolas que foram aprovadas para participar do PROMED. É após este evento que a diretora da FMB – movida pelas discussões colocadas em pauta e pela necessidade de mudança no ensino que privilegiasse a diversificação dos cenários de práticas e que tivesse uma aprendizagem mais ativa e significativa para os alunos – recomenda que uma das atividades prioritárias do PROMED da FMB deveria ser a implantação do IUSC, que se insere como uma atividade desenvolvida no curso de graduação em Medicina (UNESP, 2002a).

Em 2003, um grupo de trabalho da FMB, com representantes da Secretaria Municipal de Saúde, visitou o programa de ensino na comunidade da Universidade Federal Fluminense (UFF), em Niterói, como base de proposição para o início do IUSC (UNESP, 2005).

O projeto inicial estabelecia que o IUSC seria desenvolvido pelos alunos do 1º ao 6º ano médico, divididos em nove grupos nas áreas de abrangência das UBS/USF de Botucatu, permanecendo na mesma região durante toda graduação. Assim, seria possível que o aluno conhecesse melhor a população da área e vice-versa¹.

Essas atividades seriam realizadas em parceria com a Prefeitura de Botucatu e a comunidade, com o objetivo de observar a situação de vida e de saúde da população, e participar das estratégias de proteção e cuidados desenvolvidas na rede de atenção básica à saúde do município de Botucatu. A própria comunidade seria um espaço para a diversificação dos cenários de ensino, assim como os domicílios, as creches e as escolas, além das unidades de saúde. Segundo documento

¹ RUDGE, M.V.C. (Faculdade de Medicina, UNESP-Campus de Botucatu). Aula sobre a proposta do IUSC, 2003.

institucional, nesses espaços deveria prevalecer: a resolutividade, a assistência integral, o trabalho em equipe e a participação dos usuários (UNESP, 2002b).

A proposta final do Programa IUSC foi então construída já contemplando um cronograma de atividades para o ano de sua implantação.

▫ **O início do Programa IUSC**

“No dia seis de maio de maio de 2003, (...) pude ver grupos de alunos do 1º ano de medicina da FMB dar início as atividades práticas do IUSC. (...) Após a partida (...) pedi que esta alteração conceitual do ensino da nossa faculdade (...) convertesse nossos futuros médicos em seres humanos com corpo, mente e espírito desenvolvidos...” (RUDGE,2005, p.9).

O IUSC é uma experiência construída coletivamente a partir do reconhecimento da necessidade de vivência de alunos e professores, em práticas voltadas à integralidade das ações em saúde; centra seu foco na família inserida no universo das relações históricas, culturais, socioeconômicas e políticas da sociedade, procurando romper com a concepção biomédica no processo ensino-aprendizagem (CYRINO et al., 2006).

Os dois eixos temáticos do IUSC estão pautados na Integralidade e na Humanização do cuidado, o que propõe ampliar a compreensão de que a clínica não é só um conjunto de ações individuais, mas um olhar ampliado para os problemas de cada um, e que “o acolhimento às necessidades básicas de saúde pode e deve acontecer num sistema de saúde organizado pela hierarquia de complexidade do cuidado” (CYRINO et al., 2005, p.24).

As atividades educacionais desenvolvidas no IUSC não devem restringir-se à visão biológico-reducionista do cuidado médico, mas voltar-se para a integralidade das ações em saúde, que valoriza a educação em saúde e a promoção da qualidade de vida (CYRINO et al., 2007).

A prática do IUSC deveria contribuir para uma

“... estratégia de ensino que valorize a enorme importância dos conhecimentos clínicos, na assistência individual, mas também que valorize a clínica como um espaço de desenvolvimento de diálogos, de narrativa, de fala e escuta, considerando o cliente sujeito de seu tratamento e buscando melhorar sua qualidade de vida ” (CYRINO, 2005 apud Boduy e Cordoni Jr, s/d, p.35).

Inicialmente, o IUSC foi elaborado para ser desenvolvido no 1º e 2º ano de graduação, como uma disciplina supradepartamental, cuja proposta inicial seria a de que as atividades de aprendizagem acontecessem e fossem efetivadas em parceria com a Secretaria de Saúde de Botucatu e a comunidade, de modo que permitissem aos alunos conhecerem a real situação de vida e saúde da comunidade.

Assim, optou-se pela problematização como a estratégia metodológica de ensino-aprendizagem, adotada para a realização do trabalho educativo nas atividades do IUSC. É por meio de conhecimentos e problemas obtidos a partir da observação da realidade e da convivência inicial com o cotidiano da população que se manifestam, para alunos e professores, todas suas contradições – daí o caráter fortemente político do trabalho pedagógico na problematização, marcado por uma postura crítica de educação (CYRINO et al., 2006).

Na problematização, a relação ação/reflexão/ação possibilita que o professor, junto com os alunos, reflita sobre a necessidade e a disponibilidade de pesquisar, de acompanhar e colaborar com o aprendizado crítico, o que, frequentemente, coloca o professor diante de situações imprevistas, exigindo que professores e alunos compartilhem, de fato, o processo de construção do conhecimento. Assim, o ensinar e o aprender passam por “dois momentos do ciclo gnosiológico: em que se ensina e se aprende o conhecimento já existente e o em que se trabalha a produção do conhecimento ainda não existente” (FREIRE, 1996).

Dentro destas perspectivas, o IUSC é implantado em 2003, iniciando o processo de ensino-aprendizagem. A ideia inicial prevista no

projeto propunha que os docentes da FMB deveriam ser os professores do programa, fato que não se concretizou completamente, e foi necessário selecionar profissionais (pertencentes ou não à rede de serviço municipal) para compor o quadro, que passaram a ser denominados professores-tutores do IUSC (UNESP, 2005).

Nesta perspectiva, foram selecionados 11 professores-tutores de diferentes áreas de formação (médico, fisioterapeuta, psicólogo, pedagogo, fonoaudiólogo, sociólogo, profissionais da comunicação e serviço social), pois esta composição beneficiaria os trabalhos realizados com os alunos nestes anos iniciais do curso, além de ser uma oportunidade de se trabalhar multiprofissionalmente.

“... A oportunidade de diferentes profissionais atuarem na formação de estudantes de Medicina é muito rica, exigindo, porém, segurança quanto ao plano de ensino e objetivos do curso, além do enfrentamento das dificuldades em trabalhar com situações-problema advindas da comunidade.” (CYRINO et al., 2007, p.9).

Estes professores-tutores foram contratados para acompanhar os alunos do 1º ano da graduação médica, divididos em pequenos grupos de 9 alunos para cada professor, para o desenvolvimento das atividades teórico-práticas nas áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde ou territórios onde seriam implantadas futuramente as USF.

Dessa forma, iniciam-se os trabalhos do programa IUSC, cujos objetivos gerais foram, assim, estabelecidos na época de sua implantação:

- ✓ Desenvolver, desde o início da formação médica, uma atuação ética e humanizada, por meio da interação do aluno com moradores, lideranças comunitárias e profissionais de saúde de áreas de abrangência da rede de atenção básica de Botucatu, e participação em ações locais de proteção, promoção e cuidados à saúde;
- ✓ Reconhecer o cenário de ações de atenção básica à saúde

realizadas pelo médico e demais profissionais da saúde, bem como aquelas desenvolvidas por outras instituições e organizações da área de abrangência (escolas municipais e estaduais, organizações populares, entidades assistenciais etc.), com iniciativa criadora e senso de responsabilidade neste contexto;

- ✓ Utilizar métodos e técnicas apropriadas para o reconhecimento da situação de vida e de saúde da comunidade (como vivem, por que adoecem e morrem os cidadãos) e para o planejamento, execução e avaliação de atividades de educação em saúde, identificando os equipamentos públicos, as redes de apoio, recursos disponíveis e necessidades em saúde;
- ✓ Propiciar condições para o desenvolvimento de uma prática clínica ampliada, adequada aos cuidados primários em saúde, por intermédio da integração dos conhecimentos de Semiologia e Raciocínio Clínico no atendimento e acompanhamento de pacientes adultos que frequentam as UBS e USF, com contexto do SUS.

É a partir dos objetivos do programa que se elabora, então, o primeiro plano de ensino do IUSC para ser desenvolvido nos 1º e 2º anos de medicina.

Quadro 1. Objetivo geral e objetivos específicos do 1º plano de ensino do IUSC, Botucatu, 2003.

Plano de ensino do IUSC	
Objetivo Geral:	
▫	Conhecer a real situação de vida e de saúde da comunidade (como vivem, por que adoecem e morrem os cidadãos) e, ainda, participar das estratégias de proteção e cuidados à saúde desenvolvidas por meio da rede de atenção básica do Município de Botucatu.
Objetivos específicos:	
▫	Conhecimento, informação e apropriação da região / UBS / USF; Acompanhamento de Recém-Nascido e sua Família da área de abrangência para a qual tenha sido designado durante o primeiro, segundo e terceiro ano de medicina;
▫	Reconhecimento do cenário social do trabalho do médico e profissionais de saúde;
▫	Participação ativa em atividades desenvolvidas pela comunidade ou para a comunidade.

Fonte: UNESP, 2003².

² UNESP. O Programa de Interação Universidade Serviço Comunidade para o ano de 2003 está representado na íntegra no anexo 1.

O primeiro ano do IUSC desenvolveu-se com atividades na comunidade que se destinavam a contemplar: ações de promoção da saúde em área territorial definida pela abrangência da UBS com as equipes dos serviços de saúde, buscando romper com a dicotomia preventivo/curativo (UNESP, 2002b).

No projeto PROMED (UNESP, 2002c), as estratégias de ensino estabelecidas para atuação na comunidade constavam de:

- Realização de visitas domiciliares para observação e acompanhamento de crianças menores de um ano;
- Entrevistas com lideranças comunitárias;
- Conhecimento de equipamentos sociais;
- Conhecimento das UBS da região;
- Conhecimento de dados demográficos da região;
- Conhecimento de dados epidemiológicos;
- Construção de sala situacional: problemas da área de abrangência.

Dentre as estratégias propostas por seus formuladores, uma muito discutida foi a VD, pois, no momento de construção do projeto, ocorreu ampla discussão sobre seus fundamentos e seu significado na formação médica. Deve-se deixar claro que, naquele momento, no país estava se implantando a ESF, que, por meio do agente comunitário de saúde e da equipe de saúde, também se propunha a privilegiar a estratégia da VD.

No 1º ano de implantação do IUSC, a VD ocorreu de maneira que os alunos se responsabilizaram por visitas rotineiras a uma, duas ou três famílias, utilizando-se de entrevistas com um modelo de inquérito populacional epidemiológico. Mesmo sem valor estatístico formal, os grupos tabularam e analisaram os dados encontrados, organizando-os de forma a apresentá-los à comunidade acadêmica e, também, às comunidades dos territórios. O produto deste material das visitas domiciliares acrescido do estudo do território permitiu a elaboração de

uma primeira publicação, na forma de livro, sobre o trabalho realizado em cada área de abrangência estudada: **“A Universidade na Comunidade – Educação Médica em Transformação”**.

Já para o ano seguinte, 2004, ocorreu a mudança de coordenação tanto para o 1º ano como para o 2º ano a partir das críticas dos alunos, apresentadas na avaliação do curso pelos estudantes, que se sentiam como “coletores de dados”:

“... não fiquem pensando que vocês chegarão e farão consultas pediátricas, longe disto, pois não temos o menor embasamento teórico e prático para tal. Nestas visitas nós vamos como coletores de dados e observadores...”³

Com estas críticas e outras mais, os professores coordenadores reformularam algumas estratégias, sobretudo no que dizia respeito às VD.

Do projeto PROMED ao desenvolvimento do programa IUSC, foram acontecendo mudanças gradativas para que suas estratégias fossem aprimoradas no sentido de responder as demandas observadas por professores e estudantes participantes do processo.

É também no ano de 2004 que, conforme previsto no projeto PROMED, constitui-se uma comissão gestora local de acompanhamento do IUSC com representantes da Universidade, da Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu, do Conselho Municipal de Saúde e corpo discente da faculdade, com o objetivo de qualificar o IUSC e outras disciplinas que realizam o ensino na comunidade.

▫ **Influência do PRÓ-SAÚDE na Constituição da Disciplina**

Em continuidade à política de incentivos para a adequação das IES às diretrizes curriculares, o Ministério da Saúde, em parceria com o

³ Trecho de carta de aluno do primeiro ano do programa IUSC. PEROSA, J.P.B.; ROMANHOLI, R.M.Z.; CYRINO, V.G. Constatações e desafios. In: CYRINO, E.G. et al. A universidade na comunidade: educação médica em transformação. Botucatu: Eliana Goldfarb Cyrino, 2005. p.146.

Ministério da Educação, em 2005, divulga um novo edital de incentivo à reforma curricular: o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE, o qual objetivava a reorientação da formação profissional em escolas superiores na área da saúde (sobretudo medicina, enfermagem e odontologia) em direção a maior integração das IES ao serviço público de saúde, na construção e fortalecimento do SUS.

A FMB/UNESP, então, elabora dois projetos: um do curso de Medicina e um do curso de Enfermagem; os projetos são inscritos separadamente, com uma única parte em comum, o Programa IUSC – aqui destacou-se a necessidade de se continuar investindo no IUSC, demonstrando as reestruturações a partir das avaliações, apontando dificuldades, buscando novas capacitações e, sobretudo, apontando a necessidade de uma segurança institucional para que esse ensino fosse incorporado ao currículo.

Em continuidade ao trabalho que já vinha sendo realizado e na discussão que estava pautada entre o grupo da coordenação, os professores tutores e os alunos, pleiteou-se a condição de sair da esfera de programa e se implantar como uma disciplina curricular.

Nesse momento, o apoio da diretoria da FMB/UNESP e do Conselho de Curso, na busca da concretização e continuidade da proposta do IUSC, foi fundamental para que se colocasse em pauta, para a comunidade acadêmica, essa discussão sobre o programa IUSC tornar-se uma Disciplina na FMB, de uma forma supradepartamental.

Destaca-se aqui a importância do Pró-Saúde na instituição, pois, a partir deste projeto e do incentivo financeiro que este possibilitara, pôde-se trazer assessores para ajudar nessas discussões, que foram sendo construídas com a comunidade acadêmica.

Após diversas discussões e reuniões entre conselho de curso, conselho de classe, equipe do NAP, coordenação do programa, professores- tutores e alunos, sobre a possibilidade de tornar o Programa IUSC em disciplina IUSC I, II e III, a proposta foi apresentada em pauta da reunião da Congregação da FMB/UNESP em 2006.

Após longo debate, foi aprovada a implantação da disciplina IUSC I, II e III, que deveria ser gradativa a partir do ano de 2007. Aqui cabe destacar que a aprovação da disciplina deu-se à revelia dos alunos, que argumentavam que, se o programa se tornasse uma disciplina, não seria possível corrigir as falhas que estes vinham apontando nas avaliações, como: falta de transporte a locais longínquos, contratação de professores, e clareza nos objetivos das atividades. No narrar de um estudante de 2003, ficam claros os descontentamentos, apesar da percepção da importância da vivência:

*“Mesmo que no início pareça algo chato, sem nexos algum, tente levar a sério o programa. Ele está no seu início, com muitos defeitos que serão solucionados. Você poderá, desde o seu início na faculdade, aprender muito sobre relacionamento humano, algo muito importante em nossa futura profissão, e sentir, de alguma forma, que está realizando algo em prol do bem estar do próximo, mesmo que os resultados demorem a aparecer”.*⁴

Assim, na avaliação dos estudantes feita em 2005, sobre o Programa, há uma clara contradição nas respostas, que vão desde: O IUSC “não deveria tornar-se disciplina: isso acabaria com a verdadeira motivação que deve partir de cada um, e não de pressões externas”, até respostas como “o IUSC deve se tornar uma disciplina”.

Para que se possa promover uma melhor visualização das etapas de implantação do IUSC, apresenta-se, a seguir, de maneira sintética, um quadro com as principais informações deste processo até o momento atual.

⁴ Trecho de carta de aluno do primeiro ano do programa IUSC. SIQUEIRA, J.M. et al.: Era um, eram dois, eram cem...Re (fazendo) a educação médica. In: CYRINO, E.G. et al. A universidade na comunidade: educação médica em transformação. Botucatu: Eliana Goldfarb Cyrino, 2005. p.136.

Quadro 2. Síntese do processo de implantação do IUSC até o momento atual.

A PROPOSTA PEDAGÓGICA DO PROMED (2002)	O PROGRAMA IUSC OPERACIONALIZADO (2003 a 2010)
<p>A concepção elaborada no Projeto inicial</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Plano de ensino ▫ Pautado nos planos discursivos de Integralidade e Humanização, mas sem definição clara desses conceitos. ▫ Integração Curricular (grade horária) ▫ Programa Supradepartamental 	<p>A construção do Programa na comunidade</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Plano de ensino ▫ Pautado nos planos discursivos de Integralidade e Humanização; construção coletiva desses conceitos de maneira a contemplar conteúdos de: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Comunicação, saúde pública, educação em saúde, ciências sociais, humanismo; ▫ Saúde da criança e saúde mental. ▫ Integração Curricular (grade horária) <ul style="list-style-type: none"> ▫ Disciplina curricular para o curso médico desde 2007 ▫ Integração Disciplinar para o curso de enfermagem desde 2008 <p>Disciplina Supradepartamental</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▫ Professores e metodologia <ul style="list-style-type: none"> ▫ 9 professores de diferentes formações profissionais, com vivências na saúde e conhecimentos de SUS e APS/AB ▫ preparo para metodologia problematizadora alunos do 1º ao 6º ano médico <ul style="list-style-type: none"> ↓ 9 áreas de abrangência de UBS ↓ 9 Grupos de 10 a 12 alunos ↓ ▫ Cenários de prática e atividades propostas <ul style="list-style-type: none"> ▫ observar a situação de vida e levantamento de dados de saúde da população no território, por meio de visitas domiciliares às casas de famílias, com o acompanhamento de 288 crianças nascidas em 2003, onde cada aluno ficaria com 3 bebês e suas famílias, nos 6 anos de Faculdade. ▫ integração curricular com Saúde Coletiva e Bioestatística. ▫ identificação de problemas e construção da sala situacional e apresentação do trabalho à comunidade. ▫ reconhecimento das UBS e equipamentos sociais 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Professores e metodologia na implantação <ul style="list-style-type: none"> ▫ 10 professores-tutores (multiprofissionais e profissionais da SMS) ▫ Preparo para metodologia problematizadora alunos do 1º e 2º ano médico e de Enfermagem e 3º ano médico <ul style="list-style-type: none"> ↓ 10 Grupos de 10 a 13 alunos ↓ 10 Áreas de abrangência de UBS/USF ↓ ▫ Cenários de prática e atividades realizadas <ul style="list-style-type: none"> ▫ reconhecimento de territórios ▫ realização de visitas domiciliares temáticas às casas de famílias com bebês menores que um ano (2 bebês/ dupla de alunos durante o 1º e 2º anos) ▫ reconhecimento das UBS/USF e equipamentos sociais (creches, escolas, projetos sociais) ▫ atividade de educação em saúde baseada em demandas específicas do bairro ou das escolas/creches ▫ integração com outras disciplinas ▫ atendimento em clínica de adulto nas UBS/USF

Fonte: Adaptado de ULIANA (2010) e UNESP (2002b, 2002c, 2005).

▫ **A disciplina IUSC**

Com o início das atividades em 2007, a disciplina Interação Universidade Serviço Comunidade tem novos planos de ensino aprovados, para os 1º, 2º e 3º anos, pelo Conselho de curso.

A seguir, no quadro 3, são colocados os objetivos gerais e específicos definidos para a disciplina IUSC I, II e III, em 2006, para implantação em 2007.

Quadro 3. Objetivos gerais e específicos da disciplina IUSC I, II e III, 2006.

Planos de Ensino da disciplina IUSC	
Objetivo geral (IUSC I, II e III)	
Propiciar, aos alunos de graduação médica, a construção de estratégias que possibilitem o desenvolvimento de ações para o cuidado e promoção da saúde junto à comunidade, em parceria com a rede de atenção básica do município de Botucatu (UBS/USF).	
Objetivos Específicos	
IUSC I	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Identificar equipamentos públicos, redes de apoio e recursos disponíveis para a promoção da saúde e qualidade de vida; ▫ Desenvolver habilidades de escuta, compreensão e caracterização de problemas e necessidades de saúde do grupo familiar, propiciando a vivência da dimensão do acolhimento e vínculo; ▫ Conhecer e utilizar métodos e técnicas apropriadas para o reconhecimento da situação de vida e saúde da comunidade (como vivem, por que adoecem e morrem os cidadãos); ▫ Desenvolver a compreensão dos múltiplos determinantes do processo saúde-doença, apropriando-se de dimensões da realidade sociopolítica e cultural do trabalho do médico, profissionais de saúde e da população; ▫ Sistematizar o trabalho desenvolvido semestralmente para fins de avaliação, produção de conhecimento, publicações e/ou participação em evento(s) científico(s).
IUSC II	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Dar continuidade ao acompanhamento de crianças e suas famílias da área de abrangência para qual tenha sido designado no ano anterior (1º ano) ▫ Desenvolver atividade educativa preferencialmente em uma escola das respectivas áreas de abrangência, integrando o reconhecimento da escola, da criança em idade escolar e de sua condição de vida; ▫ Levantar a história de saúde dos adultos que compõem a família (irmãos, pais, avós etc.), identificando situações que exijam cuidados do serviço de saúde da área de abrangência, visando o desenvolvimento de habilidades de abordagem e sistematização de informações (registro com qualidade de compreensão);

	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Elaborar plano de ação educativa e sua implementação como parte integrante do bloco temático de Integração Básico-Clínico (PBL); ▫ Sistematizar o trabalho desenvolvido semestralmente para fins de avaliação, produção de conhecimento, publicações e/ou participação em evento(s) científico(s).
IUSC III	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Propiciar, ao aluno do 3o ano de graduação, uma formação médica com subsídios teórico-práticos visando desenvolver um atendimento clínico capaz de reconhecer as necessidades, individualidades e autonomia de cada usuário, respeitando sua individualidade e autonomia. ▫ Ampliar sua prática de registro em prontuário de modo mais completo e segmentado, ou seja, contemplando também a história psicossocial dos usuários. ▫ Integrar os conhecimentos de semiologia e raciocínio clínico por meio do atendimento e acompanhamento de usuários adultos que frequentam a Unidade Básica de Saúde (UBS) e/ou Unidade de Saúde da Família (USF). ▫ Aprofundar o conhecimento sobre a realidade dos atendimentos em UBS/USF, bem como o funcionamento destas unidades dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). ▫ Propiciar, ao aluno que inicia a prática clínica, a vivência com pacientes portadores das doenças mais prevalentes na comunidade e seu grau de complexidade. ▫ Incentivar os alunos a participarem das atividades desenvolvidas pela comunidade e para a comunidade (por exemplo, Conselho Gestor da Unidade de Saúde – CONUS, Conselho Municipal de Saúde etc.)

Fonte: UNESP, 2006⁵

▫ **As estratégias de ensino desenvolvidas no IUSC**

O IUSC visa proporcionar, ao estudante de Medicina, um contato regular e permanente com a comunidade desde o primeiro ano médico, com a criação de espaços de prática, discussão, capacitação e intervenção que aliem as dimensões sociais e psíquicas do ser humano, para que as mesmas sejam incorporadas a uma prática clínica voltada à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

No IUSC I, a ênfase é dada ao reconhecimento do território e das condições de vida e saúde da população da área de abrangência da unidade de saúde onde os alunos vão atuar durante os três primeiros anos da formação médica. Para isso, são realizadas entrevistas com lideranças comunitárias e dos equipamentos sociais e visitas domiciliares

⁵ UNESP. Planos de Ensino aprovados em 2006 para a Disciplina de Interação Universidade Serviço Comunidade estão representados na íntegra no anexo 2.

às famílias, com foco na gestação, amamentação/alimentação e desenvolvimento de bebês, visando proteção e promoção da saúde. Neste ano, realiza-se integração disciplinar com a Saúde Coletiva, Pediatria, Bioestatística e Ética Médica.

No IUSC II, o foco é o planejamento, execução e avaliação de atividades de educação em saúde, buscando promover a saúde a partir dos problemas levantados pela comunidade, mantendo-se visitas domiciliares, agora ampliando o foco para o conhecimento das condições de vida e saúde das famílias acompanhadas. As atividades são realizadas nas unidades de saúde, escola, creche, no centro comunitário, nos projetos sociais, buscando-se um contato aprofundado e permanente com o cotidiano do processo saúde-doença da população. Aqui, há momentos de integração disciplinar com a área de Clínica do Adulto, Parasitologia e Fisiologia.

O maior desafio do primeiro e segundo ano refere-se à necessidade de uma formação contínua dos professores para que realmente trabalhem com a problematização no cotidiano das atividades do IUSC. Segundo Cyrino et al., (2006, p. 79), o IUSC deve enfatizar

“na formação, questões como a importância do trabalho reflexivo, do ato de planejar, do trabalho em equipe no qual a comunidade pode ter um papel preponderante, da ética nas relações de trabalho do médico com os outros profissionais de saúde, com a população atendida e com as instituições envolvidas no cuidado. O desafio é formar um grupo no qual o saber de cada um enriquece o outro, com ênfase no trabalho coletivo e interdisciplinar, processo grupal, planejamento participativo e produção do conhecimento. A problematização das diferentes situações na comunidade tem favorecido a reflexão do grupo em busca de soluções”.

Assim, a formação dos professores tem tido sua base em autores como: LANE, 1984; MARTÍN-BARÓ, 1989; GANDIN, 1994; WEFFORT et al., 1994; FREIRE, 1996; BERBEL, 1999; ARAÚJO, 1999.

No IUSC III, os alunos iniciam atendimento clínico supervisionado, preferencialmente na UBS ou USF onde atuaram, buscando ampliar a prática da Semiologia e Raciocínio Clínico, discutindo-se o cuidado médico de uma forma integral, interdisciplinar e inserido em uma realidade histórica e social. O formato da entrevista e da anamnese utilizadas foram construídas pelos docentes e profissionais da rede, a partir da proposta da clínica ampliada, que enfatiza a necessidade de uma abordagem mais ampla, que introduzisse questões da família, saúde mental, trabalho e outras.

Para Campos e Amaral (2007, p.852), a clínica ampliada

“considera fundamental ampliar o “objeto de trabalho” da clínica. Em geral, o objeto de trabalho indica o encargo, aquilo sobre o que aquela prática se responsabiliza. A Medicina tradicional se encarrega do tratamento de doenças; para a clínica ampliada, haveria necessidade de se ampliar esse objeto, agregando a ele, além das doenças, também problemas de saúde (situações que ampliam o risco ou vulnerabilidade das pessoas). A ampliação mais importante, contudo, seria a consideração de que, em concreto, não há problema de saúde ou doença sem que estejam encarnadas em sujeitos, em pessoas”.

No IUSC III, os estudantes, semanalmente, de maio a novembro, realizam atendimentos clínicos (de pacientes adultos) sob supervisão médica, aprofundando também seu conhecimento sobre a realidade dos atendimentos realizados em UBS e USF. O maior desafio deste momento do IUSC refere-se à necessidade de uma maior padronização do trabalho dos professores que orientam os estudantes nos seus atendimentos, pois nem todos têm a clareza sobre o que, de fato, deveria ser essa visão ampliada no atendimento médico⁶.

⁶ CYRINO, E.G. (Faculdade de Medicina, UNESP - Campus de Botucatu). Comunicação pessoal, 2010.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Explorar a percepção dos estudantes de medicina sobre o tema Visita Domiciliar como estratégia de ensino-aprendizagem na integralidade do cuidado.

Objetivos Específicos

- Identificar, descrever e analisar as concepções e experiências de Visita Domiciliar do projeto do IUSC;
- Identificar, descrever e analisar as concepções, percepções e experiências de Visita Domiciliar vivenciadas por estudantes de medicina que cursaram o IUSC no 1º e 2º ano em 2008 e 2009;
- Explorar as possibilidades da visita domiciliar, nas funções pedagógica e assistencial, na formação do estudante de medicina.

"Sem a curiosidade que me move, que me inquieta, que me insere na busca, não aprendo nem ensino".

Paulo Freire

3. METODOLOGIA

3.1. Tipo de Pesquisa

Trata-se de pesquisa documental e exploratória, de cunho qualitativo, que se fundamenta em uma visão humanista e humanitária. A pesquisa envolveu uma interação efetiva da pesquisadora, que é professora da disciplina em estudo desde sua criação, e, desde 2006, membro da coordenação. Desta forma, fica clara a implicação do pesquisador com o tema estudado e quanto ele está inserido no próprio objeto de estudo. Assim, esta pesquisa é considerada uma pesquisa-ação eminentemente pedagógica e política, estando preocupada em construir conhecimento de uma realidade em transformação.

De acordo com Tobar e Yalour (2001), a pesquisa documental realiza-se com base em documentos guardados nas instituições públicas e/ou privadas, ou com pessoas. O seu material é composto por: registros, atas, anais, ofícios, relatórios individuais e de reuniões coletivas, diários, fotografias e outros. Nesse caso específico da disciplina IUSC, trabalhamos com: os textos produzidos, registros, atas, anais, ofícios, relatórios de reuniões coletivas, diários, fotografias ao longo dos anos de 2003 a 2010.

De acordo com Minayo (2002), a pesquisa qualitativa se ocupa com aquela parte da realidade que não pode ser quantificada, trabalhando com uma variedade de significados e expectativas inerentes aos processos relacionais e ações entre indivíduos, caracterizando-se, portanto, como uma tarefa complexa, inacabada, em constante transformação.

Na metodologia qualitativa aplicada à saúde, a concepção trazida das Ciências Humanas é a de que “não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas” (TURATO, 2005).

O presente estudo é uma pesquisa-ação, pois trata de pesquisa social e educacional com base empírica concebida e realizada

em estreita associação com uma resolução de um problema coletivo, no qual os pesquisadores e participantes representativos da situação ou problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (THIOLLENT, 1985).

Segundo Barbier (2007, p.15), esta modalidade de estudo

“requer do pesquisador ser mais que um especialista: por meio da abertura concreta sobre a vida social, política, afetiva, imaginária e espiritual, ela faz um convite para que ele seja verdadeiramente e talvez, tão simplesmente, um ser humano.”

Barbier (2007) enfatiza que, na pesquisa-ação, há uma ação deliberada de transformação da realidade, ou seja, esta pesquisa possui um duplo objetivo, o de transformar a realidade e o de produzir conhecimentos relativos a esta transformação. Assim, o autor considera que, na pesquisa-ação, há sempre um questionamento político no sentido etimológico de uma organização social.

Um fator facilitador para a realização desta pesquisa foi a oportunidade de a pesquisadora ter convivido com estes alunos nestes dois anos da Disciplina IUSC, como membro da equipe de coordenação e professora tutora.

Segundo Thiollent (1985), a interação prévia é necessária para a realização da pesquisa-ação, pois favorece a aproximação entre pesquisador e pesquisando, garantindo êxito na construção individual e conjunta, no processo interativo pesquisador e pesquisando.

3.2. Local da Pesquisa

Esta pesquisa foi realizada no curso de graduação em Medicina, da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP, localizada em Botucatu, cidade do interior do estado de São Paulo.

A operacionalização da pesquisa aconteceu no ano letivo de 2008 e 2009, durante o desenvolvimento das disciplinas de Interação Universidade Serviço Comunidade I e II.

A FMB oferece cursos de graduação em Medicina Humana com 90 vagas em período integral, duração de seis anos e relação candidato/vaga de 119,6 no vestibular de 2008. Oferece, ainda, 30 vagas para o curso de Enfermagem e, juntos, reúnem 284 docentes e 1.475 servidores. Possui 36 programas de residência médica, 53 de aprimoramento profissional, dois de mestrado profissionalizante e oito de pós-graduação. Cabe observar que, atualmente, o número de alunos em pós-graduação é superior ao de graduandos da Faculdade de Medicina (UNESP, 2009b).

3.3. Universo e Sujeito da Pesquisa

O universo desta pesquisa é composto por 100% dos estudantes de Medicina da FMB/UNESP que iniciaram o curso de graduação de medicina em 2008 e que cursaram as disciplinas de Interação Universidade Serviço Comunidade I e II (IUSC-I e II) nos anos de 2008 e 2009.

Dos 90 estudantes que estavam cursando o 2º ano médico em 2009, obteve-se o consentimento de 76 estudantes (82%) para se utilizar, na pesquisa, seus materiais produzidos, como: relatórios individuais de Visitas Domiciliares, cadernos de campo, relatórios semestrais e de questionários aplicados sobre a percepção da Visita Domiciliar para o estudante.

Os participantes da pesquisa têm idade que variam entre 17 e 38 anos, sendo 52% dos alunos com idade entre 17 e 19 anos. A maioria dos participantes é do sexo feminino, o que pode ser confirmado com os gráficos abaixo, que mostram dados do perfil dos alunos ingressantes no curso de medicina em 2008 na FMB.

Gráfico 1. Idade dos alunos ingressantes no curso de medicina da FMB/UNESP, Botucatu, 2008.

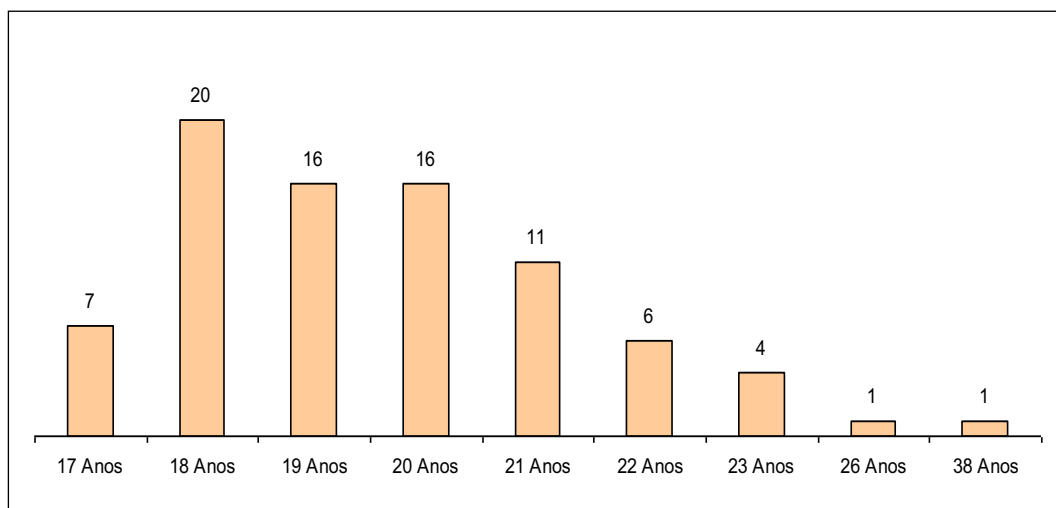
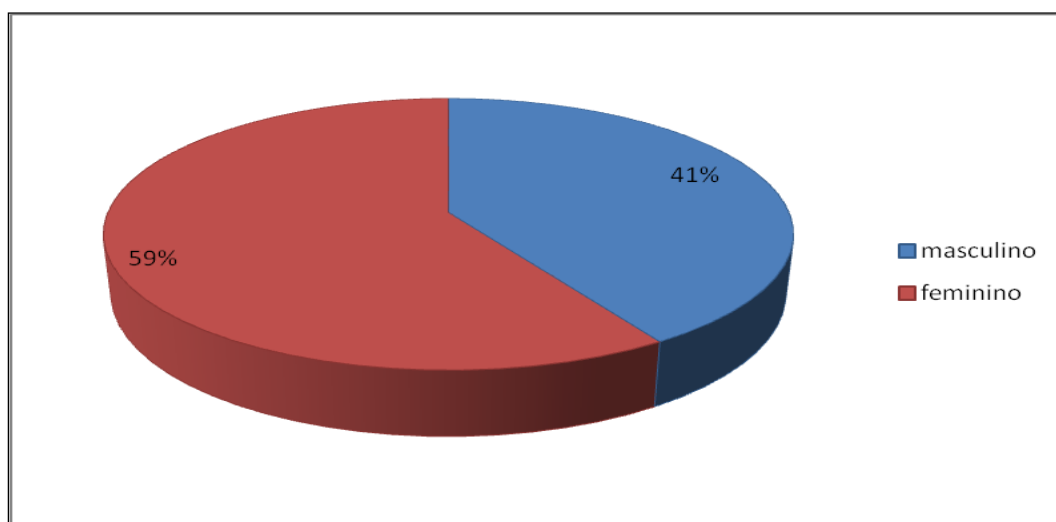


Gráfico 2 - Estudantes ingressantes, segundo sexo, no curso de Medicina da FMB/UNESP, Botucatu, 2008.



3.4. Momentos da pesquisa

Desenvolvemos a pesquisa em momentos distintos e essenciais, a seguir descritos.

a) **Primeiro momento:** escolha do objeto da pesquisa

Foi fundamental, para delimitarmos com qual turma de alunos

realizaríamos a pesquisa, a seleção de uma turma e de grupos que seriam pesquisados a partir dos relatórios semestrais entregues. Optou-se por trabalhar com os ingressantes de 2008 por ser este o segundo ano de implantação do Programa como uma disciplina regular e oficialmente aprovada pela Reitoria da UNESP, e por estarem estes estudantes, em 2009, finalizando o ciclo de visitas domiciliares na disciplina IUSC no 2º ano médico. Como a disciplina se tornou obrigatória e com avaliação somativa final, todos os alunos tiveram de produzir seus relatórios escritos, que subsidiaram suas notas e que são objeto deste estudo.

b) **Segundo momento:** levantamento bibliográfico

Efetou-se levantamento bibliográfico sobre o tema em estudo. Foram investigados, na literatura nacional, exemplos práticos da aplicação da Visita Domiciliar. Na literatura internacional e nacional referente à Educação Médica, o objetivo foi identificar artigos relacionados com a formação do profissional de saúde e o ensino extramuros.

c) **Terceiro momento:** elaboração e aplicação de questionário⁷

A elaboração e a aplicação do questionário da pesquisa tiveram finalidade de colher a percepção dos estudantes sobre a realização das Visitas Domiciliares.

Como parte da coleta de dados, optamos por um questionário autoaplicativo, com quatro questões norteadoras, no qual buscou-se a percepção dos alunos sobre a Visita Domiciliar. Este questionário foi aplicado diretamente aos estudantes - universo da pesquisa - na última aula do 1º semestre da disciplina IUSC II, em julho de 2009. A escolha desta data deu-se por ser um momento de avaliação da disciplina e, assim, teríamos um maior número de alunos presentes, além de também estarem, nesse semestre, finalizando as atividades de Visitas Domiciliares realizadas no referido ano. A pesquisadora explicou aos estudantes sobre sua pesquisa e esclareceu sobre o

⁷ O questionário da pesquisa está apresentado no anexo 3.

questionário. Os alunos levaram em média 20 a 30 minutos para responderem as perguntas. Após o preenchimento dos questionários sem a identificação dos sujeitos, foi preenchido o termo de consentimento. Os questionários foram recolhidos pela pesquisadora.

d) **Quarto momento:** leitura dos relatórios

Para maior compreensão sobre todo o desenvolvimento do IUSC por esta turma de alunos, foi realizada a leitura de uma amostra de relatórios de visitas domiciliares entregues como avaliação no 1º e 2º anos da disciplina. Levou-se em consideração a escolha intencional seguindo os seguintes critérios: grupos que tiveram o mesmo professor-tutor nos dois primeiros anos da disciplina e grupos que tiveram professores-tutores, inicialmente, não-médicos e, a partir do 2º ano, tutores médicos. Embora este material contenha um conteúdo sobre todo o trabalho realizado pelos estudantes e não se refira exclusivamente às VD, ele subsidiou a pesquisadora na compreensão da visão dos alunos sobre a VD, e as narrativas escritas pelos estudantes foram utilizadas na construção do texto sobre a realização da VD na prática do desenvolvimento do IUSC.

e) **Quinto momento:** Apresentação dos dados dos questionários na forma de quadros

Os dados foram apresentados por meio de quadros com todas as respostas dadas pelos alunos no questionário, pergunta por pergunta. Foram observados, no material, diferentes temas que, posteriormente, possibilitaram a criação de categorias de análise, efetuadas por meio do agrupamento das respostas em função dos elementos comuns e das possíveis associações existentes entre elas, valorizando-se, também, o conflito e a contradição na apresentação dos dados.

f) **Sexto momento:** Leitura e análise dos dados a partir dos questionários

Foram realizadas a leitura e análise dos dados a partir dos questionários, buscando-se perceber confluências e contradições nos textos das respostas dos questionários. Os dados foram analisados

por meio da exploração dos conteúdos qualitativos dos questionários. Após a leitura e compilação das respostas dos alunos, selecionaram-se frases/palavras repetidas com maior frequência ou enfatizadas; aquelas que se relacionaram entre si ou que possuíram aspectos em comum foram agrupadas, estabelecendo-se categorias e procedendo-se à análise e interpretação dos dados (MINAYO, 2002). Com base neste material analisado, procuramos identificar núcleos temáticos relevantes para a discussão e qualificação da Visita Domiciliar dentro da Disciplina IUSC. As categorias de análise estabelecidas foram:

- Desenvolver habilidades de escuta, comunicação e compromisso ético;
- Conhecer a realidade da população e o aproximar-se das famílias;
- Trabalhar conceitos como SUS, Integralidade do Cuidado e processo saúde-doença;
- Construir vínculo com as famílias;
- Estar ou não preparado para a realização da VD: falta de organização quanto a temas, objetivos claros, número de VD a se realizar, orientação do professor;
- Entre a aproximação, o elo de ligação e a falta de parceria com a unidade de saúde e seus profissionais no apoio à VD;
- Contribuição da VD para a formação: o significado da VD para os alunos e as famílias;
- Falta de conhecimentos clínicos para o fazer na VD.

Na sequência, realizou-se leitura dos relatórios para se ampliarem e exemplificarem os pontos assinalados nas categorias consideradas.

3.5. Aspectos Éticos

O presente projeto recebeu aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP, no dia 04 de agosto de

2008⁸. Obteve-se, também, a aprovação no Conselho de Curso da Graduação em Medicina no mesmo ano. A coleta de dados foi realizada após a aceitação dos alunos em participarem do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido⁹

O termo foi elaborado em duas vias, sendo uma entregue ao sujeito da pesquisa e outra mantida em arquivo pela pesquisadora, declarando seu aceite em participar do trabalho e permitindo o uso das narrativas em apresentações científicas futuras, contanto que se garanta o anonimato dos participantes.

Algumas medidas foram adotadas para se garantir o anonimato dos participantes, respeitando a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a qual instituiu diretriz e normas que regulamentam a ética nas pesquisas envolvendo seres humanos.

Para preservar a identidade dos participantes, os alunos foram identificados por números.

⁸ A aprovação do Comitê de ÉTICA E Pesquisa está apresentado na íntegra no anexo 4.

⁹ O Termo de Livre Consentimento está apresentado na íntegra no anexo 5.

*Não é no silêncio que os homens se fazem, mas
na palavra, no trabalho, na ação-reflexão.*

Paulo Freire

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Os vários naipes da Visita Domiciliar no IUSC: da concepção ao desafio do fazer

A concepção que fundamenta a proposta pedagógica do IUSC baseia-se em princípios dialeticamente articulados: “indivisibilidade método-conteúdo, coerência do método com a natureza do objeto em construção e apropriação da estrutura do conhecimento pelo ator da aprendizagem” (CYRINO, 2005 p.35). Dentro desta concepção, ressalta-se a estratégia de VD realizada na disciplina IUSC.

Cyrino (2005, p.35) aponta que a atividade de visitas domiciliares

“permite que o estudante partindo de sua experiência de vida, de sua identidade cultural e da interação com os outros, possa tomar consciência do ambiente, da sociedade e do sistema produtivo, percebendo-se como cidadão coadjuvante do processo de transformação da realidade e como profissional comprometido com a saúde e a qualidade de vida de pessoas e comunidades”.

A atividade de VD sempre foi destacada como um “nó crítico” na disciplina tanto para os alunos como para os professores; e, para se entender este fato, faz-se necessário situar historicamente esta estratégia desde a implantação, ainda, do então Programa IUSC.

Em 2003, no ano de implantação do programa, a VD tinha um caráter de inquérito populacional¹⁰, no qual os alunos, a partir da seleção do cadastro de nascidos vivos de Botucatu, da Maternidade do HC/UNESP e da Maternidade do Hospital Sorocabano, tinham como

¹⁰ No sentido proposto por Viacava, (2010, p.1864) que apresenta o conceito de inquéritos populacionais “para gerar informação sobre as múltiplas dimensões do estado de saúde, os estilos de vida associados à ocorrência de doenças,..., avaliação das desigualdades sociais na prevalência das doenças,...,e no acesso e uso de serviços de saúde” para levantamento de “informações de base populacional para gestores e pesquisadores de saúde pública” que contribuem para disseminação do conhecimento e para a formação de profissionais na saúde.

objetivo “acompanhar” os recém-nascidos até o 6º ano do curso médico, e, por meio de questionários pré-elaborados e semiestruturados, realizavam-se entrevistas com as famílias destes que moravam nas áreas de abrangência de unidades de saúde ou de territórios que seriam sede de futuras USF.

Para alguns professores do grupo de formuladores da proposta, a VD deveria se realizar dentro de um modelo de estudos populacionais, com uma perspectiva epidemiológica. Assim, cada aluno faria, em média, 20 ou 30 visitas às famílias durante o ano, levantando aspectos dos determinantes sociais do processo saúde-doença, e caberia a cada grupo de estudantes compilar o material das entrevistas nas VD para caracterizar cada estudo de território (UNESP, 2002b).

No próprio texto do projeto PROMED, primeiro material de referência à realização das VD, já aparecem “dúvidas sobre o número de famílias adscritas por aluno” (UNESP, 2002c).

Antes de se iniciarem os trabalhos de campo, em 2003, a proposta foi reformulada e se optou por diminuir o número de visitas, passando-se para 12 a 16 visitas por ano, cabendo, a cada aluno, o acompanhamento de três famílias (UNESP, 2002a).

Na realidade, em meio a inúmeras dificuldades e com a carga horária fornecida ao IUSC, pelo então Conselho de Curso de Medicina, entre preparo de campo, estudo teórico, aulas dialogadas e dificuldades inerentes à própria prática da VD - como mudança de famílias, endereços errados e recusas, situações adversas -, conseguiu-se realizar, no máximo, cinco visitas por aluno, por casa, em 2003¹¹.

O modelo de entrevista usado nesse ano foi muito criticado pelos alunos, que relatavam se sentir “coletores de dados” (Cyrino et al., 2005), e não conseguiam entender objetivos e tampouco como esta atividade auxiliaria na formação do profissional médico.

Ao que tudo indica, por meio da leitura dos relatórios dos estudantes e, mesmo, por meio da leitura de atas de reuniões dos

¹¹ CYRINO, E.G. (Faculdade de Medicina, UNESP - Campus de Botucatu). Comunicação pessoal, 2010.

professores, pode-se notar um certo descontentamento com o modelo de VD utilizado, em 2003, que privilegiou o inquérito epidemiológico, com a presença de questionários fechados sobre a criança e a família¹².

Com certa crise de identidade, resistências e dúvidas sobre os seus objetivos, ocorreram inúmeras discussões, pois o que se observava no início era uma clara divergência sobre os objetivos das VD entre os membros da coordenação e para um grupo de professores que viam a VD como uma estratégia de vínculo com a comunidade, num caminho de um trabalho mais qualitativo¹³.

“A visita domiciliar (VD) foi, dentre as estratégias propostas pelos formuladores do IUSC, a que mais capitalizou a atenção dos coordenadores e professores, especialmente sobre seus fundamentos e seu significado para a formação médica. Nas discussões ocorridas sobre a visita domiciliar, o grupo dividiu-se entre o uso da mesma como: instrumento de coleta de informações sobre a habitação, saneamento, condições ambientais e físicas em que vive o indivíduo, e estratégia pedagógica para a formação de vínculos interpessoais à medida que a inserção do aluno no universo se configurasse como oportunidade para o diálogo e a interação dos estudantes com as famílias”¹⁴.

No decorrer desse primeiro ano de implantação, 2003, notou-se a falta de homogeneidade entre os grupos de trabalho na realização da VD. Existiam professores que, contrariando as orientações da coordenação, trabalhavam as visitas como estratégia pedagógica para a formação de vínculos, sem desvalorizarem os aspectos epidemiológicos¹⁵. Esse grupo de professores acreditava que a VD

¹² PREARO, A.Y. (Faculdade de Medicina, UNESP - Campus de Botucatu). Comunicação pessoal, 2010.

¹³ CYRINO, E.G. (Faculdade de Medicina, UNESP - Campus de Botucatu). Comunicação pessoal, 2010.

¹⁴ CYRINO, E.G. (Faculdade de Medicina, UNESP - Campus de Botucatu). Comunicação pessoal, 2009, prestada a ULIANA, 2010.

¹⁵ DEZAN, E.B. (Faculdade de Medicina, UNESP - Campus de Botucatu). Comunicação pessoal, 2010.

deveria privilegiar a formação de vínculo e, assim, cada aluno teria como meta visitar uma, duas ou três famílias repetidamente, de tal forma que, a cada novo encontro, se trabalharia um diálogo sobre diferentes temáticas construídas a partir do trabalho relacional entre estudantes e famílias¹⁶.

Em 2004, segundo atas de reuniões de coordenação e de professores, com a entrada e saída de alguns membros da coordenação, redefiniu-se o objetivo da VD como oportunidade de trabalhar: vínculo e troca, conhecimento do outro, possibilidades de qualificar a relação da família com as UBS e USF, no desenvolvimento de narrativas orais e escritas, capazes de explorar compreensões e sentimentos antes não percebidos.

Segundo Cyrino et al. (2006, p.76), as visitas deveriam fornecer subsídios para que os estudantes “incorporem as dimensões sociais e psíquicas do ser humano, para que as mesmas sejam incorporadas a uma prática clínica voltada à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação” .

Assim, a estratégia tem uma mudança radical, deixando de ter, como sua base fundamental, o modelo de inquérito populacional. A partir de 2004:

- As famílias a serem visitadas passam a ser indicadas pelas Unidades de Saúde, a partir do olhar e necessidade das mesmas;
- O contato com as famílias é realizado previamente pelo professor e pela equipe das unidades para acordar o que será feito;
- A atividade se dá na forma de conversa com alguns temas que são indicados pelas famílias;
- Inicialmente, o foco está na criança, com temas discutidos em cada grupo a partir da construção de um trabalho mais coletivo;
- Os alunos passaram a realizar a VD em duplas de

¹⁶ CYRINO, E.G. (Faculdade de Medicina, UNESP - Campus de Botucatu). Comunicação pessoal, 2010.

estudantes;

- Para o primeiro ano ainda permanece um roteiro de entrevista preestabelecido, ao menos na fase de primeiros encontros;
- No segundo ano, se investiu numa construção de roteiro de acordo com o trabalho realizado em cada grupo.

Esta mudança de perspectiva trouxe, para a equipe de professores e de coordenação, momentos de enorme tensão, pois, para alguns grupos de professores e alunos, a VD representava uma atividade de constrangimento. Ao retornar à mesma casa, muitas vezes, os estudantes e professores eram surpreendidos com questões pouco trabalhadas no ensino médico. Os professores se sentiam inseguros na orientação das mesmas, que, por vezes, se tornavam esvaziadas de conteúdo e de sentido¹⁷.

Este foi um período de muitas tensões e discussões tanto no grupo de professores como no grupo de alunos. O que se observava, por meio das avaliações dos alunos e dos relatos dos professores-tutores nas reuniões, era que, nos grupos onde os professores eram resistentes e não acreditavam na VD como estratégia de ensino, o aprendizado realizado pelos alunos ficava prejudicado e muito diverso dos demais grupos no que dizia respeito à compreensão dos objetivos do programa. Nos grupos que optaram por trabalhar a VD como estratégia pedagógica e, de certa forma, assistencial, para a formação de vínculos, os alunos sentiam-se mais seguros e menos resistentes à realização das VD.

É ainda no 2º ano, em 2004, com ênfase na educação em saúde, que o IUSC faz integração com outras disciplinas, como parasitologia, e, também, é convidado a participar da semana de integração curricular que acontece no 2º semestre.

Nesta segunda semana de integração básico-aplicado, propõe-se um tema a ser estudado que seja relevante na formação médica, e a metodologia usada é a da Aprendizagem Baseada em Problemas. Nos

¹⁷ CYRINO, E.G. (Faculdade de Medicina, UNESP - Campus de Botucatu). Comunicação pessoal, 2010.

dois primeiros anos de funcionamento do IUSC, essa atividade de educação e saúde era pontual, sem maior relação com o trabalho das VD. A partir de 2006, houve uma melhor integração entre essa atividade e o IUSC, que passou a priorizar ações de educação em saúde, enfatizando uma maior escuta e posterior narrativa direcionadas às necessidades dos pacientes visitados. Os diálogos entre pacientes visitados e estudantes foram considerados como um espaço para aprendizagem, pelo contato com um paciente que apresentava o que havia sido estudado, em maior ou menor grau, e, também, pela aplicação das orientações aprendidas e dadas aos pacientes de uma forma acessível ao contexto dos mesmos¹⁸.

Também, desde o início do programa, no 2º ano (em 2004), a partir de demandas levantadas nas VD e com a comunidade, a atividade de integração com a parasitologia vem ocorrendo. Desde então, os alunos elaboram um plano de ação para a atividade educativa, que deve ser trabalhado em parceria com a Unidade de Saúde da área de abrangência estudada e a população. Tais atividades sempre aconteceram em parceria com os profissionais do serviço municipal de saúde.

Nesse período, de 2004 a 2006, conforme consta nas atas de reuniões e memórias de eventos de formação de professores, ainda por várias vezes a coordenação precisava continuar defendendo a ideia da realização das VD, pois um grupo de professores contrários chegava a “boicotar” a estratégia colocando atividades diferentes nos dias propostos para a realização das mesmas. Deve-se destacar que os profissionais da rede municipal eram os maiores parceiros da coordenação no sentido de reafirmarem a importância da VD para se ampliar a formação médica, sobretudo no que dizia respeito à qualificação de vínculo e ao conhecimento das famílias na sua moradia. Destaca-se que, no mesmo período, de 2003, 2004 e 2005, o Município estava implantando as USF. Estas informações estão relatadas em atas de reuniões da comissão de acompanhamento do PROMED e nas memórias de reuniões de assessoria externa.

¹⁸ Programa do IUSC, 2º ano do curso médico, 2004.

Em 2005, iniciam-se os trabalhos do 3º ano do IUSC, como um programa opcional oferecido aos estudantes, com cerca de 40 a 60 vagas e com a participação de professores voluntários. O foco é o atendimento médico a adultos nas UBS e USF, e as VD complementam esse trabalho como apoio assistencial.

Na tentativa de obter maior base teórica e qualificar o significado da VD, a coordenação do programa contou com assessoria externa em diversos momentos para se discutir e aprimorar a VD¹⁹.

No início de 2007, estive com o grupo de professores uma assessora que destacou a necessidade de maior clareza em relação às finalidades da VD na formação dos estudantes. Privilegiou, nessa discussão, a necessidade de uma VD que trouxesse a ideia de conhecer a família para trabalhar os temas de Educação em Saúde e a questão de devolver o que se levantava, na mesma, para a comunidade. Discutiu-se, também, sobre um descompasso entre: o que queríamos e o que podíamos fazer com a VD e quais eram as expectativas e o que acontecia no real.

Reforçou-se, nesse momento, quão difícil é realizar uma VD que tenha impacto na formação do médico. E ainda outras questões foram apresentadas, como: Será que dá para fazer um vínculo mais efetivo? Como fazer a discussão do relato da visita? Do ponto de vista teórico, qual é a nossa competência?

Desse momento de discussão, algumas importantes mudanças foram propostas na realização das VD:

- Preparar o aluno antes da realização da primeira VD no primeiro ano, no sentido de que o mesmo possa falar sobre seus receios;
- Fazer uma boa elaboração da atividade, frente à dúvida do que seria uma VD invasiva ou não invasiva à família visitada;
- Problematizar cada VD realizada;

¹⁹ Atuaram como assessores: Ana Cecília Sucupira (médica), Eunice Nakamura (antropóloga) e Mara Regina Lemos de Sordi (enfermeira).

- Narrar oralmente e, depois, por escrito o que havia sido a VD para cada aluno;
- Ampliar o olhar e escuta do estudante para além da queixa do sujeito;
- A importância do protagonismo do estudante na realização das VD, com um papel a ser desenvolvido que tivesse sentido para ele e para a família;
- Maior parceria com os agentes comunitários de saúde no trabalho e acompanhamento das famílias visitadas;
- Atuar com diferentes técnicas para melhor se trabalhar a habilidade de comunicação com o paciente e a família;
- O claro esclarecimento de que o objetivo da VD no 1º ano não poderia ser igual ao do 2º ano, sendo no primeiro ano o foco na criança e, no segundo, o foco na família.

Nesse momento, final de 2006 e início de 2007, organizaram-se, também, as bases teóricas para a realização das VD, tanto na formação dos professores como para embasar os estudantes. Nesse sentido, os seguintes autores foram propostos como base de trabalho com as VD: CUNHA (1997); AMARO (2003); GROSSMAN e CARDOSO (2006); LEITE; SÁ e BESSA (2007); LEITE; CAPRARA e COELHO FILHO (2007).

É então frente às angústias despertadas nos alunos com as VD, que o grupo de coordenação do IUSC faz, em 2006 - para início em 2007 - um convite aos professores das disciplinas de Psicologia e Psiquiatria para colaborar na preparação dos alunos do 1º ano para a realização das VD, com o objetivo de se discutirem expectativas, preocupações e sentimentos em relação a essa nova atividade (CERQUEIRA et al., 2009). Na vivência sociodramática proposta, os estudantes foram convidados a falarem sobre seus sentimentos, e

“destacaram principalmente a impotência e a frustração que experimentaram ao se imaginarem diante dessas famílias.

Impotência por não saberem “ainda” o que fazer com o bebê febril ou com diarreia: “Ah, se estivéssemos no sexto ano...”. Impotência porque não têm como resolver problemas estruturais do País, como a pobreza extrema que acreditam que irão encontrar em todas as casas. Impotência porque não há como mudar a cultura, ou a “falta de cultura/ignorância” da mãe que deixa os filhos brincarem no córrego sujo, que leva o filho para benzer e lhe dá chá de romã. Impotência e ansiedade diante da situação crônica de abuso e violência em que vivem algumas famílias” (CERQUEIRA et al., 2009, p.279).

É importante salientar que o ano de 2007 foi aquele no qual, formalmente, na instituição, o IUSC, para o bem e para mal, torna-se uma disciplina regular e obrigatória do curso médico.

Assim, em 2006, preparando-se a disciplina para 2007, na qual havia necessidade de nota e aprovação escolar dos estudantes, estruturou-se um modelo de relatório sobre as VD, com base teórica nas proposições da narrativa, defendida, conforme nos coloca Cunha (1997), como um instrumento educacional que provoca “mudanças na forma como as pessoas compreendem a si próprias e aos outros e, por este motivo, são, também importantes estratégias formadoras de consciência numa perspectiva emancipadora” (Cunha, 1997, s.p).

Importante notar que a professora Maria Isabel da Cunha havia estado em Botucatu, nos assessorando sob o ponto de vista do caráter pedagógico do trabalho com o aluno no IUSC, e seu texto foi nossa primeira base de sustentação sobre o uso das narrativas. Como nos coloca a professora, trabalhamos, nesse momento, na perspectiva de que as narrativas não constituíam uma fidedigna descrição dos fatos e, sim, a representação do sujeito da realidade, e, como tal, as narrativas “estão prenhes de significados e reinterpretações” (Cunha, 1997, s.p.).

Na sequência, foi possível trazer as ideias de Grossman e Cardoso (2006), e entrar em contato com os trabalhos sobre as contribuições das narrativas na formação de médicos, que nos serviram

de subsídios para embasar nosso trabalho de valorização das narrativas das VD.

É importante salientar que o grupo de professores do IUSC do segundo ano de 2007 iniciou uma produção escrita sobre a reflexão do trabalho e do significado da VD para o IUSC. Esse material não chegou a ser finalizado ou divulgado. No entanto, constou de rico material construído como uma produção conjunta desse grupo²⁰. No presente estudo foi realizada a leitura e análise do referido material. Ressalta-se, nessa produção, que, para os professores, ficava claro que cada VD, por mais orientada que estivesse, poderia levar a uma série de imprevistos que não poderiam ser inteiramente controlados ou antevistos no seu planejamento, o que tornava necessária a permanente sensibilização e capacitação dos professores e dos estudantes para lidarem com o inusitado.

“No decorrer das ações, experiências significativas são debatidas mais profundamente e, somadas as observações do tutor no acompanhamento dos alunos em algumas oportunidades, novas reflexões são colocadas em manifesto e, com elas, problematizações em torno das condições de vida, das características do processo saúde-doença, na utilização dos recursos comunitários e de saúde e das necessidades e demandas daquela população”²¹.

É importante perceber, nessa produção, a riqueza do material e a presença clara de estudo do grupo sob orientação da então equipe de coordenação, que buscava, em autores como Martins (2003), por meio de contribuições de Martin-Baró, analisar a visita domiciliar, compreendida como um “fazer” que contribui, internamente, para a identidade do grupo e, externamente, para a sociedade, quando leva para fora do grupo a

²⁰ Grupo de professores do 2º ano de 2007: Coordenação: Sueli Terezinha Ferreira Martins, Luzia Tiemi Oikawa, Helen Isabel de Freitas e Renata Maria Zanardo Romanholi. Professores-Tutores: Cátia Regina Fonseca, Danilo Lima Tebaldi, Helen Isabel de Freitas, Karina Rubia, Renata Maria Zanardo Romanholi, Sandra Fogaça Rosa Ribeiro, Tiago Rocha Pinto, Vera Lucia Garcia, Michele Chanchetti.

²¹ Citação de texto produzido pelo grupo de professores do IUSC, 2007.

atividade, no contato com diversos grupos da sociedade, no caso da VD, com cada família. Cabe aos professores mediar o processo de aprendizagem, manejar e articular as questões trazidas pelos alunos, considerando seu conhecimento prévio, a identificação das problemáticas observadas e os objetivos do IUSC.

4.2. O momento atual da VD no desenvolvimento do IUSC

Levando-se em conta as angústias expressadas pelos estudantes nesse processo de preparo e realização da VD, houve um período de adequação das mesmas. Hoje, as visitas domiciliares são realizadas como estratégias de ensino-aprendizagem desenvolvidas pelo IUSC, nos três primeiros anos da graduação em medicina, que permitem alcançar objetivos diferenciados para cada um dos anos.

Atualmente, a VD, no primeiro ano do IUSC, é realizada em duplas de alunos, a uma ou duas famílias, e destina-se a apoiar o reconhecimento do território da unidade de saúde à qual os alunos foram designados para os três primeiros anos do curso; desta forma, há uma tentativa de aproximar os alunos à realidade das famílias por meio do acompanhamento de recém-nascidos escolhidos pela unidade de saúde, onde são observados e discutidos temas como: a chegada do bebê na família, aleitamento materno, desenvolvimento nos primeiros anos de vida, o brincar, vacinação, entre outros. Os retornos a estas famílias são agendados regularmente e, após estas VD, são construídos relatórios individuais, na forma de narrativas, que asseguram, aos professores, a possibilidade de compreensão da aprendizagem e a necessidade de se aprofundarem os temas. É nesta fase que se inicia a formação de habilidades comunicacionais para o estudante - competência comunicacional como um campo ligado às humanidades na formação médica.

"Tivemos a primeira visita com o intuito de reconhecimento da família. Ela é composta pela mãe de 28 anos, que no momento da visita encontrava-se de licença maternidade da indústria de ração,

onde trabalha; seu marido e quatro filhos, e finalmente a bebê que nasceu no Hospital Sorocabano. Eles residem em uma casa bem simples de tijolo um pouco pequena para comportar todos os membros da família, com um quintal grande gramado em uma rua não asfaltada com rede de esgoto e eletricidade. Eles matem um bom relacionamento com os vizinhos e utilizam o posto de saúde quando sentem necessidade, o que vêm ocorrendo com maior frequência com a chegada da criança, é que a mesma tem uma cardiopatia congênita, sendo acompanhada no HC da UNESP. Ela toma remédio a cada 12 horas e a mãe se esforça em fazer com que ela ganhe peso, necessário para que quando complete um ano de idade seja operada". (aluno 1º ano)

A VD, neste período inicial, pode ser considerada como um momento singular do exercício da comunicação estudante-comunidade. Com diversas implicações no modo como os estudantes, com o apoio de seus professores, desenvolvem processo de comunicação com as famílias. Cabe ao professor o papel de mediação para que ocorra um diálogo rico no qual se permita "aflorar a subjetividade dos participantes, que passam a ser ambos sujeito do cuidado" (SUCUPIRA, 2007).

Neste momento, pode-se perceber certo constrangimento na realização das primeiras visitas domiciliares, tanto por parte dos alunos como pelas próprias famílias. O trabalho realizado pela disciplina de psicologia médica tem como objetivo preparar o aluno para este primeiro encontro.

Ressalta-se ainda que muitos alunos apresentam enorme ansiedade por terem de assumir este chegar à casa de um estranho; nem sempre o aluno está pronto para "mobilizar sua capacidade de empatia, o que equivale neste contexto a ter capacidade de entender e acolher a angústia por que passa" cada uma das famílias visitadas (LEITE et al., 2007).

Também é deste momento e do ano seguinte a entrada do estudante em conflito com a realidade das famílias muito diversas da sua própria experiência.

No segundo ano do IUSC, as VD estão diretamente relacionadas à vivência dos alunos do 1º ano, com as famílias e com a Unidade de Saúde. Ocorre a continuidade do acompanhamento, já estabelecido com as respectivas famílias pelas duplas de alunos.

"Na primeira visita do ano encontramos a mãe em casa, a qual novamente mostrou-se muito receptiva. Tivemos uma conversa agradável e a oportunidade de adquirir subsídios para acompanhar o desenvolvimento da criança. A mãe também pôde esclarecer algumas dúvidas e levantou questões a serem trabalhadas no próximo encontro. A criança está com 1 ano e 3 meses de idade.... Nessa hora a mãe citou que sente prazer em ainda amamentar a filha. Mas, o pai, os amigos e familiares a pressionam para que ela pare, pois acreditam que se isso persistir será pior para a criança, que quando vir outra mãe amamentando um bebê, terá vontade e ficará com lombriga. Fomos questionados quanto à essa questão, e dissemos que a amamentação só traz benefícios à ela e ao bebê e que quanto maior for o tempo que ela conseguir amamentar, melhor será para ambas; e que a questão da lombriga trata-se de um mito, que ela não é contraída dessa forma que eles acreditam. Ela pediu que disséssemos isso ao seu marido e assim o fizemos para que ele mudasse de opinião e deixasse de questioná-la."
(aluna 2º ano)

O foco da VD amplia-se para toda a família, onde objetiva-se discutir questões sobre condições de vida e saúde, promoção e prevenção à saúde, além de continuar acompanhando a criança. Neste ano os alunos continuam a construir narrativas que serão a base dos relatórios e, também, trabalham com as demandas levantadas pela família com o apoio da unidade de saúde onde estão já há dois anos.

No segundo ano, objetiva-se uma VD bastante dialógica, com a intenção de uma horizontalização na relação estudante-família. Este é considerado um momento de muitas trocas, no qual todos aprendem com o processo da VD. Como há uma continuidade na realização das VD com as mesmas famílias do ano anterior, pode-se observar que é nesta

vivência que se amplia o vínculo estudante - família - comunidade.

"...Contou-nos bastante sobre a relação com o marido e nos informou que este agora trabalha no período da manhã chegando ao final do dia em casa, podendo assim passar mais tempo com as crianças e com os animais de criação (obs.: oito das 30 cabras que possuem estão prenhas, sendo os partos realizados por ele e a esposa nas baias do quintal). Embora o marido passe mais tempo em casa, queixou-se do fato deste não ajudá-la muito nas tarefas domésticas. Contou-nos que está pensando em como irá prevenir-se de uma futura gravidez, após encerrar a amamentação do menino e parar de tomar a injeção contraceptiva, revelando a preferência pelo DIU, porém preocupada com falhas neste método e o fato do marido não querer usar o preservativo..."(Aluna 2º ano)

Um dos objetivos desta ação refere-se ao trabalho de responsabilização, de acolhimento às demandas da família e de sensibilização em relação às necessidades trazidas pelas mesmas. Também há o foco no respeito a culturas e crenças diferentes e na possibilidade de percepção de que a família tem mais conhecimento do que o estudante sobre diversos temas.

Trabalha-se, assim, para que, em toda VD, a família seja encorajada a falar sobre temas de seu interesse e, a partir deste, o aluno desenvolve o diálogo. O aluno aprende a ouvir, mais do que a falar, a narrar, mais do que interpretar. A partir das narrativas trazidas da VD de cada aluno de cada pequeno grupo, o professor realiza a mediação²², procurando fazer com que os estudantes interpretem e reinterpretem a fala trazida das famílias.

Nesse sentido, a VD tem uma perspectiva pedagógica e assistencial, pois, ao mesmo tempo em que o aluno está aprendendo a se comunicar com um outro diferente dele, traz, para essa família, temas e

²² O papel mediador do professor é aqui entendido, por Paulo Freire, como proposição de uma educação, como um ato dialógico, e da linguagem como principal elemento mediador no processo educacional, por Vygotsky, trazendo, como ponto comum, a centralidade do diálogo na ação pedagógica (MARQUES; OLIVEIRA, 2005).

questões que a mesma vai lhe apresentando sobre seu modo de lidar com os problemas de saúde. É desse diálogo na casa que surge uma abertura para tratar do sofrimento e da relação com os serviços.

O objetivo da VD no terceiro ano do IUSC é voltado ao trabalho de complementação ao modelo de atendimento da clínica ampliada, no qual os alunos acompanham e auxiliam médicos na assistência aos pacientes. Nesse momento, a visita tem sentido, muito mais, de assistência médica domiciliar, na qual o estudante acompanha médicos e/ou enfermeiros para a realização de algum procedimento, ou, mesmo, para o cuidado com pacientes impossibilitados de comparecer à Unidade de Saúde. Este é também um espaço onde os alunos conseguem relacionar o que foi aprendido, nos anos iniciais, para a assistência integral do indivíduo. Assim, ocorre uma VD para um paciente idoso impossibilitado de comparecer à unidade de saúde, como, também, para um paciente que está em acompanhamento supervisionado.

"No dia de hoje fomos numa visita domiciliar na casa da dona Maria. Foi uma experiência muito valiosa, já que pudemos observar o quanto os nossos julgamentos pós-consultas podem ser falhos. A paciente estava muito receptiva e alegre, como nunca havíamos visto antes. Também havia uma filha sua na casa, a Catarina, a qual nos ajudou a entender melhor a dinâmica familiar. Pareceu-nos que a paciente não está sabendo lidar bem com as perdas de capacidade funcional e autonomia, decorrentes da idade e da sua condição de saúde, e que, por isso, alega que os filhos não cuidam bem dela. A impressão que ficou é que na verdade eles não "cuidam" da maneira que ela quer. A filha relatou que ela sai sozinha para resolver problemas bancários e ir a consultas médicas e que se nega à receber ajuda dos filhos... No geral, fiquei com uma boa impressão da dinâmica familiar, sendo que muito dos problemas alegados pela paciente talvez possam ser resolvidos se a questão da perda da autonomia for melhor trabalhada. Trouxemos os seus aparelhos auditivos ao posto para reajuste, embora tenhamos ficado com a impressão de que há outros motivos envolvidos no não uso deles (questões estéticas?)". (Aluno 3º ano)

O esquema abaixo permite observar o processo de organização e operacionalização da VD na disciplina IUSC, respeitando os objetivos previstos para cada um dos três anos de sua realização.



No IUSC, a VD é uma estratégia de ensino-aprendizagem que auxilia no desenvolvimento de habilidades - como a comunicação, a escuta e a observação - e aproxima o aluno da realidade das pessoas que ele futuramente irá atender no serviço público de saúde.

Tem sido uma prioridade, no trabalho de formação dos professores, discutir e propor que os mesmos acompanhem seu grupo de estudantes para realizar as VD e, a partir daí, revisitar os diálogos entre estudantes e professores. Mobilizar o professor no sentido de que ele também participe da VD pode permitir uma melhor compreensão real do processo vivenciado pelo estudante e, mesmo, apoiar o estudante no enfrentamento das dificuldades de comunicação, no sentido apresentado por Pinto (1987): “O caminho que o professor escolheu para aprender foi ensinar. No ato do ensino ele se defronta com as verdadeiras dificuldades, obstáculos reais, concretos, que precisa superar. Nessa situação, ele aprende.”

No sexto ano, quando o aluno realiza estágio curricular do internato, por seis semanas na USF, muitas vezes, ele retoma o significado da visita domiciliar na sua formação, agora realizando-a como interno da equipe de saúde local.

"Hoje, 2009, acadêmico do 6º ano a pouco para me formar, com uma visão bem menos idealista do 1º ano, tive o privilégio (pois assim o considero) de retornar à USF Jd. Iolanda no meu estágio da Saúde Pública, desta vez pertencendo à grade curricular do internato. (...) As visitas domiciliares, desta vez como 'médico' da equipe, fizeram-me lembrar dos velhos tempos em que com cabeça ainda raspada ia visitar aquelas 3 famílias. (...) Como observei uma dissociação entre a prática clínica de um hospital terciário (como a UNESP) e a complexidade de execução prática!!! Como o treinamento feito pela inserção 'precoce' na comunidade conseguiu me agregar uma sensibilidade mais acentuada na abordagem do paciente, embora me sinta longe do meu ideal!"²³

Para Túlio, Stefanelli e Centa (2000), a VD permite avaliar desde as condições ambientais e físicas em que vive o indivíduo e sua família, até assistir o grupo familiar, acompanhar seu trabalho, levantar dados sobre as condições de habitação e saneamento.

A VD também pode ser considerada no contexto de educação em saúde por contribuir para a mudança de padrões de comportamento e, conseqüentemente, promover a qualidade de vida. É a partir da VD realizada no IUSC, da narrativa do outro, que os alunos vão construindo, dentro das atividades; o significado do que é o processo de saúde-doença, o que é a autonomia do indivíduo, e como pensar em estratégias de saúde que considerem a realidade do outro e que, assim, possam construir ações para as mudanças de comportamentos e para a melhoria da qualidade de vida.

Para Takahashi e Oliveira (2001), a VD constitui uma atividade

²³ GONDO, F. (Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu). Aula do 11º Congresso Paulista de Saúde Pública, São José dos Campos (SP), 2009.

utilizada com o intuito de subsidiar a intervenção no processo de saúde-doença de indivíduos ou no planejamento de ações destinadas à promoção da saúde da coletividade.

A VD é caracterizada, fundamentalmente, pela interação entre indivíduos, e, neste sentido, a comunicação assume uma importância decisiva. A VD permite ainda uma maior proximidade dos profissionais e serviços com as pessoas e seus modos de vida.

4.3. O relato das visitas realizadas por estudantes: a ênfase nas narrativas

"Escrever é procurar entender, é procurar reproduzir o irreproduzível, é sentir até o último fim o sentimento que permaneceria apenas vago e sufocador. Escrever é também abençoar uma vida que não foi abençoada."

Clarice Lispector (citada por Grossman e Cardoso, 2006)

Para Grosman e Cardoso (2006, p.12)

"Narrar é uma manifestação que acompanha o homem desde a sua origem. As narrativas estão estruturadas sobre cinco elementos, quais sejam: os fatos, as personagens, o tempo, o espaço e o narrador. Este último configura-se como o elemento organizador de todos os outros componentes, o intermediário entre o narrado e o autor, entre o narrado e o leitor".

No IUSC, a narrativa tem sido usada desde o início da disciplina. No primeiro ano ainda possui um formato mais fechado, pois as VD aqui realizadas são tematizadas, e isto propicia que os conteúdos trazidos pelos alunos sejam mais "padronizados". Mas ainda sim, é possível constatar, nos relatos dos alunos, como as famílias "lidam" com as questões da saúde - como, por exemplo, o aleitamento materno - e como o aluno se coloca frente ao que foi observado, trazendo suas concepções de mundo e os seus conceitos de saúde, que, muitas vezes, são contrários ao que foi observado.

"Outra visita domiciliar foi realizada, com ênfase no aleitamento materno. Observamos que o bebê, por ter então 8 meses de vida, já havia sido desmamado pela mãe, que crê na eficácia da amamentação apenas até o sexto mês. No entanto, a mãe oferecia alimentos saudáveis de forma segura ao bebê, com suplementos alimentares, seguindo as orientações da pediatra que lhe acompanhava. A mãe preferia não levar o filho ao posto de saúde, alegando desconfiança do serviço prestado. Essa desconfiança provinha de um mau atendimento anterior segundo a própria mãe. No geral, o bebê estava saudável e bem alimentado". (aluno 1º ano)

Já no segundo ano, aperfeiçoa-se o trabalho das narrativas a partir das VD e, nesta fase, o que se observa é que as questões são mais "ricas". Isso se dá por meio da própria estratégia do 2º ano, pois aqui os temas discutidos e abordados são os indicados a partir de demandas e interesses da família. Os alunos entendem que há necessidade de relatar fatos que não são "corriqueiros", mas que fazem parte da história de vida daquela pessoa. Estes fatos, muitas vezes, auxiliam os alunos a compreenderem a realidade de cada família e o que seria a integralidade do cuidado, eixo norteador da disciplina.

"Hoje foi realizado a visita com ênfase no tema da obesidade, o objetivo era conhecer a percepção do paciente sobre seu quadro clínico de sobre peso. Fernanda, 37 anos, diarista com Ensino Fundamental incompleto e com denominação Evangélica... concordou em participar da entrevista, nos apresentamos e perguntamos a ela como se deu início o seu quadro de ganho de peso e ela nos disse:

Comecei a engordar depois de uma depressão, mas aí eu me tratei e melhorei mas não sei porque engordei tanto nestes últimos tempos... Eu como pouco, fico de jejum e ainda engordo...

Questionamos o porquê do jejum e ela disse:

É que eu sou evangélica e a gente tem que jejuar pra receber

benção né, não é obrigada, mas como a gente quer ser abençoada e daí a gente faz. Ontem mesmo eu comi uma pratada de sopa era 9 horas da manhã.

Mas que horas você levanta?

Umas 8 horas.

E você não toma café da manhã?

Não eu fico de jejum até a hora que eu consigo e daí eu almoço. Eu sou muito ansiosa, eu como muito quando eu fico ansiosa, nervosa e ultimamente eu to ficando muito ansiosa.

Qual a sua principal queixa?

Eu sinto muita dor no peito, pra fazer uma caminhada, serviço de casa ate mesmo para se abaixar para pegar alguma coisa no chão.

Mas o que você come?

Comida mesmo e eu como mais quando estou nervosa ou ansiosa e ultimamente eu tenho andado muito ansiosa.

Pudemos notar que a paciente estava querendo desabafar e deixamos ela falar, sem interromper mas questionando no momento necessário.

Eu já to gorda e agora que eu resolvi entrar no grupo do posto, eu não tenho um par de tênis para caminhar. Eu pedi para o meu filho para ele comprar na conta dele no Jô Calçados porque eu andei emprestando o meu nome para umas pessoas mas elas não pagaram e o meu nome ficou sujo, aí agora eu não posso comprar....Pedi para o meu filho e ele me negou porque disse que ele emprestou o cartão da loja para alguns amigos e agora não tem crédito.A gente agrada, leva comida pra eles no computador mas a gente não ganha nada em troca, a gente não ganha nenhum carinho. Eu até pensei em sair de casa porque ninguém valoriza a gente, meu marido chega em casa e só pensa em dormir, não dá um carinho, uma atenção, não quer levar a gente

pra passear, só pensa em ficar em casa, aí a gente cansa né... Você sabe que mulher sempre gosta de uma atenção especial, um carinho a mais, gosta de passear bastante, gosta de sexo e nem sempre a gente recebe isso... Eu comecei namorar com 12 anos e esse meu primeiro namorado e ele era bem carinhoso, me dava atenção sabe, era mais atencioso, a gente ficou junto uns 3 anos e eu aprendi a ser assim como ele, aí a gente se desentendeu e terminamos e depois eu conheci o meu marido, a gente casou tudo, já fazem uns 20 anos, mas mesmo assim eu não esqueço o jeito que o meu ex me tratava, eu gostava, eu aprendi a ser como ele e eu sinto falta desse carinho. A gente fica carente né, mas graças a Deus eu vou na Igreja e lá o pessoal faz oração pra gente e aí eu fico melhor.” (Aluno do 2º ano)

É no diário de campo que é relatada toda narrativa ao final do atendimento clínico do terceiro ano. Neste, os alunos colocam não só a história do paciente, mas também como se sentiram ao realizarem aquele atendimento. E é a partir destas narrativas que os professores problematizam com seus alunos as questões da clínica ampliada.

“Dia quente, estava desconfortável para atender, o consultório muito quente, mal dava vontade de falar. Atendemos uma paciente POLIQUÉIXOSA e com queixa de depressão, descontentamento com si mesma, e que além de tudo ficava montando e desmontando a parede (sic). Sei lá, não senti “ verdade” nas queixas psiquiátricas dela, senti como se ela não tivesse atividades para ocupar a cabeça. É tabagista, estava com cheiro forte de cigarro, e que naquele calor, tava me dando dor de cabeça. Preciso trabalhar melhor isso!!! No retorno espero dar o melhor de mim pra paciente. Apesar de tudo, ela disse que foi a melhor equipe que já atendeu ela, que ela só quer ser atendida por mim e pela outra aluna. Deu peso na consciência...acontece!” (Aluna do 3º ano)

No IUSC acredita-se que a narrativa

“provoca mudanças na forma como as pessoas compreendem a

si próprias e aos outros. Tomando-se distância do momento de sua produção, é possível, ao "ouvir" a si mesmo ou ao "ler" seu escrito, que o produtor da narrativa seja capaz, inclusive, de ir teorizando a própria experiência. Este pode ser um processo profundamente emancipatório em que o sujeito aprende a produzir sua própria formação, autodeterminando a sua trajetória. É claro que esta possibilidade requer algumas condições. É preciso que o sujeito esteja disposto a analisar criticamente a si próprio, a separar olhares enfiadamente afetivos presentes na caminhada, a por em dúvida crenças e preconceitos, enfim, a desconstruir seu processo histórico para melhor poder compreendê-lo” (CUNHA,1997, s.p).

Na Disciplina IUSC, a narrativa a partir da VD tem sido trabalhada de duas formas distintas e que não são excludentes: a narrativa oral, que tem o objetivo de narrar o que foi ouvido, e a narrativa escrita, que vai dar sentido e ajuda a interpretar o que cada pessoa traz consigo na sua experiência de vida.

Segundo Carrió et al. (2008), há hoje um movimento, em diferentes escolas médicas, trabalhando com uma proposta que se iniciou nos Estados Unidos e que se tem denominado Medicina Narrativa.

“En los programas de Medicina Narrativa se trabaja con relatos en los que los protagonistas son médicos y enfermos, en un determinado contexto. Los participantes se entrenan luego en reescribir o contar estas historias en un lenguaje cotidiano (no en el lenguaje técnico de las historias clínicas) y en confrontar sus percepciones y vivencias, buscando generar destrezas imaginativas que ayuden a cruzar la brecha entre saber acerca de la enfermedad del paciente y comprender su experiencia” (CARRIÓ et al. 2008, p. 138).

Charon (2006) fala sobre a narrativa como uma singularidade, e o que distingue a narrativa do conhecimento universal ou científico é a sua capacidade de captar a singularidade, o não replicável ou incomensurável.

Usar as narrativas como recurso para valorizar as VD e fazê-las significar, ao estudante, como recurso para sua formação, no sentido de ampliar sua percepção sobre os pacientes, as famílias, tem sido uma estratégia pedagógica do IUSC.

4.4. Descrição, análise e discussão dos núcleos temáticos identificados

Minayo (2004) recomenda que a análise do material de campo deve ultrapassar a “ilusão de transparência”, aquela em que o real parece se mostrar nitidamente ao observador. Deve também ater-se ao essencial, às significações encontradas no material e referidas a relações sociais dinâmicas. E, além disso, conseguir juntar teorias e conceitos com os dados recolhidos. Cientes de possíveis enganos, nos propomos a realizar essa desafiadora tarefa.

Tendo como material empírico as respostas dos questionários preenchidos por estudantes, por meio da leitura exhaustiva dos mesmos e da apreciação do conteúdo dos textos, foi possível identificar núcleos temáticos que emergiram das respostas dos alunos, que não são exclusivos, ou seja, existem entre eles inúmeras interseções. Os núcleos temáticos identificados foram: Desenvolver habilidades de escuta, comunicação e compromisso ético; Conhecer a realidade da população e o aproximar-se das famílias; Trabalhar conceitos como SUS, Integralidade do Cuidado e processo saúde-doença; Construir vínculo com as famílias; Estar ou não preparado para a realização da VD: falta de organização quanto a temas, objetivos claros, número de VD a se realizar, orientação do professor; Entre a aproximação, o elo de ligação e a falta de parceria com a unidade de saúde e seus profissionais no apoio à VD; Contribuição da VD para a formação: o significado da VD para os alunos e as famílias; Falta de conhecimentos clínicos para o fazer na VD.

Os textos dos estudantes expressam “opiniões pessoais, da vida em um certo grupo social, de uma determinada sociedade, em um

tempo específico, em um certo lugar” (CALDEIRA, 1984, p.144).

Desenvolver habilidades de escuta, comunicação e compromisso ético

No primeiro núcleo temático a ser enfatizado, a percepção dos alunos na VD ganhou múltiplos sentidos e permitiu aos alunos **desenvolverem habilidades de escuta, comunicação e compromisso ético**. Considerando que as questões comunicacionais são de extrema importância para a formação do médico e que é este um dos objetivos da visita domiciliar realizada no IUSC, podemos observar, por meio das respostas dos alunos, que o desenvolvimento desta habilidade vem sendo realizado com êxito na disciplina.

A partir das respostas dos alunos, constata-se que a VD propicia que eles se desenvolvam e que aprimorem habilidades de comunicação por meio do contato com o outro - habilidades estas que não são apenas de fala, mas, também, de escuta e observação. Como pode ser constatado nos relatos abaixo:

" Nas visitas domiciliares os alunos podem perceber a importância da escuta e da comunicação... As visitas foram oportunidades boas para o aluno desenvolver habilidades de fala e escuta com a população." (aluno 43)

"Mais que a experiência ao falar com pessoas, de manter um diálogo e perguntar algo... Ao fazer as visitas sozinhos somos obrigados a falar e nos comunicar, o que de certa forma nos força a desenvolver pelo menos algumas habilidades de comunicação." (aluno 63)

Para alguns alunos, a visita domiciliar contribui para um ouvir qualificado do outro, um ouvir que busca compreender o outro em sua singularidade e que permite uma relação mais dialógica entre aluno e família visitada. Este ouvir é valorizado pelos alunos, que fazem uma relação deste aprendizado com o trabalho que realizarão com os futuros

pacientes.

"Tem contribuído justamente na questão de qualidade do sujeito, ou seja, no fato de deixarmos de ser os "ditadores de regras" para a população e passarmos a ser ouvintes e estar na qualidade de aprendizes, e não professores." (aluno 50)

"Contribuiu muito para aprender a conversar bem com uma pessoa desconhecida e obter dela alguns detalhes de sua vida pessoal, isso será muito importante quando, em consulta eu tiver que "tirar" a história do paciente." (aluno 70)

"As visitas me ajudaram a desenvolver minhas habilidades de abordagem, a ver como há fatores que interferem na saúde e que muitas vezes não são trazidas ao consultório." (aluno 13)

A visita domiciliar é destacada, pelos alunos, como um cenário de ensino diferenciado da vivência na universidade, e é neste cenário extramuros, de interação com outras pessoas, que as habilidades comunicacionais, o desafio da desinibição e escuta vão se desenvolvendo.

"A visita domiciliar tem contribuído para a minha formação profissional ao permitir um aprendizado diferenciado daquele adquirido nas universidades. Nas visitas, desenvolvemos as habilidades de comunicação, escuta, observação, interação com as pessoas que são fundamentais para nossa futura profissão." (aluno 56)

"A principal contribuição tem sido trabalhar com dificuldades de comunicação e inibição. As atividades fora da universidade, como as visitas domiciliares, te levam a agir de forma mais ativa e dinâmica, deixando de lado algumas possíveis dificuldades pessoais." (aluno 53)

É perceptível ainda, nas respostas dos alunos, que a vivência das VD, num espaço diferente do seu, propiciou a reflexão da complexidade que é trabalhar com pessoas, e que é possível

compreender esta complexidade se entendermos e conhecermos o contexto em que o outro está inserido.

"As Visitas Domiciliares ajudam ir aprimorando minha capacidade de diálogo e compreensão dos diferentes contextos em que as famílias estão inseridas e dos fatores que compõe esses contextos." (aluno 28)

Pode-se observar que realizar este contato com o desconhecido nem sempre é reconhecido pelo aluno como algo positivo ou algo fácil de se realizar por um estudante de 1º ou 2º ano. Muitas vezes, o professor precisava insistir ou, mesmo, acompanhar o aluno, ou ainda fazer – ele, professor - a primeira VD, como um modelo para o aluno que se considera sem habilidades comunicacionais para a conversa com a família.

"Tinha dificuldades pessoais em manter um diálogo satisfatório." (aluno 34)

Os resultados deste núcleo temático apontam a VD como um espaço que favorece o contato direto com a família, seus integrantes, sua realidade social e suas singularidades. Para desenvolvê-la, faz-se importante a construção de um olhar atento e observador e uma escuta qualificada. Além da construção de uma postura de cautela e respeito com o que lhe é apresentado.

A importância do ensino de habilidades comunicacionais nos cursos de graduação em medicina é justificada pela própria relação médico-paciente, e, também, por ser uma das recomendações, previstas nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Medicina, que se impõe como campo de conhecimento para a formação de futuros médicos.

Por meio da VD, o desenvolvimento de habilidades comunicacionais é reconhecido pelos alunos como um fator que auxiliará futuramente na atenção à saúde das pessoas da comunidade, uma vez que o domicílio é um espaço da comunidade que propicia o processo

dialógico com as famílias visitadas.

Para Teixeira (2005, p.228), estes espaços são relevantes para as

“...tecnologias de conversa, que auxiliam na identificação, elaboração e negociação com os usuários sobre as necessidades que podem vir a ser satisfeitas naqueles locais em que estão sendo assistidos ou em outros espaços institucionais”.

O trabalho realizado no IUSC é propício para o desenvolvimento de habilidades comunicacionais, necessárias aos alunos para a realização das visitas domiciliares, pois, nas casas, estarão em contato com uma família.

Habilidades como ouvir o outro, conseguir manter um diálogo para entender a complexidade do ser humano, possibilitam, futuramente, uma ação profissional mais integral, e é, por isso, que o ensino de comunicação deve ser desenvolvido ao longo do processo de formação.

Para Rossi e Batista (2006, p.101)

“A comunicação é uma habilidade que pode e deve ser conquistada no processo de formação do médico, constituindo uma área de conhecimento específico. Uma proposta mais explícita de ensino de comunicação na graduação em medicina pode fomentar a compreensão de que o processo comunicacional vai além das palavras e tem conseqüências diretas e profundas na eficácia do ato médico, interpretando-o com o auxílio da linguagem verbal”.

Os autores ainda entendem que a comunicação é a

“habilidade de tornar comum um saber qualquer, num processo de troca de mensagens entre pessoas e no pressuposto de que não se impõe ao outro a informação como se expõe um dado, mas se lhe oferece a oportunidade e se procura facilitar tal aquisição que não é contemplada” (ROSSI; BATISTA,

2006, p.100).

Cabe reconhecer, também, que o trabalho com a comunidade favorece o desenvolvimento das relações interpessoais, que são essenciais para a formação do profissional médico. Podemos observar uma qualificação da relação estudante com a família, diretamente relacionada à humanização da atenção.

Conhecer a realidade da população e o aproximar-se das famílias

Outra dimensão especialmente proporcionada pela atividade da visita domiciliar, que se destacou entre as respostas dos alunos, emergindo outro núcleo temático, foi a percepção do aluno no que se refere a ***Conhecer a realidade da população e o aproximar-se das famílias***

A aproximação e o conhecimento do território onde as famílias vivem permitiu aos alunos perceberem as reais condições de vida e saúde da população e como estas influenciam no processo de saúde e doença.

Permitiu um contato mais estreito com a população, no ambiente da população, favorecendo assim um relacionamento horizontalizado. Isto é fundamental para conhecer as reais necessidades da população e para obter um melhor entendimento do processo saúde-doença.” (aluno 23)

“Essa aproximação permitiu um melhor entendimento de como as pessoas produzem saúde e de como fatores ambientais, familiares e culturais influenciam essa produção.” (aluno 21)

Para outros alunos, a VD possibilitou o contato com um mundo em que a realidade é muito diferente daquela em que ele está inserido. Esta experiência vivenciada pelos alunos é valorizada pela importância do contato com uma realidade que é a diferente da experiência trazida por

eles ao ingressarem na faculdade.

"A visita me ajudou a conhecer um ambiente de vida bem diferente do meu." (aluno 65)

"Apenas através da visita domiciliar tive dimensão da carência que atinge nossa comunidade e pude ter contato direto com o cotidiano das pessoas que são atendidas pelo SUS." (aluno 37)

Observamos que questões como o contato desde o início da formação com futuros pacientes também são valorizados pelos alunos, pois estes reconhecem como importante esta aproximação para que se possa, no futuro, prestar assistência à saúde de acordo com a realidade do paciente.

"Aprendi com as visitas que quando eu estiver trabalhando no hospital ou em um consultório não vou apenas recomendar um tratamento sem me lembrar que existem fatores que influenciam o processo saúde doença do paciente e vou lembrar de que, baseado nesse conhecimento sobre esses fatores, tenho o papel de prevenção. A manutenção da saúde ficou para mim tão importante quanto o tratamento." (aluno 4)

"Na minha formação profissional isso se refletirá em flexibilidade, compreensão, melhor abordagem ao paciente (por exemplo, entender os limites financeiros para a compra de determinado medicamento)." (aluno 68)

Chama atenção a percepção dos alunos de que, por meio das visitas domiciliares, conseguiram ter contato com a realidade da população e se aproximaram da realidade das famílias acompanhadas, permitindo um contato de maior igualdade entre visitando e visitado, e quanto esta aproximação é fundamental para o exercício das futuras atividades profissionais de um médico.

Mesmo com alguns desencontros, realizar as VD às famílias - fato que sempre foi alvo de conflitos e insatisfações - é apontado aqui pelos alunos como uma oportunidade de conhecer a realidade das

pessoas e da comunidade.

"Apesar de alguns desencontros em certas visitas domiciliares elas foram satisfatórias, pois o contato direto com as pessoas da comunidade entendendo o meio em que elas vivem é importante para a futura tomada de conduta correta por um médico." (aluno 10)

Ao tratar da análise deste núcleo temático - conhecer a realidade da população e se aproximar das famílias - é possível perceber que, por meio da VD, o aluno pode ter contato com a realidade de uma determinada comunidade e ter o entendimento de alguns dos aspectos da situação social e da história de vida das pessoas, o que pode estar associado ou interferir diretamente nas condições de vida e saúde e nos processos de adoecimento dos indivíduos.

Esta questão aparece claramente nas respostas dos alunos, mostrando que esta aproximação com as famílias no espaço que é delas, permite entender seu cotidiano e conhecer as reais necessidades de saúde da população.

A formação tradicional capacita o médico para o diagnóstico da situação imediata, a doença, mas oferece pouco espaço para ele refletir sobre a realidade em que o paciente e sua família estão inseridos, e como esta realidade, ou seja, tudo o que contribui para a situação condição de saúde em que se encontram.

Para (Santos, 1988), "a paisagem não é formada apenas de volumes, mas também de cores, movimentos, odores, sons, etc. e a percepção é sempre um processo seletivo de apreensão".

Assim, quando se estuda a diversidade social e cultural da realidade em que o outro (paciente) está inserido - e que, muitas vezes, é uma realidade muito distante da vivida pelo estudante -, contribui-se para que este perceba a necessidade de valorizar o ser humano, sua bagagem cultural e sua história.

Importa, então, considerar as características culturais dos povos e os interesses envolvidos para a realização da leitura da

paisagem. E esta será, portanto, sempre a apreensão que o sujeito faz, e não a verdade absoluta, neutra. Assim como a paisagem está cheia de historicidade, o sujeito que a lê também tem o seu processo de seleção do que observa. São verdades construídas, mas enraizadas nas histórias das pessoas, dos grupos que ali vivem (CALLAI, 2005).

Neste sentido, vale ressaltar que, na medida em que os estudantes identificam e compreendem suas próprias diferenças ou semelhanças com a família visitada, estes são capazes de refletir criticamente e ir em busca de ideias e caminhos que considerem os contextos, proporcionando, futuramente, uma assistência à saúde com qualidade.

É necessário entender cada indivíduo na sua singularidade, como um ser único, pertencente a um contexto social e familiar que condiciona, determina diferentes formas de viver e adoecer.

Para Mattos (2004, p.1414)

“O modo de andar a vida de um sujeito não pode ser compreendido como dissociado do modo como a vida anda num certo lugar, aonde ele vive. Mas cada sujeito apresenta singularidades que se expressam no seu modo de andar a vida”

Por meio das respostas dos alunos, sugere-se o entendimento de que o processo saúde-doença não é só biológico, mas, também, determinado pelo social. Estas questões reafirmam que muitas das queixas que são trazidas nos serviços de saúde não têm só causa orgânica, mas estão relacionadas ao modo de viver em todas as suas dimensões.

Segundo Cecílio (2001 p. 116), quando alguém procura um serviço de saúde, está trazendo consigo *uma “cesta de necessidade de saúde e assim cabe as equipes e aos profissionais ter a sensibilidade e o preparo para decodificar e saber atender da melhor forma possível”*. Por isso, toda a organização da atenção deveria considerar estas questões, buscando trabalhar de uma forma onde o escutar e atender estas

demandas fossem prioridades. Para o autor, as *“necessidades de saúde podem ser a busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida que a pessoa viveu ou está vivendo”*.

A VD é apontada por alguns teóricos como um espaço onde o profissional se insere de forma a desenvolver suas ações e interações com as famílias, considerando o contexto domiciliar. O contexto domiciliar deve ser percebido por meio de uma perspectiva abrangente, que vai além do espaço físico, que considera este ambiente como um conjunto de coisas, eventos e seres humanos (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

A VD é vista, também, pelos alunos como possibilidade de se adequarem à população que vão enfrentar no SUS, pois, como relatam, esta será a população que vão assistir. Estes também enxergam, no SUS, um espaço assistencial para os mais pobres - visão esta que condiz com o nível social dos alunos, usuários de planos privados de saúde, e que acreditam que o SUS é para pobres.

Trabalhar conceitos como SUS, Integralidade do Cuidado e processo saúde-doença

Nas visitas domiciliares, os alunos reconhecem que é possível compreender e **trabalhar conceitos como SUS, Integralidade do Cuidado e processo saúde-doença**.

A VD é uma ampliação de espaços de práticas onde se pode trabalhar os conceitos teóricos aprendidos na universidade. Para os alunos, conceitos como SUS, Integralidade e território, que são discutidos na disciplina IUSC, são colocados em prática por meio da VD.

“Nas visitas domiciliares nos tivemos a oportunidade de colocar em prática os conceitos teóricos aprendidos em aula.” (aluno 59)

“As visitas nos ensinaram, na prática, o que é um território de saúde, como funciona o SUS e o que é integralidade.” (aluno 15)

Para os alunos, é por meio da VD que tem sido possível

adquirir um melhor conhecimento do SUS e de como este se organiza no município de Botucatu.

"As visitas ajudaram a compreender a rede de atenção básica à saúde do município." (aluno 38)

"A VD acrescenta diversos conhecimentos teóricos a respeito do sistema de saúde no Brasil e município, como é estruturado e organizado." (aluno 47)

Vivenciar o SUS por intermédio da VD, para os alunos, vai além de aplicar, na prática, questões da teoria e da sua organização, uma vez que as VD são uma oportunidade de refletirem sobre este sistema de saúde, sua influência na saúde da população e o que pensam as famílias dos serviços utilizados.

"As visitas proporcionaram uma reflexão importante sobre os problemas de saúde da família visitada (principalmente os crônicos)." (aluno 31)

"Me mostrou como é a relação da população com o sistema de saúde." (aluno 33)

"Podemos também ver a reflexão do SUS na saúde de tais pessoas e questioná-las sobre como viam esse sistema." (aluno 45)

O contato com as famílias foi percebido, pelos alunos, como importante estratégia para ampliarem o olhar dos determinantes do processo de saúde e doença e para a compreensão da Integralidade do cuidado, um dos eixos norteadores da disciplina IUSC.

"Contribui no sentido da Integralidade, pois indo à casa da pessoa a conhecemos de maneira esférica, não ficamos limitado ao corpo (órgãos) e temos nossa visão ampliada enxergando o outro como um ser social, ficando mais fácil de entender como suas relações com a sociedade e o ambiente interferem em sua saúde." (aluno 48)

"Temos a oportunidade de estar na comunidade desenvolvendo uma importante e construtiva relação com as famílias, indispensável para atender ao princípio de integralidade do cuidado (ver o paciente como um todo analisando todas as características sociais, físicas, psicológicas, focar na saúde e não na doença) que será utilizado na nossa profissão futura." (aluno 56)

Neste núcleo temático, observamos a integração dos conteúdos teóricos realizados na prática por intermédio da VD.

É por meio da preparação e realização das visitas domiciliares que os conteúdos teóricos são introduzidos nas discussões, subsidiando as vivências dos alunos, orientando seu trabalho prático e avaliando periodicamente esta integração da teoria e da prática.

Atualmente, há uma necessidade de articulação entre os processos de ensinar e aprender no trabalho em saúde, que, ainda hoje, acontecem de maneira muito vertical; a VD é uma oportunidade de um fazer dialógico entre os saberes da população e do aluno, uma vez que permite, ao aluno, ouvir e vivenciar a realidade do outro.

Para os autores Macedo et al. (2005, p. 234)

"novos cenários de aprendizagem são espaços para conhecer na ação concreta no mundo, lugares de construção do conhecimento, de vivências e desenvolvimento de atitudes que produzam criticamente formas de atuar em saúde e de se relacionar com os usuários; espaços de reflexão crítica sobre a realidade, de produção de compromisso social, em suas diversas dimensões, como o fortalecimento do SUS".

Neste processo de ensino-aprendizagem, há o rompimento da dicotomia que era existente entre o que se ensina nas faculdades e a realidade que os profissionais encontrariam no seu dia-a-dia; a VD é uma oportunidade de o aluno vivenciar a organização do SUS na prática de sua realização e de se apropriar das diversas dimensões que a integralidade do cuidado pode assumir.

Para Mattos (2004, p.1414), a integralidade é, antes de tudo, uma prática de saúde desenvolvida no SUS que é intersubjetiva, em que os profissionais consideram e relacionam a população como sujeitos, e não como objetos. Assim, o que caracteriza a integralidade é a apreensão ampliada das necessidades de saúde que atende *“principalmente a habilidade de reconhecer adequação de nossas ofertas ao contexto específico da situação no qual se dá o encontro do sujeito com a equipe”*.

A abordagem clássica para o ensino em saúde hoje é a transmissão de conhecimentos que remete à aprendizagem centrada em conteúdos fragmentados e com dicotomização entre a teoria e a prática. Em geral, na maior parte das escolas médicas brasileiras, primeiro aprende-se a teoria para, depois, realizar-se a prática. A VD realizada no IUSC é uma estratégia didático-pedagógica que possibilita que o aluno realize seu processo de ensino- aprendizagem dentro de prática problematizadora, e que seja um protagonista no seu aprendizado.

Segundo Pinheiro e Cecim (2005, p.16)

“ensinar saúde sob a orientação estrutural da integralidade e do SUS nos cursos de graduação da área da saúde dá origem a atividade prática, à educação em ato e à educação permanente. Pode-ser-ia identificar esta formação como iniciativa da vontade, do desejo, da implicação com a produção de conhecimento com sentido, com a construção de práticas cuidadoras, com as inovações por experimentação, um diálogo de transformação com o qual se criam nexos constituintes entre saúde, educação e trabalho”.

Construir vínculo com as famílias

A possibilidade de **construir vínculo com as famílias** no desenrolar da VD e com a frequência de repetição das mesmas, propicia que as conversas ganhem profundidade e detalhamento, e “os vínculos

vão se estreitando, as falas vão surgindo” (LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008) - e a relação construída com a família pode ser mais do que um contato técnico.

Ao procurarmos a definição de vínculo no Dicionário Aurélio de Língua Portuguesa, o termo vínculo está relacionado a “tudo o que ata, liga ou aperta; ligação moral; gravame, ônus, restrições; relação, subordinação; nexos, sentido”. Na saúde a “noção de vínculo nos faz refletir sobre a responsabilidade e o compromisso” (MERHY, 1994).

Para o estudante, é uma oportunidade de criar uma relação de confiança.

*“Percebi que conseguimos criar um vínculo de confiança, amizade com a família, esse vínculo facilita a visita, nos torna mais sensíveis para perceber o espaço e as dificuldades do outro.”
(aluno 48)*

O vínculo construído ao longo das VD, pelos alunos, é valorizado como uma importante contribuição para a formação do futuro profissional que se preocupa com o cuidado do outro.

“As visitas domiciliares ajudaram a me sentir mais a vontade para abordar a família e a compreender o quanto um maior vínculo entre pacientes e profissionais da saúde contribui para a qualidade do cuidado com a saúde.” (aluno 7)

Há, também, relatos de que, por meio das VD, as famílias desenvolveram vínculos que passam por diversas sensações, como as citadas por um dos alunos.

“Representaram para as famílias um leque de sensações: receio da invasão de privacidade/ medo do julgamento/ momento para conversa informal/possibilidade para queixas e perguntas de cunho médico/conforto pela sensação de “monitoramento” médico-social/alegria por serem objeto de atenção de alguém.” (aluno 49)

A VD favoreceu a aproximação e sensibilização dos estudantes

para aspectos não apenas técnicos, mas humanos da vivência de cuidar do outro.

"É uma vivência única, que contribui tanto para a família visitada quanto com os alunos." (aluno 64)

Algumas situações que emergem na VD, como a percepção de uma resistência das famílias em receberem os estudantes nos domicílios, dificultam a construção do vínculo, como observamos nos textos dos alunos.

"Havia resistência da família, pois ela não se sentia totalmente a vontade com a nossa presença." (aluno 51)

"Talvez tenha faltado a confirmação (ou a re confirmação) do desejo da família em participar da visita. Isso porque algumas famílias, após o primeiro ano, passaram a se demonstrar insatisfeitos e menos colaborativos com os alunos." (aluno 69)

Entre os aspectos significativos apontados pelos alunos, na realização da VD, é valorizado o vínculo, uma vez que este se concretiza por meio da atenção e da conversa entre o aluno e a família visitada, e, assim, propicia que ele entenda melhor a rotina e a organização da mesma.

Para Lopes, Saupe e Massaroli (2008, p. 247), a VD pode propiciar

"um encontro entre pessoas que atuam umas sobre as outras, criando espaços de intersubjetividade, onde acontecem os momentos das falas, escutas e interpretações, nas quais há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro, são momentos de possíveis cumplicidades, nos quais pode haver uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado, ou mesmo de momentos de confiabilidade e esperança nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação".

Segundo os autores acima, a VD reúne, no mínimo, três tecnologias leves para serem aprendidas pelos alunos e profissionais, que são: a observação, o diálogo e a história de vida dos sujeitos, no espaço em que as “pessoas revelam como dão sentido às suas vidas, dentro dos limites e da liberdade que lhes é concebido”.

Realizar um atendimento humanizado e criar vínculo com o outro que pode ser considerado um “futuro paciente” é um dos objetivos da VD no IUSC. Para tanto, as visitas são realizadas com a mesma família nos dois anos iniciais da disciplina. Esta estratégia possibilita, aos alunos, se depararem com o “cotidiano dos sujeitos, nas relações que os mesmos estabelecem em sua vida familiar e comunitária, de modo a se aproximar da realidade social no locus onde se movimenta”. (PERIN, s/d, p.10)

Para a autora

“o permanecer neste local permite conhecer melhor sua cultura, seus anseios, suas rotinas, aspectos importantes para demonstrar a dimensão humana das relações que se estabelecem e, por conta disso, os limites que estes mesmos sujeitos possam estar submetidos”. (PERIN, s/d, p. 10)

Em pesquisa realizada por Oliveira, Mattos e Souza (2009, p.1934), os autores apontam que, na avaliação dos usuários do serviço de saúde, o que se leva em consideração é

“...a competência técnico-científica do profissional – relacionando-a com sua competência em estabelecer um diagnóstico preciso e um tratamento eficaz – e, de outro lado, a sua habilidade em se relacionar com o usuário em termos de empatia, de cordialidade e de estabelecer uma relação humanizada”.

Foi possível observar que, muitas vezes, houve dificuldade, por parte dos alunos e das famílias, de se construir um vínculo.

"Nesse ano, houve uma recusa por parte da família em nos receber, então acredito que as visitas representaram um incômodo".

Fernandes aponta que não podemos menosprezar esta dificuldade ao tratarmos do tema da relação médico-paciente (RMP),

"parece-nos mais adequado aceitar simplesmente o caráter imprevisível dos afetos presentes na consulta, na medida em que envolvem um campo alheio à racionalidade humana. É um pré-conceito considerar que o médico deva ser amigo ou gostar de seus pacientes. Este pré-conceito é incapaz de dar conta da prática clínica concreta, e reduzir a RMP a uma questão afetiva significa esvaziá-la de qualquer conteúdo instrumentalizável, destinando-a ao universo do aleatório. Aleatório aqui não significa, de modo algum, neutro, porque, na verdade, este esvaziamento ajuda a encobrir outros mecanismos bem mais sutis onde a RMP, da forma como é estabelecida, segue produzindo seus efeitos no indivíduo e na sociedade" (FERNANDES, 1993, p. 21-22).

Por outro lado, Valla, Guimarães e Lacerda (2004) apontam que, no geral, os médicos que atuam nos serviços públicos não prestam atenção no discurso de seus pacientes, pois, dentre outras razões, isso leva tempo; e reconhecem que o modelo de atendimento imposto aos serviços públicos disponibiliza pouco tempo para a consulta médica.

Para Silva et al. (2010, p.164), "a ESF possui muitas características facilitadoras da criação de vínculos: a carga horária de trabalho de 40 horas, a adstrição da população, a inserção comunitária, o trabalho junto às famílias e a presença do agente comunitário de saúde".

Para as autoras citadas acima

"A escuta dentro da proposta da ESF pressupõe a abertura para outras necessidades, que não a explícita na queixa. A escuta diferenciada e a maior oportunidade de criação de vínculos possibilitam responder a uma grande parte da

demanda por atenção médica e por cuidados terapêuticos, por atingir indivíduos cujo sofrimento traduz, em parte, o crescente empobrecimento da população e a desorganização do tecido social, expressando-se como problemas coletivos de saúde” (SILVA et al. 2010, p.164).

Assim, assume-se aqui que a VD pode estabelecer “uma relação de respeito e confiança, na qual aquilo que os pacientes dizem ou comentam facilita a percepção de suas necessidades para além daquela que, porventura, originou a consulta ou a conversa” (SILVA et al., 2010, p.163).

Estar ou não preparado para a realização da VD: falta de organização quanto a temas, objetivos claros, número de VD a se realizar, orientação do professor

Fatores como organização, planejamento, preparação e tempo são apontados, pelos alunos, como aspectos que influenciam a aprendizagem e o **estar ou não preparado para a realização da VD**.

O planejamento, a organização e a preparação das VD, realizados nos dois anos iniciais da disciplina IUSC, são apontados, pelos alunos, como fatores que auxiliam e/ou prejudicam na realização atividade.

“No primeiro ano, apesar de toda a insegurança, fomos muito bem informados e preparados para as visitas... Já no segundo ano, mais preparados, tivemos apenas dificuldades de trabalhar com toda a família, uma vez que a disciplina ficou um pouco dividida.” (aluno 30)

Para os alunos que identificam as visitas domiciliares como insatisfatórias, o principal ponto está na realização da atividade. Esse “despreparo” para a atividade da VD foi colocado, por eles, como ausência de conteúdos teóricos nas abordagens às famílias. Ter um tema para conversar durante a realização das visitas domiciliares também é

destacado como algo que faltou e que prejudica as atividades.

"Muitas vezes me sentia inseguro sobre como abordar as famílias e observava que o mesmo acontecia com elas." (aluno 26)

"Para que a visita domiciliar tivesse um valor ainda maior em minha formação profissional, creio que seriam necessários mais conteúdos a serem trabalhados, para que tivéssemos sempre uma informação a acrescentar a essas famílias e não só reter informações deles. Seria uma troca de informações entre alunos e visitados, o que acrescentaria muito em nosso aprendizado." (aluno 54)

O tempo despendido pela disciplina para a realização das VD foi criticado pelos alunos porque dificulta a continuidade do trabalho realizado junto às famílias. Os alunos apontam sugestões de como estas dificuldades possam ser solucionadas.

"Talvez o maior obstáculo tenha sido a falta de continuidade das visitas as quais ocorrem com intervalos de tempo às vezes muito longos." (aluno 24)

"Acredito que um acompanhamento mais prolongado. Talvez se as visitas fossem quinzenais e não mensais como a maioria delas, seria mais fácil criar um vínculo com as famílias e também seria mais fácil acompanhar a evolução, não só da criança, mas da família como um todo." (aluno 59)

Outro aspecto muito criticado pelos alunos é o fato de não terem um objetivo claro para a realização de cada VD. É destacada, pelos alunos, a necessidade de se ter uma boa orientação de como agir com as famílias acompanhadas.

"Faltou ter uma organização muito bem formulada, planejando todas as atitudes que serão realizadas com enfoque delimitado nas atitudes que serão orientadas aos alunos para que eles saibam lidar mais com os fatores adversos, isto é, deve haver melhor orientação para que o aproveitamento da visita não seja

prejudicado por dificuldades de abordagem.” (aluno 16)

“Faltou uma melhor preparação e direcionamento para a realização das atividades.” (aluno 19)

“Faltou objetivos mais específicos para cada visita em particular, afim de facilitar o aprendizado sobre os indivíduos da família, a dinâmica familiar e a comunidade à qual essa família se contextualiza.” (aluno 49)

Neste núcleo temático observamos, nos relatos dos alunos, que o êxito na realização da VD está diretamente ligado com seu planejamento, preparo e execução. O estar preparado perpassa não só por questões estruturais da realização da própria VD, mas por ter claro qual é o objetivo desta atividade dentro da formação médica.

O papel do professor-tutor dentro da estratégia pedagógica da VD é fundamental, pois cabe a ele problematizar as questões trazidas pelos alunos e ajudar a significar esta vivência dentro do aprendizado realizado por cada um.

Segundo Lopes, Saupe e Massaroli (2008, p. 242),

“é preciso desconstruir a imagem estereotipada de que visita é coisa de leigos, cristalizada num empirismo desprovido de fundamentos. O ponto precípua desta técnica é constitui-la e desenvolvê-la sobre bases éticas, humanas, mas também profissionais”.

Mas, às vezes, por mais orientada que esteja a VD, ela, em si, pode trazer uma série de imprevistos que não poderiam ser inteiramente controlados no seu planejamento, o que torna ainda mais necessárias a sensibilização e capacitação dos alunos para lidarem com o inusitado.

No IUSC, a VD tem uma estratégia de ensino-aprendizagem, que é realizada pelos alunos; então, faz-se necessário, como apontam Lopes, Saupe e Massaroli (2008, p. 244), considerarmos que é importante a existência de guias e instrumentos que deem conta dos objetivos de aprendizado, pois os alunos trazem questões significativas da sua

dificuldade, como, por exemplo: o que temos de observar, falar e registrar? Estas perguntas sempre emergem com uma certa insistência.

No decorrer das ações da VD no IUSC, experiências significativas são debatidas mais profundamente e, somadas as observações do professor-tutor no acompanhamento dos alunos em algumas oportunidades, novas reflexões são colocadas em manifesto e, com elas, problematizações em torno das condições de vida, das características do processo saúde-doença, na utilização dos recursos comunitários e de saúde e das necessidades e demandas daquela população.

Com isso, outras possibilidades de instrumentalização também se fazem necessárias, como: o uso de discussões em sala de aula, o reconhecimento das contradições presentes em nosso olhar, e a significação do vivenciado nas experiências de cada um.

Ao realizarmos a VD, nos deparamos com limites e possibilidades inerentes a sua prática, como não conseguir realizar a atividade porque, no dia programado, a rotina da família é mudada ou acontece algum imprevisto (presença de outras pessoas) que dificulte as condições ideais para uma VD, onde serão abordados aspectos mais íntimos ou pessoais. Por exemplo, ao tratar do tema anticoncepção com a mãe ou, mesmo, relações familiares. Assim, os professores-tutores e estudantes precisam estar atentos a estas surpresas.

Para Perin (s.d, p.06)

“as possibilidades inerentes à visita domiciliar, em nosso entendimento, são mais atraentes que seus limites. Quando buscamos o contato direto com a vida dos sujeitos nos é permitido conhecer de modo mais apurado suas dificuldades, angústias, suas relações intra-familiares; como se estabelece a convivência comunitária; seu modo de vida em sua casa, e em sua rotina”.

Quando se trabalha com a VD na formação do profissional de saúde, deve-se acordar com a família como será o desenvolvimento de tal

atividade, quais são seus objetivos, e se colocar à disposição para esclarecer as dúvidas do visitado. É importante, também, aceitar as condições oferecidas pelas famílias; assim, cabe ressaltar que é dentro destas condições que a disciplina IUSC trabalha.

A frequência na realização das VD e o tempo de permanência dentro do domicílio das pessoas também são discutidos no IUSC; assim, não há um tempo para cada família visitada, o que deve ser considerado na realização desta atividade são os fatores que poderão estar presentes no momento, para que a realidade social possa ser apreendida nos seus diversos aspectos. Para Amaro (2003, p.58), “a visita deve ser realizada num tempo compatível com a visão que irá orientá-la”.

Entre a aproximação, o elo de ligação e a falta de parceria com a unidade de saúde e seus profissionais no apoio à VD

A aproximação com o serviço de saúde e seus profissionais, para parceria na realização da VD, são diretrizes do IUSC, mas nem sempre estas são executadas conforme a proposta planejada ao longo da Disciplina. A disciplina desenvolve-se em todas as unidades básicas de saúde do município, sendo, em 2008 e 2009, composta por 7 USF e 6 unidades básicas tradicionais, que não contêm o agente comunitário de saúde.

Alguns alunos apontam esta relação como deficitária e sugerem que poderia ocorrer uma maior integração com a unidade de saúde e uma maior parceria com os agentes comunitários, para facilitar o trabalho e as atividades realizadas nas visitas domiciliares.

"Faltou um maior intercâmbio entre a visita e a UBS, a fim de trabalhar junto com a equipe da unidade para trocar informações acerca dos problemas de saúde da família e assim intensificar o vínculo da família com a UBS através dos alunos." (aluno 31)

"Faltou interação com os agentes comunitários da rede, que talvez

pu­dessem nos orientar sobre o que exatamente deveríamos fazer, observar e apreender de uma visita. A interação com tais profissionais seria um ganho a mais para que pudéssemos perceber mais determinantes sociais do território abordado e conhecêssemos a rotina dos profissionais.” (aluno 50)

É indicado, pelos alunos, por meio das respostas do questionário, que, se as primeiras VD pudessem ser realizadas com o ACS da unidade de saúde, o aprendizado seria mais significativo, uma vez que estes conhecem o território e as famílias acompanhadas.

“Talvez fazer as primeiras visitas junto das agentes comunitárias pudesse ajudar a aprender melhor como conversar e o que observar.” (aluno 22)

Ser a ponte de ligação entre os serviços de saúde, os profissionais e as famílias é uma tarefa propiciada pelas VD, reconhecida pelos alunos.

“Que para a família representa uma forma de estar ligada a profissionais da saúde e aos serviços do SUS, pois ela pode comunicar aos alunos suas dificuldades.” (aluno 12)

“As visitas representaram para as famílias uma demonstração de que as famílias não são esquecidas no sistema de saúde brasileiro, demonstrando a preocupação do sistema com cada família.” (aluno 25)

“Não sei ao certo o que nós acrescentamos a família, talvez a oportunidade de ser ouvidos e repassar seus problemas para o PSF, além do simples convívio conosco criando um laço pelo convívio – na última visita nossa família disse que sentiria nossa falta e que seremos sempre bem vindos em sua casa.” (aluno 35)

O que se observa, neste núcleo temático, é a dificuldade de se manter um elo efetivo e de integração entre os profissionais do serviço, os alunos e a população.

Vale ressaltar que, conforme citado em capítulo anterior, o

IUSC iniciou suas atividades, em 2003, em territórios sem unidades de saúde e nos quais havia o compromisso da gestão municipal em implantar USF e territórios de UBS tradicionais que não contavam com a presença dos ACS. Atualmente, esta configuração do município possui uma cobertura de USF de 20% da população, onde o IUSC se realiza, e, também, deu-se continuidade às atividades nas UBS tradicionais que não possuem o ACS. Dessa forma, fica claro que não é sempre que se pode contar com o apoio do ACS para a realização das VD.

Mesmo em USF, há referência dos alunos sobre a falta de apoio dos agentes, que poderiam auxiliar e contribuir para uma prática mais próxima das famílias.

Os alunos reconhecem, no ACS, um importante ator no desenvolvimento das VD, com experiência de uma prática voltada às necessidades de saúde das pessoas que habitam o território das unidades de saúde.

Para Cohn, Nakamura e Gutierrez (2009), o ACS é o principal ator social na ESF, pois atua como um possível mediador entre a comunidade e o serviço de saúde, ou seja, entre o público e o privado, tornando-se peça-chave para se compreender como se manifestam os processos sociais de uma determinada comunidade. Assim sendo, estes contribuem, em muito, para o aprendizado dos alunos quando participam da VD do IUSC.

A interlocução entre aluno, serviço e profissionais de saúde é valorizada e muito discutida dentro do IUSC - questões como a parceria entre estes, os papéis a serem desempenhados geram situações que valorizam o trabalho em equipe, a atenção à família, as demandas da comunidade, mas, algumas vezes, são constrangedores, no sentido de não se conseguirem realizar alguns trabalhos e parcerias propostos.

Segundo Sakata et al. (2007, p.663)

“a inserção da universidade nos serviços vai ao encontro com a Política Nacional Permanente de Educação na Saúde que propõe articulação entre as instituições de ensino e o sistema

de saúde, por meio da gestão, da atenção em saúde e do controle social. Mesmo que dificuldades sejam evidenciadas nesse processo, é importante que a formação dos profissionais esteja vinculada às unidades de saúde, assim, o ensino estará mais próximo da realidade dos serviços, dos profissionais e dos usuários. Espera-se valorizar os atributos da atenção primária em saúde para a formação de profissionais mais voltados para a realidade de saúde do país”.

A VD para a prática dos serviços de saúde deve ser “valorizada como estratégia fundamental na consolidação e operacionalização da prática profissional, indo ao encontro do novo modelo de atenção à saúde, proposto pelo SUS” (LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008, p.246). Nesse sentido fica clara “a concepção de que a produção de saúde é também produção de sujeitos. Os saberes e práticas não somente técnicos devem se articular à construção de um processo de valorização da subjetividade” (LAUER, 2010), na qual haja envolvimento da equipe nesse trabalho realizado pelo estudante.

Interessante notar que a presença dos estudantes nas unidades de saúde pode ter um duplo papel: por um lado, favorecendo uma construção conjunta de propostas de ação e atividades, e, por outro, pode ser como um grupo de visita, que não se compromete com a unidade. Sakata et al. (2007), em estudo sobre concepções das equipes da ESF sobre a VD, aponta reflexão semelhante sobre a presença dos estudantes nas unidades.

“A presença da universidade nos serviços de saúde possui um componente positivo e outro negativo. Positivo quando os alunos universitários compartilham conhecimentos e auxiliam no funcionamento da unidade e, negativo quando os alunos são desinteressados e descomprometidos com o serviço de saúde” (SAKATA et al. 2007, p.663).

Contribuição da VD para a formação: o significado da VD para os alunos e as famílias

A **contribuição da VD para a formação profissional** é percebida pelos alunos por meio de uma visão que incorpora a participação das famílias na formação dos futuros profissionais médicos.

"As pessoas que visitei estavam cientes do seu papel na formação de novos profissionais da saúde. Elas entendiam que estávamos lá para ouvir o que elas tinham a dizer e também para aprender a conversar com as pessoas." (aluno 9)

Há, também, nas respostas dos alunos, um reconhecimento do esforço e do compromisso que a FMB/UNESP tem despendido para a formação de um profissional voltado às necessidades de saúde da população.

"É uma forma de mostrar que a faculdade se preocupa em formar profissionais para o SUS." (aluno 17)

"Representou uma preocupação de uma instituição de saúde na formação dos profissionais da área e com as condições de saúde da comunidade." (aluno 14)

O significado da VD para os alunos e para as famílias aparece, várias vezes, nas respostas com sentidos e significados contraditórios.

Para alguns alunos, as visitas domiciliares possibilitaram as famílias um momento onde puderam ser ouvidas não só em questões particulares, mas, também, em questões relacionadas com o sistema de saúde.

"Acredito que represente um momento importante para o relacionamento e, principalmente "desabafo" sobre os problemas pessoais, familiares e coletivos, às vezes procurando explicação para defasagens do sistema de saúde público." (aluno 6)

"Acredito que minha visita domiciliar representou um ponto de

apoio e comunicação para a família, além de lazer (visito um casal de idoso que parece adorar as visitas domiciliares).” (aluno 32)

Há, também, um entendimento de que as visitas domiciliares possibilitaram que as famílias fossem assistidas pelos alunos (assistência à saúde), e que há uma preocupação, por parte do sistema de saúde, com o bem-estar da população.

“Acredito que as visitas são uma forma de a família se sentir cuidada pela assistência da saúde.” (aluno 39)

“Acredito que para a família representa uma forma de estar ligada a profissionais da saúde e aos serviços do SUS, pois ela pode comunicar aos alunos suas dificuldades, reclamações e mesmo elogios e isso pode ser repassado na UBS.” (aluno 12)

“Acredito que as famílias se sentiram valorizadas e lembradas, sobretudo porque a realidade da saúde no Brasil é marcada pelo abandono e pelas falhas no atendimento domiciliar.” (aluno 24)

Há um grupo de alunos que aponta a VD como uma atividade que não acrescenta nada ao aprendizado, uma vez que “não possuem nada para dar em troca”. Esta atividade é reconhecida, para estes alunos e para as famílias, como um incômodo.

“Na verdade, acho que pouco acrescentou a elas, devido ao pouco preparo que temos nos primeiros anos. A falta de experiência clínica dificulta uma abordagem mais integral e completa que pudesse atender as expectativas da família visitada.” (aluno 40)

“Embora nenhuma das famílias tenha expressado má vontade, houve vezes em que senti que a visita era um incômodo.” (aluno 46)

“As visitas significaram pouco, principalmente na família em que a mãe não ficou confortável (ou pelos menos demorou p/ ficar confortável). Eu sinto que, apesar de todo o trabalho que fazemos, não oferecemos nada e estamos sendo um incômodo.” (aluno 4)

Este núcleo temático traz o significado das VD, na visão do aluno, para as famílias.

Foi possível constatar que há uma divergência das respostas dos alunos em relação ao trabalho realizado no IUSC, por meio da VD. Enquanto alguns alunos apontam que as famílias se sentiam compartilhando e ajudando na sua formação, outros acreditam que a VD nada significou para as mesmas.

Considerando que o domicílio é um cenário de aprendizado para os alunos e para os profissionais da saúde, que possibilita desenvolver e aprimorar habilidades, além de conhecer o cotidiano das famílias e os processos saúde-doença, é respeitável que se compreenda qual é a visão do visitado sobre esta estratégia.

Autores, como Giacomozzi e Lacerda (2006, p. 652), apontam o contexto familiar como um espaço onde se é possível trabalhar as diferenças; deste modo, consideramos que a assistência à saúde prestada no domicílio vem sendo implantada “com dificuldades por parte dos profissionais, devido à estrutura ofertada para sua atuação bem como à formação profissional desses, ao passo que diversas vezes são observados paradoxos nos discursos apresentados”.

Os alunos apontam que, por meio da VD realizada no IUSC, é possível compreender e ressignificar a formação do profissional que se objetiva na FMB, uma vez que esta é uma estratégia essencial para a operacionalização da prática profissional, que vai de encontro ao modelo de atenção à saúde proposto pelo SUS (LOPES, et al. 2008).

Para Oliveira e Loyola (2006, p. 645), a VD traz a importância da participação da família e do sujeito num processo contínuo de cuidado, onde permite ao profissional “construir um cuidado criativo, solidário e sensível, que possibilite aos sujeitos novos contratos com a vida”.

Em estudo realizado por Marin et al., (2010, s/p), na Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), buscou-se compreender a percepção de usuários acerca da VD, realizadas por estudantes de medicina e enfermagem “no sentido de discutir o papel dessa tecnologia no processo

educacional na produção do cuidado integral”. As falas dos usuários visitados referem que um aspecto positivo foi o “fato de os estudantes: ensinar e aprender, buscar e se preocupar com a doença, trazer respostas para os problemas, proporcionar conversa e relações de afeto”.

Um grupo de alunos percebe que a VD não acrescenta nada para a família acompanhada e gera um desconforto não só para visitados como para visitador. Estas práticas são apontadas pelos alunos como

“práticas de controle, a forma impositiva como através dela se lida com o conhecimento e a educação das pessoas não são coerentes com a humanização da atenção e a participação autônoma dos sujeitos nas decisões que lhes dizem respeito. De modo que, outro desafio para a visita é se concretizar a partir da permissão, de processos de diálogo e do respeito aos conhecimentos, valores e práticas das famílias” (MANDÚ et al., p. 139).

Quando o aluno traz estas considerações, fica clara a dificuldade de compreensão do objetivo da VD no IUSC, e quanto é necessário significar o sentido da VD, como cenário de aprendizagem, e que o mesmo não seja mal compreendido.

Falta de conhecimentos clínicos para o fazer na VD

A presença da fala de estudantes sobre a **falta de conhecimentos clínicos para o fazer na VD** é uma constante no IUSC, e aqui aparece como uma dificuldade vivenciada. A falta de embasamentos teóricos foi referida, por diversas vezes, no que diz respeito à grande expectativa dos alunos de poderem aplicar os conhecimentos teóricos na prática e poderem realizar uma visita médica assistencial.

"Acho que nos faltaram alguns conhecimentos básicos e clínicos para maior compreensão do prontuário, e, portanto, melhor observação do histórico clínico e da evolução do paciente e de sua

família. Além disso, teríamos melhores subsídios para ajudá-los em alguma necessidade.” (aluno 6)

Questões relacionadas ao fazer, ao ser mais protagonista nas atividades aparecem, frequentemente, nas respostas, pois os alunos acreditam que, se tivessem conhecimentos clínicos, poderiam intervir nas VD realizadas, e, assim, teriam maior “utilidade” às famílias.

“Maior informação sobre a saúde em si (doenças, remédios), pois muitas vezes o visitado nos pergunta informações sobre o que fazer, sendo que não temos tais conceitos.” (aluno 28)

“Acredito que tenha faltado um poder de ação maior em relação ao cuidado do paciente e à sociedade e um desenvolvimento mais aprofundado do IUSC.” (aluno 32)

“Faltou, maior instrução de minha parte, infelizmente ao nível acadêmico em que me encontro não permite uma ação efetiva sobre a saúde das famílias. Isso gera limitação, entretanto é um fator que não pode ser resolvido agora e de certa forma, causa motivação pela busca do conhecimento da saúde.” (aluno 61)

De acordo com este núcleo temático, a questão do protagonismo do fazer algo “clínico” e do sentir-se médico é muito criticado pelos alunos. Pois, para estes, a VD deveria ser um espaço onde se pudesse colocar, em prática, o conhecimento científico, de médico, mas este é dificultado, uma vez que ainda estão nos anos iniciais do curso.

Segundo estudo recente realizado por Uliana (2010, p. 121), a dificuldade de se compreender o objetivo da VD no IUSC está na

“...questão de não possuir ‘conhecimento teórico próprio do médico’ possa estar relacionada com a futura prática idealizada, na qual irão exercer seus conhecimentos, técnicas e habilidades para atividades em consulta no ambulatório, no hospital ou nas unidades de saúde, onde o diálogo é previsível e onde o médico tem o domínio do espaço e do saber científico”.

Para Birman (1997, p. 9-10), esta questão está pautada no

“... deslocamento decisivo entre os registros do ser e do fazer, no que o cerne aos enunciados científicos se delineiam os horizontes do poder da ciência no campo social da atualidade. Isto porque ao se deslocarem do registro puro do laboratório e das provas científicas, os enunciados da ciência oferecem autoridade e poder a quem fala, criando uma aura de universalidade ao seu discurso”.

O que se observa é que, no texto dos estudantes, eles mostram que se sentiriam seguros se fossem realizar a VD como médicos, como alguém que chega na casa para resolver um problema de saúde ou de doença, mais propriamente, e não para propor um diálogo e isso incomoda uma parte significativa dos estudantes que não consideram esse diálogo que ocorre como algo que tenha a ver com a profissão médica ou, mesmo, a prática clínica.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um olhar interessado à visita domiciliar na formação de médicos

Sistematizar, a partir do relato, da reflexão, da percepção e discussão sobre a VD, e socializar essa experiência de trabalho pode significar algo muito “produtor de conhecimento e de apropriação desse saber/fazer, desse modo de refletir sobre o cotidiano de trabalho” (LAUER, 2010), no desenvolvimento da pesquisa que, ao mesmo tempo que aqui foi sendo sistematizada, proporcionou levantar inúmeras questões para a implementação da própria prática pedagógica no IUSC.

Colocar em prática os princípios de uma VD dialógica e que expõe a necessária habilidade comunicacional, conflitos e contradições entre o visitador estudante e a família visitada é lançar-se em um “universo dinâmico, composto por uma complexa diversidade de saberes e modos de existir, é transitar entre os poderes instituídos, produzindo questionamentos onde caberiam apenas certezas” (LAUER, 2010). É poder, a cada novo problema identificado, recriar cotidianamente novos modos de fazer saúde.

No presente estudo, ao se propor explorar a percepção dos estudantes de medicina sobre o tema Visita Domiciliar como estratégia de ensino-aprendizagem na integralidade do cuidado, constatou-se que esta é uma efetiva estratégia pedagógica que auxilia os alunos no conhecimento da realidade social da população, aproxima-os do serviço de saúde, possibilitando a compreensão de sua organização, bem como ajuda no desenvolvimento de habilidades fundamentais para o exercício da profissão como médico.

Estudo recente, sobre a percepção de estudantes do 6º ano médico a respeito do IUSC, revelou um valor positivo atribuído, pelos alunos, a esse contato com a realidade de uma população pobre e com características com as quais os estudantes não se identificam (ULIANA, 2010).

Nesta perspectiva, a presente investigação retrata as percepções dos alunos no desenvolvimento da visita domiciliar dentro do IUSC, como uma oportunidade de desenvolverem habilidades comunicacionais e entrarem em contato com a realidade que é muito diferente da sua, o que, muitas vezes, gera insegurança e conflitos.

É necessário destacar que, apesar da possibilidade do desenvolvimento das habilidades comunicacionais, a VD é relatada, para alguns estudantes, como uma experiência de conflito e de sofrimento, uma vez que estes nem sempre conseguem se colocar, por serem muito tímidos ou se sentirem sem recursos para abrir uma conversa - e, assim, o estudante não consegue se apropriar desse espaço de comunicação e o critica como algo sem sentido à sua formação. Caberia ao professor mediar esse conflito e apoiar o estudante na realização desse diálogo.

Ao se eleger a VD como um cenário inovador de ensino-aprendizagem, possibilita-se, ao estudante, ir além daquilo que está dado nas palavras escritas ou ditas por algum professor; possibilita-se, a este, ir além das relações sociais interativas construídas durante a visita propriamente.

É por meio do aprendizado realizado em parceria com a comunidade que se pode despertar, no aluno, a apropriação de conteúdos e articulação destes na sua futura prática profissional.

Para os autores Macedo et al. (2005, p. 235), “aprender atuando na rede de serviços de saúde permite que o estudante se aproprie da realidade e exercite seu papel criando uma articulação entre saberes e práticas, aliando o pensar-fazer-sentir”.

Assim, compreende-se que o desafio pedagógico da VD está em problematizar a realidade vivenciada pelos alunos em cada uma das visitas realizadas. Significar, com o aluno, qual seu papel ali e qual o objetivo desta atividade, para que seu aprendizado seja efetivo.

Para toda VD deve-se ter um planejamento claro, com objetivos possíveis de serem alcançados, que auxiliarão o aluno na realização de tal atividade, e na discussão posterior. Assim, a narrativa

(oral e escrita) ajuda o aluno a significar o que foi a vivência de tal atividade.

A visita domiciliar é uma estratégia pedagógica onde os alunos podem refletir sobre a necessidade de mudança do modelo de atenção à saúde, pois podem se considerar características importantes que “transcendem a lógica do atendimento voltado para a doença e centrado na queixa principal de ordem biológica. Evidenciam-se, também, predativos de ações inerentes ao princípio da humanização e do cuidado centrado no usuário e sua família” (MARIN et al., 2010, s/p).

A parceria com a equipe de saúde é um dos fatores que pode ajudar ou dificultar as ações do aluno na VD, pois quando os alunos realmente estão inseridos no contexto das unidades de saúde, a parceria com esta é mais eficaz e o trabalho realizado, dentro do domicílio, fica mais efetivo e significativo. Ter parceiros como os ACS e outros profissionais da equipe beneficia não só o aprendizado do aluno mas, também, a assistência à saúde prestada à população, uma vez que estes podem apoiar as tarefas realizadas no IUSC e os alunos podem auxiliar no próprio trabalho realizado pela unidade de saúde.

A VD, no IUSC, depende, também, da organização do serviço de saúde, uma vez que a indicação das famílias é realizada pela unidade; as primeiras VD são efetuadas em parceria com os ACS; o retorno de cada VD é discutido com os profissionais, e as demandas levantadas precisam ser trabalhadas em parceria entre serviço-universidade e comunidade.

Para os alunos, a realização da VD pode gerar um sentimento de impotência, uma vez que estes ainda não têm um saber técnico (clínico) para oferecer às famílias acompanhadas, uma vez que se encontram nos anos iniciais de sua formação. Aqui o que se constata é que o ouvir não é reconhecido pelos alunos como parte de seu trabalho médico.

A VD no IUSC é, assim, considerada uma atividade pedagógica e assistencial, uma vez que permite interferir na relação entre

usuários, estudantes e profissionais, professores e serviços, seja sob o caráter educativo, com o próprio diálogo que se vai construindo, seja constatando ausências e necessidades não acolhidas pelas unidades e que são reveladas pelos estudantes para que se transforme em ação.

Na revisão bibliográfica, sobre a Visita Domiciliar como estratégia pedagógica no Brasil, se conseguiu encontrar proposições que enfatizassem estes problemas aqui estudados, embora ainda sejam poucas as referências encontradas; o que se constata é que estamos trabalhando dentro da mesma direção, ou seja, hoje, os cursos de medicina apoiados por políticas públicas buscam se adequar às DCN propostas para os cursos da área da saúde e ao compromisso social com o SUS.

Disciplinas ou currículos inovadores que utilizam a VD como ampliação dos cenários de práticas e, também, como uma forma de aproximação com a população, contribuem para a compreensão do processo saúde-doença e o contexto de vida das pessoas. A contribuição para o desenvolvimento destas ações busca “desvelar o caminho para se assumir o princípio da integralidade, especialmente na dimensão da boa prática profissional, como um orientador das práticas em saúde e da formação profissional” (MARIN et al., 2010, s/p).

O que se busca na formação do profissional da área da saúde, atualmente, é um processo formativo mais contextualizado, que considere a relação da teoria e da prática, ou vice-versa, instrumentalizando os futuros médicos para enfrentarem os problemas do processo saúde-doença da população.

Criar e potencializar espaços de discussão sobre o fazer e como fazer uma VD significativa na formação médica pode possibilitar que conflitos existentes em relação a seu valor, na graduação, sejam expostos, e, assim, possam ser ressignificados e reconstruídos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. (Org.). **Diretrizes curriculares para os Cursos Universitários da Área da Saúde**. 2. ed. Londrina: Rede Unida, 2005. 92p.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.39-52, 2005.

AMARO, S. **Visita domiciliar**: guia para uma abordagem complexa. Porto Alegre: AGE, 2003. 64p.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; FONSECA, C.D. A estratégia de saúde da família. In: DUNCAN, B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. **Medicina ambulatorial**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 88-100.

ARAÚJO, R.C. O processo de inserção em psicologia comunitária: ultrapassando o nível dos papéis. In: BRANDÃO, I.R.; BOMFIN, Z.A.C. (Org.). **Os jardins da psicologia comunitária**. Fortaleza: UFC/ABRAPSO, 1999. p.79-96.

BARBIER, R. **A pesquisa-ação**. Brasília: Liber, 2007. 149p.

BELLUSCI, D.G.P. Visita domiciliar: a grande ferramenta do PSF. In: _____. **Programa Saúde da Família II**: manual para o dia a dia das equipes de saúde da família. São Paulo: Lawbook , 2006. p. 67-72.

BERBEL, N.A.N. A metodologia da problematização e os ensinamentos de Paulo Freire: uma relação mais que perfeita. In: BERBEL, N.A.N. (Org.). **Metodologia da problematização**: fundamentos e aplicações. Londrina: Editora UEL, 1999. p.1-28.

BIRMAN, J. Apresentação: a clínica, entre o saber e poder. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 7, n.1, p.7-11, 1997.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: IMESP, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PSF?**. Brasília, 2004. Disponível em <<http://portalweb02.saude.gov.br/saude/buscar.cfm?inicio=11>> Acesso em: 26 dez. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia da saúde da família: conceitos e diretrizes**. disponível em: < www.saude.gov.br>. Acesso em: 23 jul.2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**,. - 3. ed. Brasília, 2003.

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 Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.160 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica, n. 27).

CABRAL FILHO, W.R.; RIBEIRO, V.M.B. A escolha precoce da especialidade pelo estudante de medicina: um desafio para a educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.28, n.2, p.133-144, 2004.

CALDEIRA, T.P. A política dos outros. São Paulo:Brasiliense,1984.

CALLAI, H.C. Aprendendo a ler o mundo: a geografia nos anos iniciais do ensino fundamental. **Cadernos CEDES**, v.25, n.66, p. 227-247, 2005.

CAMARGO JUNIOR, K.R. et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, supl.1, p.58-68, 2008.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. In: CECÍLIO, L.Z.O. (Org). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. cap. 2, p.29-87.

_____; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n. 4, p.849-859, 2007.

CARLETTI, S.M.M.; REJANI, M.I. Atenção domiciliária ao paciente idoso. In: PAPALETTO NETO, M.(Org.). **Manual de gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1997. p.415-419.

CARRIÓ, S. et al. Medicina narrativa em pediatria. **Archivos Argentinos de Pediatría**, v.106, n.2, p.138-142, 2008.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L. C. M.. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p. 41-65, 2004.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO. 2001.p. 113-126.

CERQUEIRA, A.T.A.R. et al. Um estranho a minha porta- preparando estudantes de medicina para visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.33, n.2, p.276-281, 2009.

CHARON R. **Narrative medicine**: honouring the stories of illness. Oxford: Oxford University Press, 2006.

COHN, A.; NAKAMURA, E.; GUTIERRES, K.A. De como o PSF entrecruza as dimensões pública e privada da vida social. In: COHN, A. (Org.). **Saúde da família e SUS**: convergências e dissonâncias. São Paulo: Azougue, 2009. p. 141-167.

COX, M.D.; IRBY, D.M. 100 Years after the Flexner Report. **New England Journal of Medicine**, v.355, n.13, p.1375-1376, 2006.

CUNHA, M.I. Conta-me agora! As narrativas como alternativas pedagógicas na pesquisa e no ensino. **Revista da Faculdade Educação**, v. 23 ,n.1,Jan./Dez. 1997. Disponível em: < <http://www.scielo>> Acesso em setembro de 2010.

CYRINO, A.P. Primeiros passos: constituição do ensino extramuros na Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu (FCMBB). In: CYRINO, A.P.P; MAGALDI, C. (Orgs.). **Saúde e comunidade**: 30 anos de experiência de extensão universitária em saúde coletiva. Botucatu: Cultura Acadêmica, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2002. p.19-33.

_____. **As competências no cuidado com o diabetes mellitus**: contribuições à educação e comunicação em saúde. Tese (doutorado)-Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2005.

_____; SCHRAIBER, L.B. O projeto Centro de Saude Escola e sua proposta tecnico-assistencial. In: CYRINO, A.P.; MAGALDI, C. (Orgs.). **Saúde e comunidade**: 30 anos de experiencia em extensão universitaria em saude coletiva. Botucatu: Cultura Academica, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2002.p.37-66.

CYRINO, E.G. **Contribuições ao desenvolvimento curricular da**

Faculdade de Medicina de Botucatu: descrição e análise dos casos dos cursos de Pediatria e Saúde Coletiva como iniciativas de mudança pedagógica no terceiro ano médico. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2002.

_____. Humanizar é preciso: a dimensão essencial do cuidado. In: CYRINO, E.G. et al. (Org.). **A universidade na comunidade:** educação medica em transformação. Botucatu: Eliana Godfarb Cyrino, Editor, 2005. p.33-38.

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. 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 experiencia da FMB/UNESP In: CONGRESSO NACIONAL DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE – CONASENS, 23.,2007, Joinvile. **Anais...** Joinvile, 2007.

DIAS, A.; CYRINO, E.G.; LASTÓRIA, J.C. Conhecimentos e necessidades de aprendizagem de estudantes de fisioterapia sobre a hanseníase. **Hansenologia Internationales**, v.32, n.1, p.9-18, 2007.

EGRY, E.Y.; FONSECA, R.M.G.S. A família, a visita domiciliar e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.34, n.3, p.233-239, 2000.

ELIAS, T.G.A. et al. A visita domiciliar como estratégia de interação da academia com a Rede de Serviços de Saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 47, 2009, Curitiba. **Resumos**. Curitiba, 2009. p.312.

FERNANDES, J. C. L. A Quem Interessa a Relação Médico Paciente? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n.1, p. 21-27, 1993.

FRANÇA, M.S.J. Entrevista - Política, direitos humanos e Aids: uma conversa com Paulo Roberto Teixeira. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.12, n.27, p.919-926, 2008.

FRANCO, T; MERHY, E. PSF: contradições e novos desafios. **Conferência Nacional de Saúde On-Line**. Campinas, mar. 1999. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito>>. Acesso em: 27 out. 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários a prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996. 148p.

GANDIN, D. **A prática do planejamento participativo**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

GIACOMOZZI, C.M; LACERDA, M.R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Textos Contexto Enfermagem**, v.15, n.2, p.645-653, 2006.

GONCALVES, R.J. et al. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 3, p. 393-403, 2009.

GROSSMAN, E.; CARDOSO, M.C.A. As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico. **Revista Brasileira de Educação Medica**, v.30, n.1, p. 6-14, 2006.

HIRAMATSU, D.A.; TOMITA, N.E.; FRANCO, L.J. Perda dentária e a imagem do cirurgião-dentista entre um grupo de idosos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, no. 4, p. 1051-1056, 2007.

KAWAMOTO, E.E.; SANTOS, M.C.H.; MATOS, T.M. **Enfermagem comunitária: visita domiciliária**. São Paulo: EPU, 1995.

KERBER, N.P.; KIRCHOF, A.L.C.; CEZAR-VAZ, M.R. Considerações sobre a atenção e suas aproximações com o mundo com o mundo do trabalho na saúde. **Cadernos de Saúde Publica**, v.24, n.3, p.485-493, 2008.

LANE, S.T. O processo grupal. In: LANE, S.T.; CODO, W. (Orgs.). **Psicologia social - o homem em movimento**. Sao Paulo: Brasiliense, 1984. p78-98.

LAUER, P.C. Educação permanente enquanto estratégia de fortalecimento de ações de saúde mental na atenção básica. Monografia. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de Especialização em Gestão Pública de Saúde, São Paulo, 2010.

LEITE; A.J.M.; SÁ, H.L.C; BESSA, O.L. Habilidades de comunicação na consulta com crianças. In: LEITE, A.J.M.; CAPRARA, A.; COELHO FILHO, J.M. (Orgs.). **Habilidades de comunicação com pacientes e famílias**. São Paulo: Sarvier, 2007. Cap. 5, p.91-137.

LOPES, W.O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o

Cuidado, o ensino e a pesquisa. **Ciencia Ciud Saude**, v.7,n.2, p.241-247, 2008.

MACEDO, M.C.S.et al. Cenários de aprendizagem: interseção entre os mundos do trabalho e da formação. 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.229-250.

MAGALDI, C. Centro de Saude Escola: crônicas e reminiscências. In: CYRINO, A.P.; MAGALDI, C. (Orgs.). **Saúde e comunidade**: 30 anos de experiência de extensão universitária em Saúde Coletiva. Botucatu: Cultura Academica, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2002. p.125-145.

MAGALDI, C.; GIAROLA, L.C.; OLIVEIRA, L.L. O ensino de saúde pública na graduação o internato rural (1970-1985). In: CYRINO, A.P.; MAGALDI, C. (Orgs.).**Saúde e comunidade**: 30 anos de experiência de extensão universitária em Saúde Coletiva. Botucatu: Cultura Academica, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2002. p.149-173.

MANDÚ, E.N.T. et al. Visita domiciliar sob o olhar de usuários do programa saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 1, p.131-140, 2008.

MARIN, M. J. S. et al. O sentido da visita domiciliar realizada por estudantes de medicina e enfermagem: um estudo qualitativo com usuários de unidades de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2010. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=4765>. Acesso em: 05 novembro de 2010.

MARQUES, L.P.; OLIVEIRA, S.P.P. Paulo Freire e Vygotsky: reflexões sobre educação. COLOQUIO INTERNACIONAL PAULO FREIRE. 5., 2005, Recife. **Resumos...** Recife, 2005.

MARTÍN-BARÓ, I. **Sistema, grupo y poder**. San Salvador: UCA Ed., 1989.

MARTINS, S.T.F. Processo grupal e a questão do poder em Martin-Baró. **Psicologia e Sociedade**, v.15, n.1, p.201-217, 2003.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos Saúde Pública**. v.20, n.5, p.1411-1416, 2004.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo Hucitec: 1994, p. 117-160.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **A pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo, Hucitec, 2004. 269p.

NOGUEIRA, M.J.; FONSECA,R.M.G.S. A visita domiciliar como método de assistência de enfermagem da família. **Revista da Escola Enfermagem da USP**, v.11, n.1, p.28-50,1997.

NUNES, E. D. Cem anos do relatório Flexner. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, supl.1, p.956, 2010.

OLIVEIRA, L.H.; MATTOS,R.A.;SOUZA,A.I.S.; Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, n.5, p.1929-1938, 2009.

PAIM, J.S. Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás. **Cadernos de Saúde Pública**, v.2, n.2, p.167-183, 1986 .

PEREIRA, M.J.B. **O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar; potencia para (re)construção da pratica da saúde e de enfermagem.** Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP), 2001.

PETERNELLI, D.G.et al. A visita domiciliar como proposta para análise das necessidades de saúde da família: uma estratégia pedagógica do estágio supervisionado em saúde coletiva. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MEDICA, 47, 2009, Curitiba. **Resumos.** Curitiba, 2009. p.299-300.

PERIN, S. D. **A visita domiciliar como instrumento de apreensão da realidade social.** Disponível em: Disponível em: <<http://www.mpdft.gov.br/senss/anexos/>>. Acesso em: 05 de novembro de 2010.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B. Experienciação, formação e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde.** Rio de Janeiro, IMS/UERJ: Cepesq; Abrasco, 2006. p.13-35.

PINTO, A. V. Sete lições sobre educação de adultos. 5. ed. São Paulo: Autores Associados: Cortez, 1987 (Educação Contemporânea).

REINALDO, M.A.S.; ROCHA, R.M. Visita domiciliar de enfermagem em saúde mental: idéias para hoje e amanhã. **Revista Eletronica de Enfermagem**, v.4, n.2, p.36-41, 2007.

ROSEN, G. **Uma historia da saúde publica.** São Paulo: Hucitec, 1994.

ROSSI, P. S.; BATISTA, N. A. O ensino da comunicação na graduação em medicina-uma abordagem. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.10, n.19, p.93-102, 2006

RUDGE, M.V.C. Apresentação. In: CYRINO, E.G. et al. (Orgs.). **A universidade na comunidade: educação médica em transformação**. Botucatu, 2005. p.9.

SAKATA, K.N. et al. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n.6, p. 659-64, 2007.

SANTOS, M. **Metamorfoses do espaço habitado**. São Paulo: Hucitec, 1988.

SCHALL, V. Alfabetizando o corpo: o pioneirismo de Hortênsia de Hollanda na educação em saúde **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, supl. 2, p.149-159, 1999.

SILVA, J.P.; TAVARES, C. Integralidade: dispositivo para formação crítica de profissionais de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.2, n.2, p.271-285, 2004.

SILVA, A.C.M.A. et al. A estratégia saúde da família: motivação, preparo e trabalho segundo médicos que atuam em três distritos do município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 1, p. 159-169, 2010.

SUCUPIRA, A.C.S.L. Estrutura da consulta. In: LEITE, A.J.M.; CAPRARA, A.; COELHO FILHO, J.M. (Orgs.). **Habilidades de comunicação com pacientes e famílias**. São Paulo: Sarvier, 2007. Cap.1, p.11-46.

TAKAHASHI, R.F.; OLIVEIRA, M.A.C. A visita domiciliar no contexto da saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

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

TEIXEIRA R.R. O desempenho de um serviço de atenção primária à saúde na perspectiva da inteligência coletiva. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.17, p.219-234, 2005.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 1985

TOBAR, F.; YALOUR, M.R. **Como fazer teses em saúde pública**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001.

TULIO, E.C.; STEFANELLI, M.C.; CENTA, M.L. Vivenciando a visita domiciliar apesar de tudo. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, v.2, n.2, p.71-79, 2000.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.3, p.507-514, 2005.

ULIANA, M.R.P. **O ensino de graduação na comunidade**: vivências e percepções de alunos da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. Dissertação (Mestrado). Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2010.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA – UNESP. Faculdade de Medicina de Botucatu. Conselho de Curso. Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED). **Anexo III – Gestão do Projeto**. Botucatu (SP), 2002a.

_____. Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED). **Anexo V – Estratégias e Recursos**. Botucatu (SP), 2002b.

_____. Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED). **Formulário B**. Botucatu (SP), 2002c.

_____. Núcleo de Apoio Pedagógico. **Memória do Seminário**

de Avaliação do Promed. Rio de Janeiro (RJ), 2005.

_____. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) **Ampliando parcerias no ensino, pesquisa e trabalho significativos no contexto da Estratégia Saúde da Família: A Interação Universidade, Serviço e Comunidade – IUSC da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.** Botucatu (SP), 2008.

_____. Portaria do Diretor da Faculdade de Medicina, n.365 de 17 de agosto de 2009a.

_____. Disponível em: <<http://www.fmb.unesp.br>> Acesso em 09 setembro de 2009b.

VALLA, V. V.; GUIMARÃES, M. B.; LACERDA, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 103-117.

VIACAVA, F. As dimensões da saúde: inquérito populacional em Campinas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.26, n.9, p.1864-1865, 2010.

WEFFORT, M.F. et al. **Grupo, Indivíduo, saber e parceria:** malhas do conhecimento. São Paulo: Espaço Pedagógico, 1994.

YAKUWA, M.S. Visita domiciliar como instrumento de formação profissional dos estudantes de enfermagem e de medicina na Faculdade de Medicina- UNESP de Botucatu-SP. CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MEDICA, 47, 2009, Curitiba. **Resumos.** Curitiba, 2009. p.299-300.

Anexos

ANEXO 1

PROGRAMA DA DISCIPLINA DE INTERAÇÃO UNIVERSIDADE SERVIÇOS COMUNIDADE (IUSC) - 2003

Programa de Interação Universidade Serviços – Comunidade (IUSC) – 2003

- Coordenação do Programa
Profa Dra Luana Carandina
Profa Dra Eliana Goldfarb Cyrino
Profa Alice Yamachita Prearo

- Professores Orientadores (colaboradores didáticos)
Ana Paula Godoy, Dinair Ferreira Machado,
Elysabete Bemfato Dezam, Íris Gomes de Barros,
Jenny Garcia Köhler, Luiza Tiemi Oikawa, Maria
Edite Cassettari Monteferrante, Renata Maria
Zanardo Romanholi, Rosangela Maria Giarola,
Rosiane Dantas Pacheco, Sandra Maria Elias Megid,
Valéria Teixeira

Se ouvimos algo —————> Esquecemos

Se vemos algo —————> Lembramos

Se fazemos algo —————> Sabemos

Se discutirmos algo, então sabemos o que
não sabemos.

Programa de Interação Universidade-Serviço-Comunidade (IUSC)
1º ANO DE GRADUAÇÃO MÉDICA – BOTUCATU – 2003

1. Introdução e Justificativa do Programa

O envolvimento da FMB com a rede de atenção primária da região de Botucatu sempre foi evidenciado com estágios de alunos e residentes desde a década de 1970, com diversas experiências extramuros e de ensino orientado à comunidade desenvolvendo-se na formação de acadêmicos e residentes em serviços da Universidade (Centro de Saúde Escola), creches e serviços de atenção primária municipais e estaduais da região (Cyrino, 1995).

Toda a implantação da rede municipal de saúde de Botucatu foi realizada por docentes da FMB, que na década de 1980 também ocuparam cargos públicos de importância no município e na regional de saúde. A Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu, na década de 1980, foi implantada sob a coordenação de uma docente do Departamento de Saúde Pública que já de início organizou estágios para alunos e residentes da FMB.

Em 1989, a FMB iniciou amplo debate com a comunidade acadêmica para realização de uma nova reforma no curso médico. Este debate culminou em uma reforma curricular aprovada em 1996 e implantada em 1997. É deste período a redefinição do perfil do profissional do médico a ser formado. Propunha-se um médico com sólida formação generalista, adequado às necessidades da população, à política de saúde vigente no país, ao mercado de trabalho médico, ao rápido progresso científico e tecnológico e formado dentro de princípios éticos e humanísticos.

A mudança curricular da FMB e o PROMED

A aprovação das novas Diretrizes Curriculares para a Medicina e o PROMED (Programa de Incentivo às mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina) vieram potencializar o processo de mudança da instituição para os próximos anos. Em função disso, desencadeamos um amplo processo de discussão, por meio de realização de várias oficinas de planejamento participativo, realizadas nos meses de fevereiro à agosto de 2002, com a presença de representantes do corpo discentes, docentes dos Departamentos da FMB e do Instituto de Biociências do Campus de Botucatu (básico) juntamente com a direção da FMB e representantes da Secretaria Municipal de Saúde.

Nos grupos de trabalho, em execução, além do diagnóstico e formulação de propostas, foram sendo construídas pactuações internas e assumidos publicamente compromissos com a mudança. Não apenas com o quê mudar. Muito além discutiu-se exaustivamente como mudar.

A **Interação Universidade-Serviço-Comunidade (IUSC)** é uma das atividades educacionais a ser desenvolvida do primeiro ao sexto ano do Curso de Medicina e que contribuirá para que o processo de mudança pedagógica da FMB possa caminhar rumo ao ensino baseado majoritariamente em resolução de problemas, em grupos pequenos, supervisionados, em ambientes diversificados e com atividades

estruturadas a partir das necessidades de saúde que se apresentam ao SUS.

A **Interação Universidade-Serviço-Comunidade (IUSC)** no primeiro ano do Curso Médico está centrada no reconhecimento das áreas de abrangência de UBS do Município de Botucatu.

Fundamenta a idéia de se proporcionar ao estudante de medicina um contato, regular e permanente, com uma comunidade já no primeiro ano médico a criação de espaços curriculares de prática, discussão, capacitação e intervenção que incorporem as dimensões sociais e psíquicas do ser humano, para que as mesmas sejam incorporadas a uma prática clínica voltada a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

2. Objetivos do Programa

Objetivo Geral:

- Reconhecer a situação de vida e de saúde de uma comunidade (como vivem, porque adoecem e morrem os cidadãos e participar de estratégias de proteção e cuidado á saúde desenvolvidas em parceria com a rede de atenção básica do Município de Botucatu.

Objetivos Específicos:

- Conhecimento, informação e apropriação da região/UBS/USF.
- Acompanhamento de recém-nascido e sua família da área de abrangência para qual tenha sido designado durante o primeiro, segundo e terceiro ano de medicina.
- Reconhecimento do cenário social do trabalho do médico e profissionais de saúde.
- Participação ativa em atividades desenvolvidas pela comunidade para a comunidade.

Estratégias

- Entrevistas em residências com crianças menores de um ano.
- Entrevistas com lideranças comunitárias.
- Conhecimento de equipamentos sociais.
- Conhecimento das UBS da região.
- Conhecimento de dados demográficos da região.
- Conhecimento de dados epidemiológicos.
- Construção de sala situacional: problemas da área de abrangência.

3. Coordenação do Programa

Profa Dra Luana Carandina (Departamento de Saúde Pública)

Profa Dra Eliana Goldfarb Cyrino (Departamento de Saúde Pública)

Profa Alice Yamashita Prearo (Núcleo de Apoio Pedagógico/Depto de Pediatria)

4. Área de abrangência

1. Rubião Júnior
2. Monte Mor
3. Vila Ferroviária
4. Parque Marajoara
5. Vila Jardim
6. COHAB I
7. Jardim Cristina
8. Jardim Peabiru
9. 24 de Maio
10. São Lúcio
11. CECAP

5. Professores orientadores (colaboradores didáticos)

- Ana Paula Godoy
- Dinair Ferrreira Machado
- Elysabete Benfato Dezan
- Íris Gomes de Barros
- Jenny Garcia Köhler
- Luiza Tiemi Oikawa
- Maria Edite Cassettari Monteferrante
- Renata Maria Zanardo Romanholi
- Rosangela Maria Giarola
- Rosiane Dantas Pacheco
- Sandra Maria Elias Megid
- Valéria Teixeira

6. Apoio

Matéria – Saúde Coletiva I

- Profa Dra Margareth AP. S. de almeia
- Prof Dr Luiz Roberto de Oliveira

Disciplina – Estatística

- Profa Dra Lídia Raquel

Controle Social

- Profa Dra Ione Morita
- Dra Remédios
- Sra Selma

Secretaria Municipal de Saúde

- Enfermeira Sara
- Prof Dr Valdemar Pereira de Pinho

7. Cronograma de Atividades

DIA	HORÁRIO	ASSUNTO
06/05/2003	14h	Apresentação do programa Local: Anfiteatro Instituto de Biociências
	14h30	Conferência: O Município de Botucatu Principais características e situação de saúde Mapa da exclusão social Prefeito Mario Ielo Local: Anfiteatro Instituto de Biociências
	15h	Aula expositiva: distribuição da exclusão socioespacial do Município de Botucatu Profa Rosiane Dantas Pacheco Local: Anfiteatro Instituto de Biociências
	16h	Trabalho em grupo (apresentações e expectativas) Local: Central de Salas de Aulas
15/05/2003	8h	Aula expositiva: 1. Estudos de populações e grupos populacionais Profa Dra Luana Carandina 2. Organização e controle social Profa Dra Ione Morita Local: Salão Nobre
	10h	Trabalho em grupo: Estudo de texto: Valla) Local: Central de Salas de Aulas
16/05/2003	15h30	Atenção Primária Prof Dr Antonio de P.P. Cyrino
22/05/2003	14h	Aula expositiva: Ética em pesquisa populacional Prof Dr Luís Carlos Giarola
	15h	Trabalho em grupo: Abordagem em entrevistas: treinamento e aplicação do questionário Local: Central de Salas de Aulas
23/05/2003	16h	Departamento de Saúde Pública
27/05/2003	16h	Departamento de Saúde Pública
29/05/2003	14h	Reconhecimento a área de abrangência de cada UBS Localizar e marcar entrevistas Localizar equipamentos sociais Local: Comunidade
03/06/2003	8h	Entrevistas às famílias de crianças menores de um ano em cada área de abrangência 1ª entrevista Entrevista a liderança comunitária Local: Comunidade
09/06/2003	16h	SUS Profa Dra Ione Morita Local: Departamento de Saúde Pública
10/06/2003	14h	Completar entrevistas Conhecimento da UBS Conhecimento de Equipamentos sociais Local: Comunidade
18/06/200	16h	Equipe - Departamento de Saúde Pública
27/06/2003	8h	Participação Comunitária e Sala de situação Profa Dra Eliana Goldfarb Cyrino e Profa Dra Ione Morita Local: Salão Nobre
	10h	Trabalho em grupo Local: Central de Salas de Aulas
	16h	Departamento de Saúde Pública
04/07/2003	8h	Completar entrevistas Fechamento do trabalho Local: Comunidade

**CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DA INTERAÇÃO UNIVERSIDADE
SERVIÇO COMUNIDADE (IUSC)
PARA O 2º SEMESTRE**

DIA	HOR.	LOCAL	ASSUNTO
06/05/2003 (4ª-feira)	14h	Salão Nobre	Recepção dos alunos pela coordenação Tema: a reforma Curricular da FMB frente às Diretrizes Curriculares, do PROMED e a Interação Comunitária Profa Dra Eliana Goldfarb Cyrino Aula Expositiva Tema: a criança e a família Profa Dra Agueda Beatriz Pires Rizzatto Tema: Crescimento e desenvolvimento/vacinas Profa Dra Ercília Maria Carone Trezza
	16h	Central de Aulas	Trabalho em grupo Tema: Preparação para visitas às famílias (cartão de vacina da criança)
15/08/2003 (6ª feira)	8h		Tabulação dos dados do campo - Inquérito (aula Profas Luana e Lídia)
	10h	Central de Aulas	Trabalho em grupo Tema: Preparação para visitas às famílias
20/08/2003 (4ª feira)	14h	trabalho em campo	Visitas às famílias
12/09/2009 (6ª feira)	8h	Central de Aulas	Tabulação de dados
	10h	Central de Aulas	Trabalho em grupo Tema: preparação para visitas às famílias
17/09/2003 (4ª feira)	14h	Trabalho em campo	Visitas às famílias
01/10/2003 (4ª feira)		Central de aulas	Tema: O SUS, o território e a sala situacional de saúde Prof Dr Antonio Luiz Caldas Jr
	16h	Central de aulas	Trabalho em grupo (preparar visita a local escolhido da comunidade)
15/10/2003 (4ª feira)	14h	Visita à comunidade (UB, < PSF, Escolas, Creches)	
29/10/2003 (4ª feira)	14h	trabalho em campo	Visita às famílias
06/11/2003 (5ª feira)	14h	Central de aulas	Preparação final dos trabalhos para as apresentações
10/11/2003 (2ª feira)	14h	Comunidade	Apresentação dos resultados para a comunidade

A apresentação final dos trabalhos na FMB será na 2ª quinzena de novembro (os dias previstos, 17, 18 ou 19)

ANEXO 2

PLANOS DE ENSINO DAS DISCIPLINAS IUSC I,II E III APROVADOS EM 2006

Fl. <u>31</u> Disp. <u>49/06</u> Rubr. <u>1</u>					
PROGRAMA DE DISCIPLINA E ESTÁGIOS					
UNIDADE UNIVERSITÁRIA: FACULDADE DE MEDICINA – CAMPUS DE BOTUCATU					
CURSO: Medicina					
DEPARTAMENTO: Conselho de Curso – multidisciplinar					
ANO LETIVO	DISCIPLINA OU ESTÁGIO				
1º	Interação Universidade-Serviço-Comunidade I				
ANO/SÉRIE	CARGA HORÁRIA TOTAL	DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA			
1º	100	TEÓRICA	PRÁTICA	TEÓR./PRAT	OUTRAS
		22	50		28
SEMESTRE LETIVO	NÚMERO MÁXIMO DE ALUNOS POR TURMA				
	AULAS TEÓRICAS	AULAS PRÁTICAS	AULAS TEÓR./PRAT	OUTRAS	
1º SEMESTRE ()					
2º SEMESTRE ()	90	11	11		
ANUAL (x)					
1) OBJETIVOS (Ao término da disciplina o aluno deverá ser capaz de:)					
<p>Objetivo geral do Programa</p> <p>Propiciar aos alunos de graduação médica a construção de estratégias que possibilitem o desenvolvimento de ações para o cuidado e promoção da saúde junto à comunidade, em parceria com a rede de atenção básica do município de Botucatu (UBS/USF).</p> <p>Objetivos específicos do IUSC no 1º ano</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar equipamentos públicos, redes de apoio e recursos disponíveis para a promoção da saúde e qualidade de vida; - Desenvolver habilidades de escuta, compreensão e caracterização de problemas e necessidades de saúde do grupo familiar, propiciando a vivência da dimensão do acolhimento e vínculo; - Conhecer e utilizar métodos e técnicas apropriadas para o reconhecimento da situação de vida e saúde da comunidade (como vivem, porque adoecem e morrem os cidadãos); - Desenvolver a compreensão dos múltiplos determinantes do processo saúde-doença, apropriando-se de dimensões da realidade sócio-política e cultural do trabalho do médico, profissionais de saúde e da população; - Sistematizar o trabalho desenvolvido semestralmente para fins de avaliação, produção de conhecimento, publicações e/ou participação em evento(s) científico(s). 					
1					

Fls. 32
 Emp. 49106
 Rubr. p

2) CONTEÚDO PROGRAMÁTICO (Título e Discriminação das Unidades)		MODALIDADE			
TEMA	Nº DE HORAS	T	P	T P	O
ABERTURA DO CURSO	08				
- Apresentação do curso (turmas A e B)		02			
- A interação com a comunidade na formação médica (turmas A e B)		02			04
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	06				
- A Universidade e os serviços municipais de saúde de Botucatu		02			
- A rede de atenção primária à saúde do município		02			02
ESTUDO DE TERRITÓRIO E NECESSIDADES EM SAÚDE	28				
- Ética em Pesquisa Populacional		02			
- O Sistema Único de Saúde		02			
- A criança e a creche		02			
- Reconhecimento da área de abrangência			10		04
- Reconhecimento da creche da área de abrangência			04		
- Inserção e abordagem da comunidade			04		
A CRIANÇA E SUA FAMÍLIA	34				
- Preparação para as visitas domiciliares às famílias					04
- A criança e a família: aleitamento materno, alimentação e desenvolvimento da criança		06			
- Visitas domiciliares temáticas: 1) reconhecimento da família, 2) aleitamento materno e alimentação da criança, 3) desenvolvimento da criança			24		
PRIMEIROS SOCORROS À CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	08				
- Primeiros socorros à criança		02			
- Preparação para a atividade de educação em saúde na creche ou escola					02
- Atividade de educação em saúde na creche ou escola			04		
FECHAMENTO DO CURSO	12				
- Visita domiciliar final e aplicação do questionário de avaliação do curso			04		
- Preparação para a apresentação do trabalho desenvolvido					04
- Apresentação do trabalho desenvolvido durante o ano					04
PARTICIPAÇÃO EM EVENTO CIENTÍFICO	04				04

3) METODOLOGIA DO ENSINO

São utilizadas aulas expositivas e conferências que visam instrumentalizar o aluno com informações, conceitos e ferramentas teórico-metodológicas pertinentes. As atividades em pequenos grupos e em campo são realizadas sob a supervisão de professores-tutores e em parceria com as UBS/USF das áreas de abrangência, possibilitando o acompanhamento da inserção do aluno na comunidade e o desenvolvimento das atividades, fazendo-se uso de recursos como: visita orientada/passeio exploratório, realização de entrevistas estruturadas e semi-estruturadas, visitas domiciliares, noções de educação em saúde, etc. As estratégias de ensino são planejadas e avaliadas através de reuniões semanais do grupo de professores-tutores, consistindo também em um espaço para a formação docente.

4) BIBLIOGRAFIA BÁSICA

AGUIAR, A. C. Tendências na educação médica: um modelo curricular ajustado ao conceito ampliado de saúde, às mudanças tecnológicas e à realidade social. In: ARRUDA, B- K. G. (Org.) *A Educação Profissional em Saúde e a realidade social*. Instituto Materno Infantil de Pernambuco: Ministério da Saúde, 2001.

CYRINO, E.G. e outros. (Org.). *A universidade na comunidade*. Educação médica em transformação. Botucatu: UNESP, 2005.

FREIRE, P. *Extensão ou comunicação?* 5ª ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.

MARINS, J. J. N. Os cenários de aprendizagem e o processo do cuidado em saúde. In: MARINS, J. J. N et al (Org.) *Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. *Resolução CNE/CES n° 4*. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. 7 nov. 2001.

SZYMANSKI, H. Teorias e "teorias" de famílias. In: CARVALHO, M.C.B. (Org.). *A família contemporânea em debate*. São Paulo: EDUC/Cortez, 1995. p. 23-27.

VALLA, V.V. (Org.) *Saúde e educação*. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

VASCONCELOS, E. M. A priorização da família nas políticas de saúde. *Saúde em debate*, São Paulo, v. 23, n. 53, p. 6-19, 1999.

5) CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM

- Os critérios para a avaliação do desempenho dos alunos nas atividades desenvolvidas serão os seguintes:

- a) Atividades em grupo: participação, frequência, iniciativa, pontualidade, criatividade e cooperação (40%)
- b) Relatórios individuais e registro das atividades realizadas (30%)
- c) Organização, entrega e qualidade dos trabalhos escritos solicitados e apresentação oral (30%)

- A nota final será obtida com a soma aritmética dos três itens acima. Os alunos que não obtiverem nota mínima final de 7,0 deverão realizar trabalho escrito sobre temática relacionada ao curso

- As avaliações são realizadas em caráter processual ao término de cada semestre letivo, com apresentação na Universidade ao final do curso e avaliação juntamente às famílias e serviço.

Fila. 34
 Exp. 49/06
 Rubr. 1

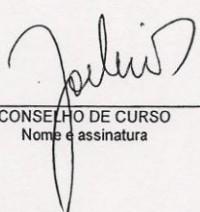
6) EMENTA (Tópicos que caracterizam as unidades dos programas de ensino)

Definição: Resumo do conteúdo programático (cerca de 30 palavras) organizado de forma que não prejudique a compreensão global do conteúdo, com o uso de termos técnicos e científicos adequados.

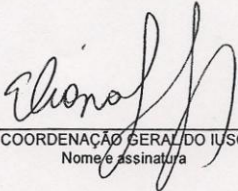
O curso pretende desenvolver uma atuação ética e humanizada desde o início da formação médica, através da interação ativa do aluno em determinada área de abrangência da rede de atenção primária à saúde, em contato com moradores, lideranças comunitárias e profissionais de saúde, com participação em ações locais de proteção e cuidados à saúde neste cenário, utilizando-se de métodos e técnicas apropriadas, bem como noções necessárias para a compreensão dos múltiplos determinantes do processo saúde-doença.

7) DOCENTES QUE PARTICIPARÃO DO CURSO


- Docentes e Departamentos envolvidos: Antonio Luis Caldas, Antonio Pithon de Pádua Cyrino, Eliana Goldfarb Cyrino, Luiz Roberto de Oliveira, Margareth Aparecida Santini e Valdemar Pereira de Pinho (Saúde Pública); Ercilia Maria Carone Trezza (Pediatria); Regina Célia Popim (Enfermagem); Sueli Terezinha Ferreira Martins (Neurologia e Psiquiatria) e Lídia Raquel de Carvalho (Bioestatística – IBB).
- Colaboradores Didáticos e respectivas áreas de abrangência:
 1. Cássia Maria Manoel (Jardim Monte Mor)
 2. Edmée de Campos Rodrigues (professora-tutora de apoio)
 3. Helen Isabel de Freitas (Rubião Júnior)
 4. Regina Célia Popim (Centro de Saúde-Escola)
 5. Renata Maria Zanardo Romanholi (Jardim Peabiru)
 6. Maria Edite Cassetari Monteferrante (Vila São Lúcio)
 7. Jenny Garcia M. Kohler (Cecap)
 8. Marcelo Dalla Vecchia (Jardim Aeroporto)
 9. Luciana Cristina Parenti (Parque Marajoara)
 10. Sandra Maria Elias Megid (Jardim Cristina)



 CONSELHO DE CURSO
 Nome e assinatura



 COORDENAÇÃO GERAL DO IUSC
 Nome e assinatura



 COORDENAÇÃO DO 1º ANO
 Nome e assinatura

DATA DE APROVAÇÃO		
CONSELHO DE DEPARTAMENTO	CONSELHO DE CURSO	CONGREGAÇÃO
	17/05/06	02/06/06

Fls. 23
 19/06
 Rubr.

PROGRAMA DE DISCIPLINA E ESTÁGIOS

Fls. 798
 Proc 1948/396
 Rub.

UNIDADE UNIVERSITÁRIA: FACULDADE DE MEDICINA – CAMPUS DE BOTUCATU
 CURSO: Medicina
 DEPARTAMENTO: Conselho de Curso – multidisciplinar

ANO LETIVO	DISCIPLINA OU ESTÁGIO				
2º	Interação Universidade-Serviço-Comunidade II				
ANO/SÉRIE	CARGA HORÁRIA TOTAL	DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA			
		TEÓRICA	PRÁTICA	TEÓR./PRAT	OUTRAS
2º	100	05	50	-	45
SEMESTRE LETIVO	NÚMERO MÁXIMO DE ALUNOS POR TURMA				
	AULAS TEÓRICAS	AULAS PRÁTICAS	AULAS TEÓR./PRAT	OUTRAS	
1º SEMESTRE ()	90	11	11		
2º SEMESTRE ()					
ANUAL (x)					

1) OBJETIVOS (Ao término da disciplina o aluno deverá ser capaz de:)

Objetivo geral do Programa

Propiciar aos alunos de graduação médica a construção de estratégias que possibilitem o desenvolvimento de ações para o cuidado e promoção da saúde junto à comunidade, em parceria com a rede de atenção básica do município de Botucatu (UBS/USF).

Objetivos específicos do IUSC no 2º ano

- Dar continuidade ao acompanhamento de crianças e suas famílias da área de abrangência para qual tenha sido designado no ano anterior (1º ano);
- Desenvolver atividade educativa preferencialmente em uma escola das respectivas áreas de abrangência, integrando o reconhecimento da escola, da criança em idade escolar e de sua condição de vida;
- Levantar a história de saúde dos adultos que compõem a família (irmãos, pais, avós, etc), identificando situações que exijam cuidados do serviço de saúde da área de abrangência, visando o desenvolvimento de habilidades de abordagem e sistematização de informações (registro com qualidade de compreensão);
- Elaborar plano de ação educativa e sua implementação como parte integrante do bloco temático de Integração Básico-Clinico (PBL);
- Sistematizar o trabalho desenvolvido semestralmente para fins de avaliação, produção de conhecimento, publicações e/ou participação em evento(s) científico(s).

Fls. 111
 Proc. 1949
 Rub. 96

19/06
 Rub. 9

2) CONTEÚDO PROGRAMÁTICO (Título e Discriminação das Unidades)		MODALIDADE			
TEMA	Nº DE HORAS	T	P	T P	O
ABERTURA DO CURSO	04				
- Apresentação e discussão do programa do curso		01			03
PROMOÇÃO DA SAÚDE: ATIVIDADE INTERDISCIPLINAR EM PARASITOLOGIA	24				
- Estratégias de abordagem à população em Educação e Promoção da Saúde		04			04
- Reunião com pais das crianças da 1ª série na escola			02		
- Reconhecimento da escola da área de abrangência			02		
- Exame parasitológico em pediculose			04		
- Desenvolvimento de atividade educativa sobre pediculose			04		04
CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DA CRIANÇA E SUA FAMÍLIA					
- Visitas às crianças e suas famílias acompanhadas na comunidade. Temas:	28				
o Condições de saúde da família			16		04
o Alimentação da criança e do adulto			03		01
o Acidentes domésticos			03		01
DESENVOLVIMENTO HUMANO NO PERÍODO PRÉ-ESCOLAR E ESCOLAR	04				
- Psicologia do desenvolvimento no período pré-escolar e escolar					04
AVALIAÇÃO DO SEMESTRE	04				
- Avaliação da disciplina e elaboração e entrega de relatório					04
EDUCAÇÃO EM SAÚDE: ÁREA DO ADULTO	28				
- Atividade educativa do Bloco Temático II ("Estudo de uma doença prevalente em atenção primária à saúde do adulto")			08		04
- Atividade educativa planejada conforme demanda identificada nas visitas às áreas de abrangência			08		04
- Avaliação da atividade do Bloco Temático II					04
FECHAMENTO DO CURSO	04				
- Avaliação da disciplina e entrega de relatório anual das atividades					04
PARTICIPAÇÃO EM EVENTO CIENTÍFICO	04				
					04

São utilizadas aulas expositivas e conferências que visam instrumentalizar o aluno com informações, conceitos e ferramentas teórico-metodológicas pertinentes. As atividades em pequenos grupos e em campo são realizadas sob a supervisão de professores-tutores e em parceria com as UBS/USF das áreas de abrangência, possibilitando o acompanhamento da inserção do aluno na comunidade e o desenvolvimento das atividades, fazendo-se uso de recursos como: visita orientada/passeio exploratório, realização de entrevistas estruturadas e semi-estruturadas, visitas domiciliares, noções de educação em saúde, etc. As estratégias de ensino são planejadas e avaliadas através de reuniões semanais do grupo de professores-tutores, consistindo também em um espaço para a formação docente.

Fls.	800
P.º	1948 26
Rub	

4) BIBLIOGRAFIA BÁSICA

- BRANDÃO, C.R. A educação popular na área da saúde. In: VASCONCELOS, E.M. (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos. Reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2001. p.21-26.
- CHOR, D.; FAERSTEIN, E. Um enfoque epidemiológico da promoção da saúde: as idéias de Geoffrey Rose. *Cad Saúde Pública*, 16 (1): p.241-244. 2000.
- CYRINO, E.G. e outros. (Org.). *A universidade na comunidade. Educação médica em transformação*. Botucatu: UNESP, 2005.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.
- FREIRE, P. *Extensão ou comunicação?* 5ª ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. *Resolução CNE/CES n° 4. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina*. 7 nov. 2001.
- PEDROSA, J.I.S. Educação popular, saúde, institucionalização: temas para debate. In: VASCONCELOS, E.M. (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos. Reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2001. p.33-35.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Cuidado - as fronteiras da integralidade*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO/IMS/UERJ, 2004.
- REZENDE, A.L.; NASCIMENTO, E. Saber popular e saber técnico. In: _____. *Criando história e aprendendo saúde*. São Paulo: Cortez, 1988. p.11-14.
- SILVA, J.P.V.; TAVARES, C.M.M. Integralidade: dispositivo para a formação crítica de profissionais de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, v.2,n.2, p.271-285, 2004.
- SOUZA, E.S. Educação popular e saúde: cidadania compartilhada. In: VASCONCELOS, E.M. (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos. Reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2001. p.30-32.
- STOTZ, E.N. A cultura e o saber: linhas cruzadas, pontos de fuga. In: VASCONCELOS, E.M. (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos. Reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2001. p.27-29.
- SZYMANSKI, H. Teorias e "teorias" de famílias. In: CARVALHO, M.C.B. (Org.). *A família contemporânea em debate*. São Paulo: EDUC/Cortez, 1995. p. 23-27.
- VALLA, V.V. (Org.) *Saúde e educação*. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.
- VASCONCELOS, E.M. A priorização da família nas políticas de saúde. *Saúde em Debate*, v.23, n.53, p.6-19. set/dez.1999.
- VASCONCELOS, E.M. Atenção primária à saúde e o cotidiano das doenças infecciosas e parasitárias no meio popular. In: _____. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. 2ª ed., São Paulo/Sobral: HUCITEC/UVA, 2001. p.21-31.
- VASCONCELOS, E.M. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: _____. (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos. Reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2001. p.11-20.
- WEFFORT, M.F. O que é um grupo. In: WEFFORT, M.F.; DAVINI, J.; CAMARGO, F.; MARTINS, M.C. *Grupo. Indivíduo, saber e parceria: malhas do conhecimento*. São Paulo: Espaço Pedagógico, 1994, p.15-26. (Seminários)
- WEFFORT, M.F.; CAMARGO, F. Importância e função do registro escrito, da reflexão. In: WEFFORT, M.F.; DAVINI, J.; CAMARGO, F.; MARTINS, M.C. *Observação, registro, reflexão. Instrumentos metodológicos I*. São Paulo: Espaço Pedagógico, 1995. p.42-46. (Seminários)

- Os critérios para a avaliação do desempenho dos alunos nas atividades desenvolvidas serão os seguintes:
 - a) Atividades em grupo: participação, frequência, iniciativa, pontualidade, criatividade e cooperação (40%)
 - b) Relatórios individuais e registro das atividades realizadas (30%)
 - c) Organização, entrega e qualidade dos trabalhos escritos solicitados e apresentação oral (30%)
- A nota final será obtida com a soma aritmética dos três itens acima. Os alunos que não obtiverem nota mínima final de 7,0 deverão realizar trabalho escrito sobre temática relacionada ao curso
- As avaliações são realizadas em caráter processual ao término de cada semestre letivo, com apresentação na Universidade ao final do curso e avaliação juntamente às famílias e serviço.

Fls. 38
 Supp. 44/06
 Rubr.

Fls. 801
 Proc. 1943/06
 Rubr.

6) EMENTA (Tópicos que caracterizam as unidades dos programas de ensino)

Definição: Resumo do conteúdo programático (cerca de 30 palavras) organizado de forma que não prejudique a compreensão global do conteúdo, com o uso de termos técnicos e científicos adequados.

O curso visa desenvolver habilidades para realizar ações de promoção, educação e prevenção à saúde junto à comunidade da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) e/ou Unidade de Saúde da Família (USF), em parceria com outras instituições e organizações (escolas municipais e estaduais, organizações populares, entidades assistenciais, etc.), dando continuidade ao reconhecimento das ações de saúde, identificando situações que exijam cuidados do serviço de saúde e desenvolvendo planos de ação de educação em saúde.

- 7) DOCENTES QUE PARTICIPARÃO DO CURSO**
- Docentes e Departamentos envolvidos: Antonio Luis Caldas, Antonio Pithon de Pádua Cyrino, Eliana Goldfarb Cyrino, Luiz Roberto de Oliveira, Margareth Aparecida Santini e Valdemar Pereira de Pinho (Saúde Pública); Sueli Terezinha Ferreira Martins (Neurologia e Psiquiatria); Luciene Maura Mascaro Serra (Parasitologia – IBB) e Lídia Raquel de Carvalho (Bioestatística – IBB).
 - Colaboradores Didáticos e respectivas áreas de abrangência:
 1. Karina Rubia (Jardim Monte Mor)
 2. Edméa de Campos Rodrigues (professora-tutora de apoio)
 3. Helen Isabel de Freitas (Rubião Júnior)
 4. Dinair Ferreira Machado (Centro de Saúde-Escola)
 5. Renata Maria Zanardo Romanholi (Jardim Peabiru)
 6. Maria Edite Cassetari Monteferrante (Vila São Lúcio)
 7. Cíntia A Pires de Oliveira (Cecap)
 8. Marcelo Dalla Vecchia (Jardim Aeroporto)
 9. Suzana Marcolino (Parque Marajoara)
 10. Priscila Tamarozzi Julião de Souza (Jardim Cristina)

CONSELHO DE CURSO
 Nome e assinatura

COORDENAÇÃO GERAL DO IUSC
 Nome e assinatura

COORDENAÇÃO DO 2º ANO
 Nome e assinatura

DATA DE APROVAÇÃO		
CONSELHO DE DEPARTAMENTO	CONSELHO DE CURSO	CONGREGAÇÃO
	17/05/06	02/06/06

PROGRAMA DE DISCIPLINA E ESTÁGIOS

Fls. 39
 879. 49/06
 Rubr. J

UNIDADE UNIVERSITÁRIA: FACULDADE DE MEDICINA – CAMPUS DE BOTUCATU
CURSO: Medicina
DEPARTAMENTO: Conselho de Curso – multidisciplinar

ANO LETIVO	DISCIPLINA OU ESTÁGIO				
3º	Interação Universidade-Serviço-Comunidade III				
ANO/SÉRIE	CARGA HORÁRIA TOTAL	DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA			
		TEÓRICA	PRÁTICA	TEÓR./PRAT	OUTRAS
3º	76h	16h	56h		4h
SEMESTRE LETIVO	NÚMERO MÁXIMO DE ALUNOS POR TURMA				
	AULAS TEÓRICAS	AULAS PRÁTICAS	AULAS TEÓR./PRAT	OUTRAS	
1º SEMESTRE ()	45	9		45	
2º SEMESTRE ()					
ANUAL (x)					

1) OBJETIVOS (Ao término da disciplina o aluno deverá ser capaz de:)
<p>Objetivo geral</p> <p>Propiciar aos alunos de graduação médica a construção de estratégias que possibilitem o desenvolvimento de ações para o cuidado e promoção da saúde junto à comunidade, em parceria com a rede de atenção básica do município de Botucatu (Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família).</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Propiciar ao aluno do 3º ano de graduação uma formação médica com subsídios teórico-práticos visando desenvolver um atendimento clínico capaz de reconhecer as necessidades, individualidades e autonomia de cada usuário, respeitando sua individualidade e autonomia. - Ampliar sua prática de registro em prontuário de modo mais completo e segmentado, ou seja, contemplando também a história psicossocial dos usuários. - Integrar os conhecimentos de semiologia e raciocínio clínico por meio do atendimento e acompanhamento de usuários adultos que frequentam a Unidade Básica de Saúde (UBS) e/ou Unidade de Saúde da Família (USF). - Aprofundar o conhecimento sobre a realidade dos atendimentos em UBS/USF, bem como o funcionamento destas unidades dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). - Propiciar, ao aluno que inicia a prática clínica, a vivência com pacientes portadores das doenças mais prevalentes na comunidade e seu grau de complexidade. - Incentivar os alunos a participarem das atividades desenvolvidas pela comunidade e para a comunidade (por exemplo, Conselho Gestor da Unidade de Saúde – CONUS, Conselho Municipal de Saúde, etc.)

1

49/06

2) CONTEÚDO PROGRAMÁTICO (Título e Discriminação das Unidades)		MODALIDADE			
TEMA	Nº DE HORAS	T	P	T.P	O
O PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	04	04			
CONCEITOS E PRÁTICA DA CLÍNICA AMPLIADA	04	04			
A PRÁTICA CLÍNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	64				
- Atendimento supervisionado em Unidade Básica de Saúde ou Unidade de Saúde da Família			52		
- Visitas domiciliares, atividades de educação em saúde e busca ativa, entre outras, conforme análise e avaliação da demanda			12		
AVALIAÇÃO	04				04

3) METODOLOGIA DO ENSINO

São utilizadas aulas expositivas que visam instrumentalizar o aluno com informações, conceitos e ferramentas teórico-metodológicas pertinentes. As atividades são desenvolvidas em parceria com as UBS/USF e sob a supervisão de tutores (docentes da FMB e médicos) que orientam pequenos grupos de alunos, possibilitando o acompanhamento da inserção no atendimento médico, e em grupos à população adulta da área de abrangência. As estratégias de ensino são planejadas e avaliadas através de reuniões semanais do grupo de tutores, consistindo também em um espaço para sua própria formação.

4) BIBLIOGRAFIA BÁSICA

- ARAÚJO, R. C. O processo de inserção em psicologia comunitária: ultrapassando o nível dos papéis. In: BRANDÃO, I. R.; BOMFIM, Z. A. C. Os jardins da psicologia comunitária: escritos sobre a trajetória de um modelo teórico-vivencial. Fortaleza: ABRAPSO-CE/UFC, 1999. p. 79-96.
- ARRUDA, B. K. G. (Org.) A educação profissional em saúde e a realidade social. Recife/Brasília: Instituto Materno-Infantil de Pernambuco/Ministério da Saúde, 2001. 318p.
- BELO HORIZONTE (Secretaria Municipal de Saúde). Gerência de Assistência. *Recomendações para a organização da atenção básica na rede municipal*. Belo Horizonte: SMS/BH, 2003. 25p.
- BOUFFORD, J. I. Changing paths and places for training tomorrow's generalists. In: GASTEL, B.; ROGERS, D. E. (Orgs.) *Clinical education and the doctor of tomorrow*. New York: The New York Academy of Medicine, 1989. p. 67-80.
- CAMPOS, G. W. S. *Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica*. Diretrizes. Documento Preliminar. Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp: 2005. (mimeo.)
- CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.
- SUCUPIRA, A. C. S. L.; FERRER, A. P. S. Uma experiência de ensino de propedêutica pediátrica em ambulatório. *Pediatria* (São Paulo), São Paulo, v. 22, n. 2, p. 105-112, 2000.

P. n.
49106
Rubr.

5) CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM

- Os critérios para a avaliação do desempenho dos alunos nas atividades desenvolvidas serão os seguintes:
- a) Atividades clínicas e em grupo: participação, frequência, iniciativa, pontualidade, criatividade e cooperação (40%)
- b) Relatórios individuais e registro das atividades realizadas (30%)
- c) Apresentação oral de um estudo de caso (30%)
- A nota final será obtida com a soma aritmética dos três itens acima. Os alunos que não obtiverem nota mínima final de 7,0 deverão realizar trabalho escrito sobre temática relacionada ao curso
- As avaliações são realizadas em caráter processual ao término de cada semestre letivo, com apresentação na Universidade ao final do curso e avaliação juntamente às famílias e serviço.

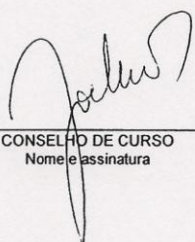
6) EMENTA (Tópicos que caracterizam as unidades dos programas de ensino)

Definição: Resumo do conteúdo programático (cerca de 30 palavras) organizado de forma que não prejudique a compreensão global do conteúdo, com o uso de termos técnicos e científicos adequados.

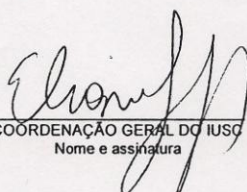
O curso visa desenvolver ações de promoção e cuidados à saúde junto às áreas de abrangência de UBS/USF, através de atividades clínicas supervisionadas, em parceria com os serviços, dando continuidade ao reconhecimento das ações de saúde, identificando e atuando frente a situações que exijam cuidados do serviço, já iniciadas no 1º e 2º anos do IUSC.

7) DOCENTES E MÉDICOS QUE PARTICIPARÃO DO CURSO

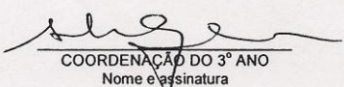
Adriana Polacchini do Valle, Adriana Lúcia Mendes Haddad, Maria Gorete Teixeira de Moraes, Paulo José F. Villas Boas, Vanessa Santos Silva (Departamento de Clínica Médica); Paula de Oliveira Monvandon Hokama (Divisão do Hemocentro/Hospital das Clínicas); Alessandro Lia Montelli (Departamento de Patologia); Antonio de Pádua P. Cyrino (Departamento de Saúde Pública); Luciana Patrícia Fernandes Abbade (Departamento de Dermatologia).



CONSELHO DE CURSO
Nome e assinatura



COORDENAÇÃO GERAL DO IUSC
Nome e assinatura



COORDENAÇÃO DO 3º ANO
Nome e assinatura

DATA DE APROVAÇÃO		
CONSELHO DE DEPARTAMENTO	CONSELHO DE CURSO	CONGREGAÇÃO
	17/05/06	02/06/06

ANEXO 3

QUESTIONÁRIO DA PESQUISA

1. Tendo em vista os objetivos da disciplina de Interação Universidade Serviço Comunidade (IUSC):

- aprofundar os conhecimentos em relação às condições de vida e saúde das famílias do território para a qual tenha sido designado no 1º ano;
- adquirir conhecimentos sobre o Sistema de Saúde no Brasil (SUS), com ênfase na integralidade do cuidado;
- adquirir conhecimento sobre comunicação e educação em saúde;
- desenvolver habilidades de escuta, comunicação, capacidade de reflexão crítica e compromisso ético;

Você considera que as Visitas Domiciliares realizadas foram:

() satisfatórias () insatisfatórias

Por que?

2. Como a visita Domiciliar tem contribuído para sua formação profissional?

3. O que você acredita que tenha faltado para que a Visita Domiciliar tenha valor na sua formação profissional no cuidado aos pacientes e à comunidade?

4. O que você pensa que suas Visitas Domiciliares representaram para as família(s) que você acompanhou nestes anos de 2008 e 2009?

ANEXO 4

APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde em 30 de
abril de 1997

Botucatu, 04 de agosto de 2008

Of. 308/08-CEP

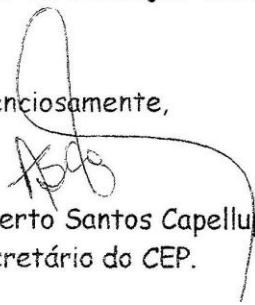
Ilustríssima Senhora
Prof^a Dr^a Eliana Goldfarb Cyrino
Departamento de Saúde Pública da
Faculdade de Medicina de Botucatu.

Prezada Dr^a Eliana,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que o Projeto de Pesquisa "A visita domiciliar como estratégia de aprendizagem na integralidade do cuidado", a ser conduzido por Renata Maria Zanardo Romanholi, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator **parecer favorável**, aprovado em reunião de 04/08/2.008.

Situação do Projeto: **APROVADO**. **Apresentar Relatório Final de Atividades ao final da execução deste projeto.**

Atenciosamente,


Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP.

ANEXO 5.



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"



Departamento de Saúde Pública
Botucatu – São Paulo – (14) 3811-6200/6352 ou Fax (14) 3882-3309

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) à participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Título da Pesquisa: **"A Visita Domiciliar como Estratégia de Aprendizagem na Integralidade do Cuidado"**

Espera-se com este estudo, contribuir para o aprimoramento da Disciplina IUSC, bem como na produção de conhecimento para o aperfeiçoamento da formação em saúde no Brasil, especialmente para as experiências que apóiam a operacionalização das novas diretrizes curriculares (2001) e o processo de formação visando a integralidade do cuidado.

O estudo será realizado mediante a aplicação do presente questionário com os alunos da graduação de medicina e enfermagem da FMB, os quais vivenciaram a Disciplina IUSC no período de 2008 e 2009. A eventual utilização de trechos do questionário em posterior publicação será feita mediante o sigilo da identidade dos informantes. Após a análise das respostas este material será destruído.

- I. Declaro estar ciente sobre os objetivos do estudo sob responsabilidade da pesquisadora Renata Maria Zanardo Romanholi e que as informações que fornecerei serão utilizadas para este estudo, sendo preservado o sigilo de minha identificação pessoal.
- II. Declaro concordar que parte de meu relatório de Visita Domiciliar poderá ser utilizado para a presente pesquisa mantido o sigilo sobre minha identidade e sem qualquer prejuízo no meu desempenho acadêmico.
- III. Declaro concordar em participar deste estudo e que estou ciente que a pesquisadora Renata Maria Zanardo Romanholi estará disponível para responder a quaisquer perguntas e de que posso retirar este meu consentimento a qualquer tempo, sem qualquer prejuízo. Caso tenha algum problema ou dúvida relacionada a este estudo, estou ciente de que poderei entrar em contato com o pesquisador ou seu orientador nos endereços abaixo.

Sujeito da pesquisa: (Nome) _____

(Assinatura) _____

Pesquisador responsável: _____

Renata Maria Zanardo Romanholi

(Assinatura) _____

Pesquisadora: Renata Maria Zanardo Romanholi. Rua Lincoln Vaz, 137.Vila dos Lavradores - (14)3815-4082 - e-mail: renatarom@ig.com.br

Orientador: Prof(a) Dr(a) Eliana Goldfarb Cyrino. Rua Rev. Francisco Lotufo, 695 - (14)3882-3864 - e-mail: ecyrino@fmb.unesp.br

ANEXO 6.

Respostas dos alunos do curso de Medicina sobre suas considerações da Visita Domiciliar realizadas na Disciplina IUSC.

(72) Satisfatórias porque:

“Porque eu pude desenvolver a técnica de escuta e comunicação e conseguimos estabelecer boas conversas”/ “Nos ajudaram a desenvolver habilidades de escuta, comunicação e compromisso ético”/ “Faltam processos que ensinem os alunos os alunos a se comunicar melhor com as pessoas no ensino medico”/ “Melhorou minha habilidade de comunicação e minha capacidade de reflexão e crítica”/ “Ajudou a desenvolver minhas habilidades de comunicação”; *“Apesar das dificuldades iniciais de se tomar a iniciativa para manter um diálogo satisfatório e estabelecer uma relação de confiança com a família, as visitas contribuem para a desinibição”/ “ Habilidades como as de escuta, comunicação e de reflexão também podem ser desenvolvidas”/ “Aprendi a escutar e me comunicar com uma senhora da comunidade e pude desenvolver essa habilidade durante o curso”/ “Nas visitas domiciliares, os alunos podem perceber a importância da escuta e da comunicação”/ “As visitas foram oportunidades boas para o aluno desenvolver habilidades de fala e escuta com a população”/ “Porque proporcionaram a aquisição e o desenvolvimento não só de diversas capacidades”/ “Quanto a habilidade em comunicação e a questão da educação em saúde foi um aprendizado importante, uma vez que saímos do papel de dominantes para ouvintes”/ “Aprendi a desenvolver habilidade de escutar, e principalmente, habilidade de dialogar com os mais diferentes tipos de pessoas”/ “Foram boas, especialmente no meu caso para perceber que as mesmas informações podem vir facilmente de algumas pessoas e mais dificilmente de outras”. “As visitas serviram para que víssemos uma das formas através das quais o SUS busca a integralidade no cuidado”/ “A partir do que vivenciamos nas visitas conseguimos desenvolver nossa capacidade de reflexão crítica sobre, os determinantes do processo saúde-doença”/ “As visitas proporcionaram uma reflexão importante sobre os problemas de saúde da família visitada (principalmente os crônicos)”/ “ Porque focou muito bem a questão de integralidade” / “As visitas ajudaram a compreender a rede de atenção básica à saúde do município”/ “Nos proporcionou uma visão holística do paciente e sentir na pratica o conceito de integralidade”/ “Nos ensinaram, na pratica, o que é um território de saúde, como funciona o SUS, o que integralidade” / “Pelo processo de reflexão, na construção de uma percepção de como ocorre o processo de saúde e doença”/ “Pudemos também ver a reflexão do SUS na saúde de tais pessoas e questioná-las sobre como viam esse sistema”/ “Nas visitas domiciliares nos tivemos a oportunidade de colocar em pratica os conceitos teóricos aprendidos em aula”. “As visitas colaboraram muito, pois nos aproximaram das condições de vida das famílias visitadas”/ “As visitas possibilitaram o acompanhamento da dinâmica familiar”/ “ Observação do fato de que frente a condição adversas existe produção de saúde”/ “Apesar de alguns desencontros em certas visitas domiciliares elas foram satisfatórias, pois o contato direto com as pessoas da comunidade entendendo o meio em que elas vivem é importante para a futura tomada de conduta correta por um medico” / “Com as visitas conheci melhor as condições de vida e saúde da população”/ “As visitas domiciliares permitem o contato direto com a realidade das famílias visitadas, notar as*

Respostas dos alunos do curso de Medicina sobre suas considerações da Visita Domiciliar realizadas na Disciplina IUSC.

características e condição do local onde vivem para fazer análise aprofundada da situação com a qual esta inserido na comunidade”/ “As visitas em si propiciam um contato real, pratico e de fato possibilitou o conhecimento sobre a realidade do atendimento publico”/ Porque pudemos interagir com as famílias visitadas e perceber sua situação sócio-econômica integrada em uma sociedade, que na maioria das vezes influi no bem estar psico-social do paciente”/ “A visita domiciliar permitiu um contato mais estreito com a população, no ambiente da população, favorecendo assim um relacionamento horizontalizado e isto é fundamental para conhecer as reais necessidades da população e para obter um melhor entendimento do processo saúde-doença”/ “O contato com as famílias nos permitiu conhecer a realidade das pessoas que futuramente serão atendidas por mim”/ “Perceber que nem sempre as coisas funcionam perfeitamente no contato com o paciente criando uma habilidade adaptativa em nós alunos”/ “Conseguimos penetrar no universo das famílias e aprofundar nossos conhecimentos” / “Sua relação com aspectos observados na casa e nos hábitos descritos pela família”/ “É fundamental para futuros médicos conhecer a realidade da comunidade que será atendida por eles”/ “A visita domiciliar é instrumento de proximidade pratica com a realidade comunitária de saúde, por ser totalmente pratica constitui instrumento eficiente”/ “Para atender as condições de vida e saúde da comunidade “in loco” “/ “Nos aproximou da comunidade”/ “As visitas domiciliares proporcionaram o enfretamento de situações diversificadas com posterior reflexão critica sobre elas, relevando a importância da ética” / “Nas visitas domiciliares pudemos aprofundar discussões e conhecer alguns detalhes importantes sobre a vida das pessoas que acompanhamos”/ “Mesmo que nem todas as visitas tenham ocorrido como o esperado, esses imprevistos também propiciam um aprendizado diferente sobre como lidar com diversas situações particulares”/ “A visita domiciliar é de fundamental importância uma vez que nos permite o desenvolvimento de uma relação entre visitante e visitado e garante o levantamento das condições especifica de cada família indispensável para elaborar uma assistência particularizada”/ “Compreender bem o funcionamento das famílias é muito importante na contextualização do paciente”/ “Acabei conhecendo melhor a vida da família que acompanhei a sua situação vivida, conhecendo o território e compreendendo melhor o SUS e seu funcionamento”/“Uma vez que serviram para criar o processo para a preparação na relação medico – paciente”/ “Foram importantes para esclarecer uma relação com o paciente fora do ambiente hospitalar, em uma condição “distante” do sistema de saúde”/ “As visitas domiciliares foram as atividades mais construtivas para mim no IUSC”/ “Foi possível estabelecer um vinculo com a família”/ “Realizar visitas com as famílias foi satisfatória a relação que se estabeleceu entre minha dupla e nossas famílias”/ “Percebi que conseguimos criar um vínculo de confiança, amizade com a família, esse vínculo facilita a visita, nos torna mais sensíveis para perceber o espaço e as dificuldades do outro”/ “A relação estabelecida entre os familiares foi muito significativa, deu-se para estabelecer um contato efetivo e gerou instrução para os alunos e para as famílias”/ “Como havia resistência da família, pois ela não se sentia totalmente a vontade com a nossa presença”/“No primeiro ano, apesar de toda a insegurança, fomos muito bem informados e preparados para as visitas”/ “Já no segundo ano, mais preparados, tivemos apenas dificuldades de trabalhar com

Respostas dos alunos do curso de Medicina sobre suas considerações da Visita Domiciliar realizadas na Disciplina IUSC.

toda a família, uma vez que a disciplina ficou um pouco dividida”/ “Visitas domiciliares ocorreram em bom número, e com o tempo suficiente para as entrevistas” / “O tema de cada visita domiciliar poderia ser melhor definido” / “apesar de terem sido satisfatórias, faltou um tema a ser trabalhado. Isso muitas vezes, fizeram com que os alunos se sentissem “perdidos”/ “O bom andamento da visita e o nosso bom desempenho dependem muito do conforto e confiança que, a família deposita em nós”/ “O fato de nós termos um tema para observarmos a cada dia da visita melhorou a visita, pois ela se tornou mais objetiva”/ “ A frequência das visitas é baixa”.

(4) Insatisfatórias, porque:

“Eu não me considero preparado para a realização das visitas domiciliares”/ “Muitas vezes me sentia inseguro sobre como abordar as famílias e observava que o mesmo acontecia com elas”/ “Falta conhecimento teórico para a realização das visitas” / “Me sentia muito mal quando a mãe da criança me perguntava alguma coisa e eu não tinha capacidade de responder”/ “Dificuldades pessoais em manter diálogo satisfatório”./“Não consegui realizar nenhuma visita domiciliar no ano de 2009, pois em duas tentativas não havia ninguém em casa, e na terceira tentativa ligamos antes para confirmar e a família falou que não poderia estar em casa”/ “A questão do horário para a família é um fator que influencia para a realização da visita”

Obs: Cada aluno pode ter dado mais de uma resposta

ANEXO 7.

Respostas dos alunos do curso de Medicina sobre como a Visita Domiciliar têm contribuído para sua formação profissional.

“Acredito que a principal contribuição das visitas é propiciar o desenvolvimento de nossas habilidades de comunicação e observação e a aproximação da realidade das pessoas que atenderemos no futuro”/ “Contribuíram porque aprendi a escutar o que eles tinham para nos dizer, dando o devido valor para cada palavra dita por eles”/ “Tem contribuído no desenvolvimento de habilidades de observação, escuta, espírito crítico, que terão grande importância no desempenho de minha futura carreira”/ As visitas me ajudaram a desenvolver minhas habilidades de abordagem, a ver como há fatores que interferem na saúde e que muitas vezes não são trazidas ao consultório”/ “Por meio da visita domiciliar pude desenvolver a observação, o diálogo com o paciente, a disposição para ouvir relatos cotidianos”/ “Contribuiu proporcionando um aspecto amplo de visão afim de obter uma comunicação com o paciente e lhe oferecer melhor tratamento”/ “Contribuíram na forma de abordagem, as conversas as descobertas”/ “Durante a visita, posso desenvolver a minha capacidade de observação, comunicação e escuta”/ “A visita domiciliar tem contribuído para driblar a minha timidez de iniciar uma conversa com uma pessoa desconhecida”/ “Me auxiliando a desenvolver as capacidades de comunicação, escuta e reflexão”/ “Tem contribuído justamente na questão de qualidade do sujeito, ou seja, no fato de deixarmos de ser os “ditadores de regras” para a população e passarmos a ser ouvintes e estar na qualidade de aprendizes, e não professores”/ “Antecipa e estimula a experiência de ouvir, abstrair e compreender”/ “A principal contribuição tem sido trabalhar com dificuldades de comunicação e inibição”/ “As visitas permitem treinar formas de abordar as pessoas e conseguir extrair informações clinicamente relevantes”/ “Nas visitas, desenvolvemos as habilidades de comunicação, escuta, observação, interação com as pessoas que são fundamentais para nossa futura profissão”/ “Com as visitas aprendi a exercitar a observação, habilidade que antes não pensava em desenvolver por não compreender bem sua importância”/ “As visitas domiciliares são as atividades em que mais aprendemos. É o espaço que temos para interagir, comunicar-se e aplicar a teoria”/ “Contribuiu muito para aprender a conversar bem com uma pessoa desconhecida e obter dela alguns detalhes de sua vida pessoal, isso será muito importante quando, em consulta eu tiver que “tirar” a história do paciente”/ “Aprimorando minha capacidade de diálogo e compreensão dos diferentes contextos em que as famílias estão inseridas e dos fatores que compõe esses contextos”/ “Essa aproximação permitiu um melhor entendimento de como as pessoas produzem saúde e de como fatores ambientais, familiares e culturais influenciam essa produção”/ “Possibilita a análise do contexto no qual o indivíduo esta inserido: sua dinâmica familiar, sua residência, seu bairro. Assim vê-se a realidade do visitado na íntegra, e não somente a parte de uma anamnese”/ “ Conhecer um ambiente de vida bem diferente do meu”/ “Permitiu um contato precoce com a população e um conhecimento do território. Isto favorecerá uma postura profissional no futuro, mais completa”/ “Observei as maneiras pelas quais a realidade familiar proporciona boa saúde ou serve como pressuposto para doenças”/ “A visita domiciliar proporciona

Respostas dos alunos do curso de Medicina sobre como a Visita Domiciliar têm contribuído para sua formação profissional.

meios de lidar melhor com as pessoas de realidade socioeconômica distinta, permite-nos conhecer novas visões sobre saúde e conhecer o processo saúde-doença de outro lado”/ “A visita domiciliar proporciona um contato com realidades diferentes da do estudante”/ “A visita nos permite compreender a importância de se conhecer as famílias com que mais iremos trabalhar quando formados, conhecendo sua estrutura familiar, suas dificuldades financeira, podemos, no futuro, saber a melhor forma de atendê-los”/ “Apenas através da visita domiciliar tive dimensão da carência que atinge nossa comunidade e pude ter contato direto com o cotidiano das pessoas que são atendidas pelo SUS”/ “Através da possibilidade de conhecer a realidade da população em seu território percebendo suas necessidades e fatores que interferem na sua saúde. As visitas contribuem para conhecer uma realidade mais próxima da “verdade”, permitindo uma visão mais geral e diferente da tradicional que se vê apenas num consultório”/ “A partir das visitas ganhei experiência no contato com a comunidade e na observação geral das condições de vida não só de um paciente, mas da família toda, podendo relacionar as condições de saúde com o ambiente do lar e hábitos do dia a dia”/ “As visitas domiciliares mostram a realidade vivida por muitas pessoas que serão atendidas por nós no futuro, entendendo seus costumes, crenças e condições de vida que possam impedir de realizarem, compreenderem condutas orientadas por nós”/ “É uma forma de obter acesso a uma nova realidade e associá-la aos problemas enfrentados pelas famílias”/ “A visita domiciliar por proporcionar um contato com a realidade da população desde o 1º ano do curso atua como ferramenta de promoção do pensar médico de forma crítica, ampliada”/ “A visita domiciliar contribui significativamente em minha formação profissional, pois nos aproxima de uma realidade que veremos quando formados e desta forma nos antecipa do que teremos em nosso dia a dia como profissionais da saúde”/ “Me ajudou apenas no aspecto de conhecer uma realidade diferente da minha”/ “O conhecimento das realidades diversas me permite entender muito do comportamento, problemas (psicológicos e/ou físicos) e hábitos das pessoas”/ “Na formação profissional, a visita domiciliar acrescenta muito, pois ao conhecer a família e sua realidade posso ficar mais atento futuramente para a situação que a família vive, tentando, portanto direcionar melhor o tratamento para a família em questão”/ “Conhecer melhor a situação social e cultural da família contribuiu para entender seus problemas de saúde”/ “Aprendi com as visitas que quando eu estiver trabalhando no hospital ou em um consultório não vou apenas recomendar um tratamento sem me lembrar que existem fatores que influenciam o processo saúde doença do paciente e vou lembrar de que, baseado nesse conhecimento sobre esses fatores, tenho o papel de prevenção”/ “Com as visitas domiciliares, aprende-se que o respeito ao paciente pode facilitar o relacionamento, ajudando inclusive na coleta de dados clínicos relevantes”/ “Aprendi a perceber que não temos controle sobre as atitudes do paciente”/ “Contribuiu na minha humanização do ponto de vista profissional principalmente”/ “Elas contribuem para a formação de um profissional completo, que analisa o paciente como um todo, considerando suas condições sociais econômicas e psicológicas ao diagnosticar doenças e recomendar atitudes para solucioná-la”/ “Com o desenvolvimento das visitas domiciliares, aprendi que o profissional da saúde deve aprender e cuidar de seus pacientes sob a ótica da integralidade, evitando a fragmentação do paciente e,

Respostas dos alunos do curso de Medicina sobre como a Visita Domiciliar têm contribuído para sua formação profissional.

promovendo assim, a emancipação da saúde. Dessa forma, aprendi a criar vínculos importantes para a promoção da saúde”/ “A visita domiciliar tem contribuído para uma visão mais humanizada da Medicina, enxergando o paciente como um todo e não apenas sua enfermidade”/ “Ela (visita domiciliar) tem demonstrado uma realidade diferente da presente em uma consulta hospitalar”/ “A visita domiciliar contribuiu para a percepção do paciente em sua realidade do cotidiano”/ “Terei uma postura diferente como medica no futuro, especialmente no que se refere ao tratamento do paciente como humano e não apenas como um instrumento de diagnóstico, de forma impessoal e fria”/ “A visita domiciliar tem contribuído para a minha formação profissional ao permitir um aprendizado diferenciado daquele adquirido nas universidades”/ “Na minha formação profissional isso se refletirá em flexibilidade, compreensão, melhor abordagem ao paciente (por exemplo, entender os limites financeiros para a compra de determinado medicamento)”./“A manutenção da saúde ficou p/ mim tão importante quanto o tratamento”/ “Enxergaremos os pacientes como um todo e não apenas como um caso clínico”/ “Isso nos proporcionou uma visão holística do paciente e sentir na prática o conceito de integralidade”/ “Contribui no sentido da Integralidade, pois indo na casa da pessoa a conhecemos de maneira esférica, não ficamos limitado ao corpo (órgãos) e temos nossa visão ampliada enxergando o outro como um ser social, ficando mais fácil de entender como suas relações com a sociedade e o ambiente interferem em sua saúde”/ “Temos a oportunidade de estar na comunidade desenvolvendo uma importante e construtiva relação com as famílias, indispensável para atender ao princípio de integralidade do cuidado (ver o paciente como um todo analisando todas as características sociais, físicas, psicológicas, focar na saúde e não na doença) que será utilizado na nossa profissão futura”/ “Entendo que a visita domiciliar se associa com a integralidade, e ao princípio de estudar o paciente como um todo e considera os fatores sociais”./“Ajudou a melhorar a compreensão das necessidades da região a conhecer melhor o SUS, e sobre integralidade do cuidado”/ “Adquirir conhecimentos culturais novos”/“Me mostrou como é a relação da população com o sistema de saúde”/ “Acrescentar diversos conhecimentos teóricos a respeito do sistema de saúde no Brasil e município, como é estruturado e organizado”/ “Muito mais consciente sobre o processo saúde-doença de um indivíduo, reforçando a importância do cuidado/prevenção integral desse indivíduo”./“É uma vivência única, que contribui tanto para a família visitada quanto com os alunos”/ “As visitas domiciliares me ajudaram a me sentir mais a vontade para abordar a família e a compreender o quanto um maior vínculo entre pacientes e profissionais da saúde contribui para a qualidade do cuidado com a saúde”.

Obs: Cada aluno pode ter dado mais de uma resposta

ANEXO 8.

Respostas dos alunos do curso de Medicina sobre o que faltou na Visita Domiciliar para a sua formação profissional.

“Faltou um melhor planejamento para as visitas”/“Faltou um pouco mais de planejamento quanto aos objetivos particulares de cada visita”/ “Faltou um pouco mais de organização no grupo”/ “Ter organização muito bem formulada, planejando todas as atitudes que serão realizadas com enfoque delimitado nas atitudes que serão orientadas aos alunos para que eles saibam lidar mais com os fatores adversos, isto é, deve haver melhor orientação para que o aproveitamento da visita não seja prejudicado por dificuldades de abordagem”/ “No foco à família, houve uma carência de preparo para as visitas. No ano passado, tínhamos aulas preparatórias de teoria”/ “Faltou uma melhor preparação e direcionamento para a realização das atividades”/ “Faltou uma melhor orientação sobre o que fazer e como agir durante as visitas”/ “Objetivos mais específicos para cada visita em particular, afim de facilitar o aprendizado sobre os indivíduos da família, a dinâmica familiar e a comunidade à qual essa família se contextualiza”/Talvez fazer as primeiras visitas junto das agentes comunitárias pudesse ajudar a aprender melhor como conversar e o que observar”/ “Acho que faltou um acompanhamento por um agente comunitário que direcionasse melhor a conversa”/ “Faltou interação com os agentes comunitários da rede, que talvez pudessem nos orientar sobre o que exatamente deveríamos fazer, observar e apreender de uma visita. A interação com tais profissionais seria um ganho a mais para que pudéssemos perceber mais determinantes sociais do território abordado e conhecêssemos a rotina dos profissionais”/ “Acho que nos faltaram alguns conhecimentos básicos e clínicos para maior compreensão do prontuário, e, portanto, melhor observação do histórico clínico e da evolução do paciente e de sua família. Além disso, teríamos melhores subsídios para ajudá-los em alguma necessidade”/ “Maior treinamento ou um treinamento mais apurado sobre o olhar profissional: quais coisas são mais importantes serem observadas, auxílio no link entre ambiente X produção de saúde - relações familiares X produção de saúde”/ “ A falta de alguns conhecimentos médico –acadêmicos”/ “Maior informação sobre a saúde em si (doenças, remédios), pois muitas vezes o visitado nos pergunta informações sobre o que fazer, sendo que não temos tais conceitos”/ “Acredito que tenha faltado um poder de ação maior em relação ao cuidado do paciente e à sociedade e um desenvolvimento mais aprofundado do IUSC”/ “Talvez tenha faltado maior preparação prática e uma discussão após a visita para apontar pontos positivos e negativos, possíveis falhas e apresentar idéias nova para aperfeiçoar as visitas”/ “Faltou embasamento teórico sobre como se comportar durante uma visita domiciliar”/“Aumentar a dinâmica das atividades. Por mais que não possamos intervir ativamente nos problemas da família, é importante utilizar, de forma benéfica para as famílias visitadas, as informações obtidas”/“Para uma melhor visita seria mais interessante termos um maior conhecimento profissional para também fornecer informações para os familiares, e não só observar”/ “Falta fundamento teórico de algumas questões para darmos retorno às famílias e não simplesmente visitá-los”/ “Faltou, maior instrução de minha parte, infelizmente ao nível acadêmico

Respostas dos alunos do curso de Medicina sobre o que faltou na Visita Domiciliar para a sua formação profissional.

em que me encontro não permite uma ação efetiva sobre a saúde das famílias. Isso gera limitação, entretanto é um fator que não pode ser resolvido agora e de certa forma, causa motivação pela busca do conhecimento da saúde”/ “Acho que tenham faltado mais ações práticas, pois às vezes ficava perdido e não sabia ou entendia o porquê e para que estivesse na residência da família”/“Maior frequência na interação com a comunidade”/“Talvez o maior obstáculo tenha sido a falta de continuidade das visitas as quais ocorrem com intervalos de tempo às vezes muito longos”/ “As visitas deveriam ter sido mais frequentes para que tivéssemos melhor continuidade na atenção dada à família”/ “Creio que as visitas poderiam ser mais frequentes, pois ficamos muito tempo sem conversar com a família e perdemos observações”/ “O número reduzido de visitas não permitiu o estabelecimento de uma relação visitante-visitado efetiva”/ “Acredito que um acompanhamento mais prolongado. Talvez se as visitas fossem quinzenais e não mensais como a maioria delas, seria mais fácil criar um vínculo com as famílias e também seria mais fácil acompanhar a evolução, não só da criança, mas da família como um todo”/“Maior especificidade dos temas das visitas no segundo ano”/“Acho que temas para serem discutidos com a família no segundo ano, pois as visitas esse ano foram repetitivas”/“O tema de cada visita poderia ser melhor definido de modo a focar o aluno, quanto ao que perguntar/observar”/“As visitas domiciliares teriam sido mais proveitosa se fosse estabelecido um tema para cada uma dela”/“Acredito que faltaram temas que tratassem de problemas vivenciados pela família”/ “Para que a visita domiciliar tivesse um valor ainda maior em minha formação profissional, creio que seriam necessários mais conteúdos a serem trabalhados, para que tivéssemos sempre uma informação a acrescentar a essas famílias e não só reter informações deles. Seria uma troca de informações entre alunos e visitados, o que acrescentaria muito em nosso aprendizado”/“Maior intervenção com a UBS do bairro, que foi conseguido mais para o final do ano”/ “Um maior intercâmbio entre a visita e a UBS, afim de trabalhar junto com o equipe da unidade para trocar informações acerca dos problemas de saúde da família e assim intensificar o vínculo da família com a UBS através dos alunos”/ “Levar possíveis intercorrências para a UBS e acompanhar o andamento da conduta tomada a respeito disso”/“Uma maior comunicação com a UBS e um retorno pratico das visitas para a família e a comunidade”/“Talvez tenha faltado a confirmação (ou a re confirmação) do desejo da família em participar da visita. Isso porque algumas famílias, após o primeiro ano, passaram a se demonstrar insatisfeitos e menos colaborativos com os alunos”/ “A dificuldade de encontrar os familiares em casa ou de marcar um horário bom para o profissional e a família ao mesmo tempo”/“Mais experiência ao falar com as pessoas, de manter um diálogo e perguntar algo”/ “Ao fazer a visitas sozinhos somos obrigados a falar e nos comunicar, o que de certa forma nos força a desenvolver pelo menos algumas habilidades de comunicação”/“Acho que não faltou nada, já que é uma experiência na verdade uma troca de experiências e uma busca de aprimorar a comunicação e observação”/“Nada que seja do nosso alcance neste momento, ela seria melhor se tivéssemos uma base de conhecimentos mais sólidos, por exemplo em semiologia”.

Obs: Cada aluno pode ter dado mais de uma resposta

ANEXO 9.

Respostas dos alunos do curso de Medicina sobre o que eles consideram que as Visitas Domiciliares representaram para as famílias acompanhadas .

“Uma oportunidade para elas desabafarem, contarem seus problemas, um momento de distração”/ “Ter pessoas para “desabafar” e expressar angustias”/ “ Uma oportunidade de conversar e expressar essas opiniões sobre o posto e a própria vida”/ “Acredito que represente um momento importante para o relacionamento e, principalmente “desabafo” sobre os problemas pessoais, familiares e coletivos, às vezes procurando explicação para defasagens do sistema de saúde publico”/ “Uma possibilidade de serem ouvidas e de terem um profissional da saúde (mesmo aluno) com disponibilidade para eles, que podem então, a partir do seu próprio ambiente, expressar-se de forma mais livre”/ “A resposta que recebemos foi positiva, uma das famílias disse que nos fomos muito importante, pois fomos uma válvula de escape, uma maneira de desabafo”/ “A mulher passava bastante tempo sozinha e a nossa visita era uma distração e uma oportunidade de conversar e desabafar”/ “Algumas gostam por poder ter um tempo para conversar, desabafar”/ “Acredito que minha visita domiciliar representou um ponto de apoio e comunicação para a família, além de lazer (visito um casal de idoso que parece adorar as visitas domiciliares)”/ “Momento de conversar e expor suas angustias”/ “Acredito que as famílias ficaram satisfeitas com as visitas, para muitas era um momento de distração, no qual podiam falar sobre seus problemas, suas afeições, dúvidas...”/ “Embora nenhuma das famílias tenha expressado má vontade, houve vezes em que senti que a visita era um incômodo”/ “Significaram pouco, principalmente na família em que a mãe não ficou confortável (ou pelos menos demorou p/ficar confortável). Eu sinto que, apesar de todo o trabalho que fazemos, não oferecemos nada e estamos sendo um incômodo”/ “Sinceramente acho que não fez muita diferença na vida dessas famílias, acho que podemos tirar muito mais proveito deles do que eles da gente”/ “Para a minha família representa pouco pelo fato de não expressar muito interesse pelo IUSC”/“Representou um incômodo”/ “Na verdade, acho que pouco acrescentou a elas, devido ao pouco preparo que temos nos primeiros anos. A falta de experiência clínica dificulta uma abordagem mais integral e completa que pudesse atender as expectativas da família visitada”/ “Representou incômodo. Não acredito que a família estava realmente disposta a nos receber”/ “As visitas domiciliares não representaram nada para a família visitada. Nesse ano, houve uma recusa por parte da família em nos receber, então acredito que as visitas representaram um incômodo”/ “Para a outra família creio que não representaram muito, pois não tivemos um retorno dela”/ “Em alguns casos, invasão de privacidade”./“Uma ponte na comunicação entre USF e famílias”/ “Acredito que para a família representa uma forma de estar ligada a profissionais da saúde e aos serviços do SUS, pois ela pode comunicar aos alunos suas dificuldades, reclamações e mesmo elogios e isso pode ser repassado na UBS”/ “Representaram uma fonte de atenção e cuidado por parte do sistema de saúde que os abrange”/ “Podem ter representado uma atenção maior dos profissionais da saúde com a própria família e uma forma de ganhar educação em saúde”/ “Eles se sentiram mais próximos do serviço de saúde, embora nos não fossemos capazes de atendê-los como eles pensaram que seriam (como conseguir vantagens

Respostas dos alunos do curso de Medicina sobre o que eles consideram que as Visitas Domiciliares representaram para as famílias acompanhadas .

de atendimento na UBS ou UNESP)"/"Acredito que as famílias se sentiram valorizadas e lembradas, sobretudo porque a realidade da saúde no Brasil é marcada pelo abandono e pelas falhas no atendimento domiciliar"/ "Visitas representaram para as famílias uma demonstração de que as famílias não são esquecidas no sistema de saúde brasileiro, demonstrando a preocupação do sistema com cada família"/ "Não sei ao certo o que nos acrescentamos a família, talvez a oportunidade de ser ouvidos e repassar seus problemas para o PSF, além do simples convívio conosco criando um laço pelo convívio – na última visita nossa família disse que sentira nossa falta e que seremos sempre bem vindos em sua casa"/ "Uma chance de contato maior com a unidade de saúde e a própria UNESP"/ "Acredito que representaram uma aproximação com o sistema de saúde"/ "Acredito que talvez significaram para elas uma real presença e demonstração de melhora do sistema de saúde"/"Penso que representou uma forma de serem assistidos pelo serviço de saúde"/ "Senti que aproximou mais a família da UBS"/"É uma forma de mostrar que a faculdade se preocupa em formar profissionais para o SUS"/ "Representou uma preocupação de uma instituição de saúde na formação dos profissionais da área e com as condições de saúde da comunidade"/ Elas se sentem ajudando os alunos em suas formações profissionais a partir de suas realidades e condições de vida"/"Pode-se perceber que as famílias gostam de receber as visitas"/ "Penso que representamos uma forma de apoio às famílias, uma forma de levar o conhecimento e informação necessários a uma melhor promoção da saúde tanto do bebê quanto da família"/ "Me pareceu que a família gostava das visitas"/ "Minha visita domiciliar imagino que tenha causado uma impressão de satisfação a visitada. Que nos disse que se considera privilegiada em receber visitas e que nenhuma de suas vizinhas são visitadas pela faculdade"/" A família que visitei declarou gostar muito das visitas domiciliares. As crianças e a mãe, sempre esperaram pelas visitas dos alunos"/ "Acredito que para uma das famílias as visitas foram positivas, pois o comportamento da mãe se torna cada dia melhor e ela aceita e agradece nossas intervenções"/ " Acho que elas gostam, pois já disseram que sempre esperam a nossa visitas"/ "Elas representaram um interesse maior ao cuidado à saúde. As informações colaboraram para uma melhor condição de vida e um pensamento sobre prevenção à saúde"/"Acredito que as visitas representaram para as famílias uma forma de ajudar os alunos em sua formação"/ "Foi possível perceber também que eles sentem e entendem a participação que tem em nossa formação. Em alguns poucos momentos tenham sentido-se acuados com a relação a perguntas feitas que poderiam estar avaliando a conduta deles com seus filhos e familiares"/ "As pessoas que visitei estavam cientes do seu papel na formação de novos profissionais da saúde. Elas entendiam que estávamos lá para ouvir o que elas tinham a dizer e também para aprender a conversar com as pessoas"/ "Acredito que a família que acompanhei reconhece nas visitas domiciliares a entrada da Universidade no seu contexto social , mas não acredito que o contrário seja verdadeiro, não há uma inclusão efetiva da família na Universidade: essa relação restringe-se ao uso do HC"/"Sentem-se assistidas"/ " Outras por se sentirem efetivamente assistidas"/ " Eu acredito que as famílias se sentiram com a oportunidade de receber ajuda, porém esta pode ter sido não muito aproveitada por ambos os lados"/ "Acredito que

Respostas dos alunos do curso de Medicina sobre o que eles consideram que as Visitas Domiciliares representaram para as famílias acompanhadas .

as visitas são uma forma de a família se sentir cuidada pela assistência da saúde”/ “Mas creio que numa perspectiva mais otimista, talvez as visitas tenham significado uma atenção especial aquelas famílias, como uma forma de reconhecimento daquelas pessoas como parte importante de uma sociedade e não como mais um dado estatístico”/ “Quando me despedi da família eles pareceram muito gratos pelas visitas”/ “ No meu entender a visita domiciliar, representou um parecer de um acompanhamento médico à criança embora a família compreendesse que nos éramos apenas estudantes de medicina, não exigindo muito de nós”/ “Ter alguém os visitando é uma forma deles se sentirem mais acolhidos”/ “Criamos um vínculo com a família mas não conseguimos contribuir muito para a saúde”/ “Não tenho muito claro o significado de nossas visitas para a família, mas percebo que há um bom acolhimento e boa vontade em nos ajudar, as pessoas sabem que somos estudantes e não temos muito a oferecer”/ “Representaram para as famílias um leque de sensações: receio da invasão de privacidade/ medo do julgamento/ momento para conversa informal/possibilidade para queixas e perguntas de cunho médico/conforto pela sensação de “monitoramento” médico-social/alegria por serem objeto de atenção de alguém”/ “Acredito que a família goste de ser visitada, sintam-se acolhida”.

Obs: Cada aluno pode ter dado mais de uma resposta