

MARIA REGINA PIRES ULIANA

**O ENSINO DE GRADUAÇÃO MÉDICA NA COMUNIDADE:
VIVÊNCIAS E PERCEPÇÕES DE ALUNOS DA FACULDADE DE
MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP**

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.

Orientador: Prof. Dr. Antonio de Pádua Pithon Cyrino

**BOTUCATU (SP)
2010**

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

Uliana, Maria Regina Pires.

O ensino de graduação na comunidade: vivências e percepções de
alunos da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP / Maria Regina
Pires Uliana. – Botucatu, 2010

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

Orientador: Antonio de Pádua Pithon Cyrino

Assunto CAPES: 40100006

1. Educação médica.

Palavras-chave: Ensino médico na comunidade; Humanização; Pesquisa
qualitativa.

Dedico o resultado de todo meu esforço para elaboração deste trabalho, a estas duas pessoas, professoras ímpares,

Profa Dra. Águeda Beatriz Pires Rizatto

e

Profa Dra. Eliana Goldfarb Cyrino

que contribuíram substancialmente com a formação que tenho hoje como Médica, Pediatra e Profissional da Saúde.

AGRADECIMENTOS

Ao meu querido filho Lauro,

pela paciência (e também pela falta dela) nos tantos dias e nas incontáveis horas que dispensei para meus estudos.

Aos meus pais Angelo e Maria Terezinha e familiares,

pela oportunidade de cultivarem em mim seus valores e suas qualidades, mostrando assim as diferentes maneiras de olhar a vida.

A Silvana,

minha secretária do lar, que muito me auxiliou nos “bastidores” para que este estudo se concretizasse.

A Márcia,

minha psicóloga dos tempos difíceis, que sempre acreditou que eu pudesse realizar este projeto de vida.

Ao meu orientador,

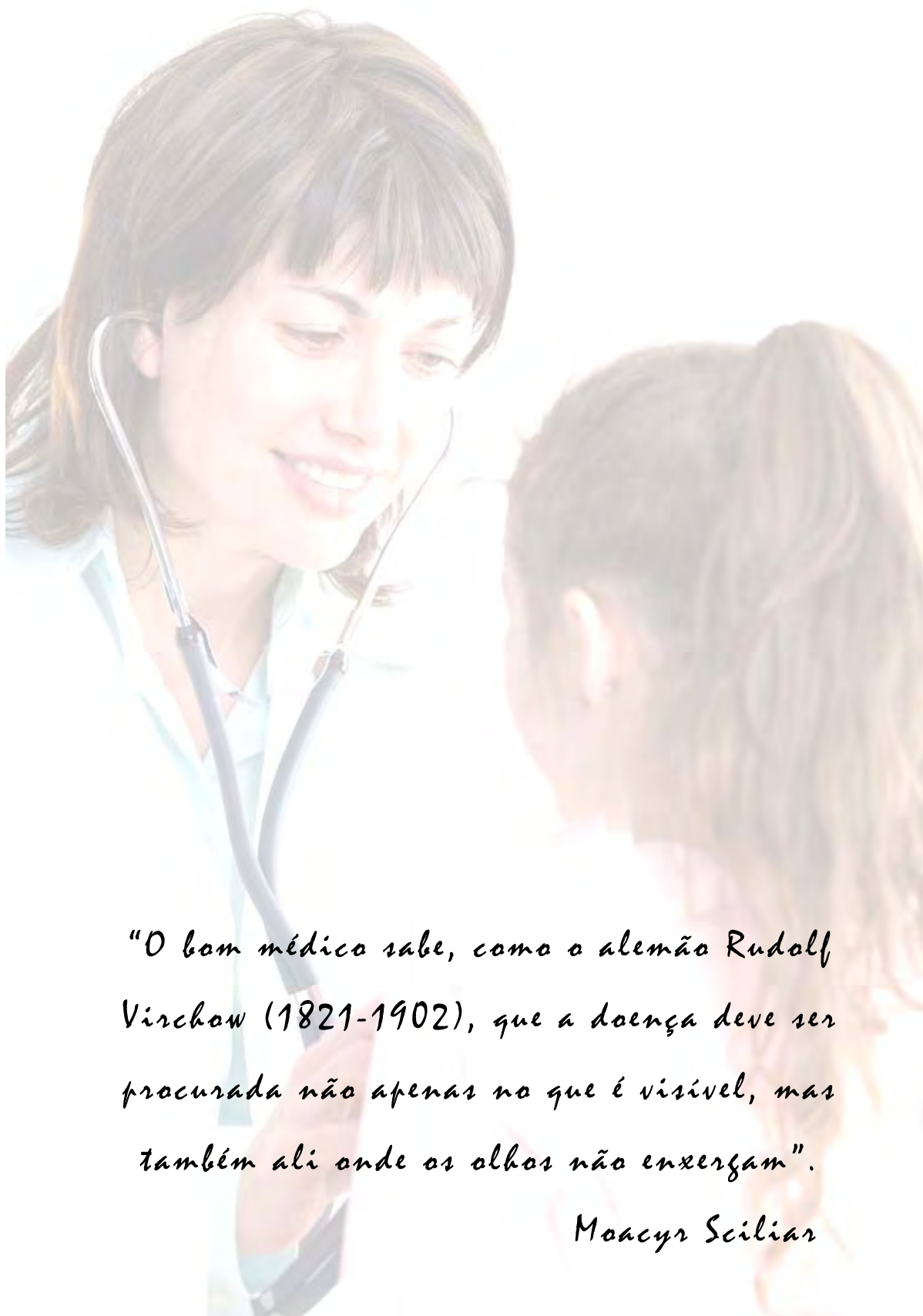
especialmente pelas discussões de ensino médico, as quais contribuíram fortemente para o meu entendimento, de fato, do que realmente é “novo” nesse campo.

A todos os alunos

que se dispuseram a fazer parte dessa pesquisa.

E a todos os meus amigos, colegas e professores

que direta e indiretamente me ajudaram a persistir nesse caminho.



"O bom médico sabe, como o alemão Rudolf Virchow (1821-1902), que a doença deve ser procurada não apenas no que é visível, mas também ali onde os olhos não enxergam".

Moacyr Sciliar

O ENSINO DE GRADUAÇÃO MÉDICA NA COMUNIDADE: VIVÊNCIAS E PERCEPÇÕES DE ALUNOS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP

RESUMO

A Faculdade de Medicina de Botucatu-Unesp há 40 anos desenvolve práticas de ensino de graduação médica na comunidade, no âmbito da atenção primária à saúde. Essa experiência se fez sob distintas influências, dentre as quais se podem destacar os movimentos de reforma médica da Medicina Integral e da Medicina Comunitária, nas décadas de 1960 e 1970. Já nos anos 1990 o ensino foi influenciado pelo Programa UNI e, na última década, exerceram papéis relevantes as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de medicina e o papel indutor do Ministério da Saúde, por meio dos programas de incentivo às mudanças curriculares: Promed e Pró-Saúde. Nesse contexto, em 2003, a Faculdade Medicina de Botucatu implanta experiência de ensino na comunidade para alunos do 1º ao 3º ano de graduação - o Programa de Interação Universidade, Serviço e Comunidade (IUSC), que é orientado pelos princípios da integralidade e humanização e por inovações pedagógicas. Este estudo tem por objetivo compreender os significados e percepções de alunos que cursaram o IUSC e caracterizar sua proposta pedagógica à luz dos movimentos mais recentes de reforma na educação médica. Para tanto, realizou-se estudo de natureza qualitativa com a primeira turma de alunos que cursaram o IUSC, quando já estavam no 6º ano médico, por meio de três grupos focais, e pesquisa documental a respeito do projeto e operacionalização do IUSC. Os conteúdos obtidos nos grupos focais foram transcritos e submetidos a análise temática. O estudo documental do IUSC mostrou sua criação sob influência de políticas públicas de indução de reorientação da educação médica no país, as quais viabilizaram, em parte, a sustentação financeira e política do programa. Sua operacionalização fez-se adotando-se como modelo pedagógico a problematização. Os resultados obtidos mostram que, para os alunos, a visita domiciliar foi a atividade prática mais significativa experimentada no curso, embora tenha produzido percepções contraditórias sobre sua relevância para a formação médica. Reconheceram que a vivência na comunidade permitiu-lhes descortinar a realidade das periferias urbanas e desafiou-os a lidar com a diferença. Expressaram sentimento de impotência diante das condições de vida das famílias e frustração frente à limitada capacidade que possuíam para intervir nessa realidade. Houve dificuldade dos alunos para aceitarem o conhecimento que mães e famílias possuíam sobre práticas de cuidado à saúde, as quais eles próprios, muitas vezes, desconheciam. Ao mesmo tempo perceberam que as visitas aprimoraram suas habilidades de comunicação com as famílias e que, ao revisitarem os bairros, em estágio no sexto ano, puderam requalificar diversas percepções sobre a experiência do IUSC e compreender quanto é importante o conhecimento sobre a família e a comunidade para uma adequada atenção à saúde. Enfim, pode-se reconhecer, nas falas dos alunos a respeito de suas vivências e percepções, que a experiência foi significativa, e ofereceu aos alunos um cenário desafiador e potente para uma prática orientada por pedagogia problematizadora.

Palavras-chave: Educação Médica, Ensino Médico na Comunidade, Pesquisa Qualitativa, Integralidade, Humanização, Promed, Pró-saúde.

MEDICAL GRADUATION TEACHING IN THE COMMUNITY: EXPERIENCES AND PERCEPTIONS OF STUDENTS OF THE MEDICAL SCHOOL OF BOTUCATU - UNESP

ABSTRACT

For 40 years the Medical School of Botucatu-Unesp has been developing teaching practices of medical graduation in the community concerning the primary health care. This experience has been influenced by different factors such as the movements of medical renovation of Comprehensive Medicine and Community Medicine, in the 60s and 70s. UNI Program influenced this practice in the 90s; in the last decade two programs played an important role in the medical courses: the National Curriculum Directions and the inducing role of the Health Ministry, through programs which motivated curricula changes like Promed and Pro-Saúde. In such context, in 2003, the Medical School of Botucatu implemented the experience of community teaching for students of the first and third years of graduation – the Program Interaction University, Service and Community (IUSC), guided by the principals of comprehensiveness and humanization and by pedagogical innovations. This study aimed to understand meanings and perceptions of students who studied the IUSC and to characterize its pedagogical proposal regarding recent movements of medical education renovation. This is a qualitative study with the first group of students who have done the IUSC, when they were in the sixth year, through three focus groups and documental research regarding the IUSC project and operation. The narrative obtained in the focus groups were transcribed and submitted to thematic analysis of content. The documental study of UISC showed its development under influences of public policies of induction of medical education reorientation in the country what provided the partial financial and political support of the program. Its operation adopted the problematization as the pedagogical model. The results show that, for the students, the familiar visit was the most significant practical activity experienced during the course; however, there have been contradictory perceptions about its relevance for the medical formation. They recognized that experience in community allowed them to observe the reality in urban suburbs, and challenged them to deal with this difference. Students also expressed their impotence in the face of the life conditions of the families and the frustration of their limited capacity to intervene in this reality. Students had difficulties to accept the knowledge mothers and families had about health care practices, which, many times, they didn't know. At the same time, they noticed that the visits improved the abilities to communicate with the families, and when they revisited the districts, in the sixth year, they could re-qualify several perceptions about the IUSC experience and recognize how important is the knowledge about the family and community for an appropriate health care. Finally, it is understood that, based on the students' narratives of their experiences and perceptions, that the experience was significant and offered students a scenery that is challenging and powerful for a practice guided by problematizing pedagogy.

Keywords: medical education, medical teaching in the community, qualitative research, comprehensiveness, humanization.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1.** Síntese dos 40 anos de ensino médico na comunidade na FMB-UNESP.
- Quadro 2.** Grupos Focais Quanto às características das reuniões, FMB-UNESP, 2008.
- Quadro 3.** Grupos Focais quanto a características dos sujeitos da pesquisa, FMB-UNESP, 2008.
- Quadro 4.** Cronograma de atividades previstas para a operacionalização do Programa IUSC, em 2003.
- Quadro 5.** Objetivos gerais propostos para o Programa IUSC, em seus três primeiros anos de implantação.
- Quadro 6.** Síntese dos principais aspectos do IUSC na sua idealização e durante sua concretização.

LISTA DE ANEXOS

- Anexo 1** A estrutura do currículo médico da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP em 2008.
- Anexo 2** Roteiro do Grupo Focal com os estudantes.
- Anexo 3** Tabela de caracterização sócio-econômica dos alunos ingressantes no curso médico da FMB, segundo informações da ficha de inscrição no vestibular de 2003.
- Anexo 4** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos alunos participantes da pesquisa.
- Anexo 5** Tabelas de objetivos e atividades do IUSC nos três primeiros anos de implantação (1º ano – 2003, 2º ano - 2004, 3º ano - 2005).
- Anexo 6** Tabelas de objetivos e atividades do IUSC do 1º, 2º e 3º anos de graduação, no ano de 2008.
- Anexo 7** Programas de Atividades do IUSC específicos para os três primeiros anos de implantação (1º ano - 2003).

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
CSE	Centro de Saúde Escola
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
FCMBB	Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu
FMB	Faculdade de Medicina de Botucatu
IDA	Integração Docente Assistencial
I/H	Integralidade / Humanização
IUSC	Interação Universidade, Serviços e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
MEC	Ministério da Educação e Cultura
NAP	Núcleo de Apoio 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
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESP	Universidade Estadual Paulista
UNI	Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde - União com a Comunidade
USF	Unidade de Saúde da Família
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

RESUMO	
ABSTRACT	
LISTA DE QUADROS	
LISTA DE ANEXOS	
LISTA DE ABREVIATURAS	
INTRODUÇÃO E OBJETIVOS.....	11
CAPÍTULO 1. MOVIMENTOS DE REFORMA DA EDUCAÇÃO MÉDICA E O ENSINO NA COMUNIDADE.....	15
CAPÍTULO 2. 40 ANOS DE ENSINO NA COMUNIDADE NA FMB.....	28
CAPÍTULO 3. METODOLOGIA.....	40
a. O campo da pesquisa.....	40
b. Instrumentos de coleta de dados.....	42
c. Os participantes da pesquisa.....	47
d. Aspectos éticos.....	48
CAPÍTULO 4. UM OLHAR SOBRE A EXPERIÊNCIA DE ENSINO DE GRADUAÇÃO MÉDICA NA COMUNIDADE.....	50
1. O Programa IUSC: da formulação à implantação.....	51
1.1. O contexto de sua formulação.....	51
1.2. A proposta encaminhada ao Promed.....	52
1.3. A operacionalização do Programa IUSC.....	55
1.4. A consolidação do IUSC como disciplina curricular.....	63
Discussão.....	66
2. A escolha profissional e o curso médico.....	75
2.1. Ser médico: a escolha profissional.....	75
2.2. A vivência da graduação médica na FMB.....	81
Discussão.....	87
3. Vivências e percepções dos alunos no Programa Interação Universidade Saúde e Comunidade (IUSC).....	93
3.1. A Visita Domiciliar.....	93
3.2. A Educação em saúde na comunidade.....	107
3.3. Revisitando o IUSC no 6º ano.....	110
3.4. Os Grupos Focais como unidades de análise.....	115
Discussão.....	121
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	127
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	132
ANEXOS.....	146

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

É expressiva a insatisfação dos usuários dos serviços de saúde, públicos ou privados, sobre a maneira impessoal e ultra técnica que assumiu a prática médica nas últimas décadas, sendo que a dimensão mais destacada na presente crítica se refere às dificuldades relacionadas ao “cuidar” da pessoa.

Essa delicada questão tem sido tratada tanto pela mídia quanto pelos periódicos científicos, sobre os mais variados conteúdos e recortes, há pelo menos cinco décadas. Nesse sentido, é exemplar, a este respeito, estudo canadense que mostra que 65% dos pacientes são interrompidos por seus médicos 15 segundos após o início da consulta (SIMPSON et al., 1991).

Em consonância com esses resultados, Caprara e Rodrigues (2004) apontam que, em unidades de saúde da família do Ceará, o tempo médio de uma consulta médica é de nove minutos, e cerca de 90% dos médicos não exploraram os medos e ansiedades vividos pelos pacientes.

Esses são pequenos exemplos que mostram algumas das faces da desumanização da Medicina, e que associados a outras dimensões, como o aumento global dos custos da assistência, compõem algumas das transformações estruturais do exercício profissional do médico nos últimos 50 anos, marcado pela passagem da medicina artesanal ou liberal em tecnológica (SCHRAIBER, 1993; NOGUEIRA, 2007).

Nesse período, ganha destaque a *“tese da inadequação da formação profissional”* como principal responsável por este “mal-estar” na assistência médica, o que tem impulsionado diferentes movimentos e iniciativas de reforma mais orientadas para mudanças na educação dos profissionais de saúde, especialmente dos médicos (SCHRAIBER, 1989).

Nesse sentido, diferentes movimentos de reforma curricular buscaram influenciar a escola médica sob diferentes perspectivas técnico-políticas e ideológicas. A primeira delas - Medicina Integral e Preventiva - já na década de 1950, difunde um forte ideário de ensino orientado para

tomar o paciente como totalidade biopsicossocial. Desde então, essa temática da recomposição da fragmentação do cuidado (ou da integralidade) e do “ensino junto à família e a comunidade” tem sido tratada sob óticas diversas, talvez tendo como elemento comum a formação de um médico que seja capaz de superar, em seu trabalho, os problemas que abriram a presente introdução.

No Brasil, em tempos mais recentes, essas questões voltaram ao debate, numa conjuntura política de redemocratização, marcada por relevantes mudanças, dentre as quais cabe destacar: a conformação de um novo contexto jurídico-político no interior do campo da saúde, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988.

No campo da educação dos profissionais de saúde, foi relevante a definição das novas Diretrizes Curriculares Nacionais em 2001 e, também, as políticas públicas de reorientação do ensino de graduação das ciências da saúde. Estas últimas dizem respeito a um protagonismo inédito na história da formação desses profissionais, na qual o Ministério da Saúde e da Educação buscam influenciar fortemente esse processo mediante programas como: o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed), em 2002; o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), em 2006, e, mais recentemente, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde), em 2008 (BRASIL, 2002; 2007).

Nesse contexto, as escolas médicas têm sido provocadas a reorientarem seus currículos com diferentes propósitos, entre os quais se destacam: a diversificação de cenários de ensino, particularmente a valorização de espaços na comunidade; a incorporação de conteúdos de ciências sociais e humanas, e a perspectiva de uma formação generalista, de modo que se recupere, em alguma proporção, a *integralidade* e a *humanização* da prática médica (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007; MATTOS, 2001; VAITSMAN, 2005).

É sobre este universo que o presente estudo se dirige, ao examinar a experiência singular de ensino na comunidade - o Programa

de Interação Universidade, Serviço e Comunidade (IUSC), desenvolvido há sete anos na Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB-UNESP), e que tem como eixos norteadores: a integralidade e a humanização do cuidado. Ele foi estruturado com o objetivo de desenvolver, nos estudantes, maior compreensão do que seja saúde, *“enquanto política pública da sua formação, enquanto futuro profissional desta área, do seu compromisso histórico como cidadão enquanto habitante deste país e como parte integrante da construção histórica da sua história”*, tendo como cenário privilegiado de ensino-aprendizagem os espaços da Atenção Primária à Saúde: o território e seus equipamentos de atenção à comunidade (CYRINO et al., 2007, p.9).

Esta investigação busca dar voz aos principais sujeitos desse processo: os alunos de graduação médica que vivenciaram o início do IUSC durante os três primeiros anos de formação.

Assim, este trabalho tem como **objetivo geral**:

- Compreender os significados e percepções de graduandos de medicina em relação ao programa de ensino na comunidade – IUSC, desenvolvido pela Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB- UNESP).

São, por sua vez, definidos como **objetivos específicos** da pesquisa:

- Caracterizar o IUSC quanto a sua proposta pedagógica, buscando compreendê-lo à luz dos movimentos recentes de reforma da educação médica.
- Analisar as narrativas dos alunos quanto à percepção e significado do IUSC e contrastá-las com a proposta pedagógica existente.

Espera-se, com a análise da experiência do IUSC na FMB, ampliar a compreensão sobre o ensino na comunidade nessa instituição, com base no estudo deste caso singular, enquanto uma “aposta pedagógica” que busca “benefícios concretos para a saúde da comunidade, para a educação dos profissionais de saúde e para o

desenvolvimento do SUS” (CYRINO et al., 2005a, p.27).

Ao mesmo tempo, pretende-se, com este estudo, contribuir para a compreensão do movimento mais geral que tem se produzido, em tempos recentes, de reorientação da educação médica no Brasil, especialmente esta nova ênfase dada ao ensino na comunidade como cenário relevante para a formação das profissões de saúde.

Capítulo 1

MOVIMENTOS DE REFORMA DA EDUCAÇÃO MÉDICA E O ENSINO NA COMUNIDADE

Nos últimos 60 anos, diversos projetos de reforma médica influenciaram processos de mudança nas escolas médicas da América Latina ao reconhecerem, dentre outros problemas, a necessidade de se fazer frente à inadequação da formação profissional diante das necessidades de saúde da comunidade.

Neste capítulo, procura-se descrever aqueles movimentos ou projetos que buscaram modificar a formação dos profissionais da saúde no Brasil, especialmente a de médicos, e que tiveram, como uma de suas estratégias de mudança, a prática junto à família e a comunidade.

A Medicina Integral e Preventiva

No início dos anos 1950, a medicina já caminhava para um avanço tecnológico com o desenvolvimento de diversas áreas do conhecimento e com a disseminação dos novos saberes permeando o exercício da prática médica.

Nesse período, especialmente em países da América Latina, também se intensificavam as discussões sobre algumas questões relacionadas ao ensino médico, ganhando destaque a preocupação com a postura desses profissionais diante de seus pacientes e diante da futura prática.

A questão criticada com mais ênfase era a de que, cada vez mais, as escolas médicas traziam uma formação fragmentada, dificultando o reconhecimento das necessidades mais abrangentes do paciente.

Segundo Mattos (2001), essa preocupação se justificava pelo fato de os médicos estarem “inseridos num sistema que privilegiava as especialidades médicas, construídas em torno de diversos aparelhos ou sistemas anátomo-fisiológicos, de modo que os profissionais tendiam a recortar analiticamente seus pacientes...” (MATTOS, 2001, p.40).

Tal inquietação a respeito da inadequação da formação do médico frente aos problemas e necessidades de saúde da população se traduziu no Movimento da Medicina Integral e Preventiva que, segundo Donnangelo (1975) e Arouca (2003), foi iniciado nos Estados Unidos. Nesse país, particularmente, o movimento representou, além da busca por novos ideários na formação médica, uma proposta político-ideológico de cunho liberal para a intervenção do Estado na regulação da assistência médica.

A difusão das ideias da Medicina Integral e Preventiva para os países da América Latina se deu no final dos anos 1950 e início de 1960, por meio da Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Nesse processo o destaque dado pelo movimento foi, sobretudo, a respeito do modelo de ensino médico fragmentado e desconectado da prática que orientava a formação dos profissionais à época (CYRINO, 1993; ALVARENGA, 2005).

A Medicina Integral passa, assim, a influenciar as escolas médicas por meio do ideário da Medicina Preventiva, onde o ensino deveria contemplar uma visão do indivíduo como unidade biopsicosocial, reorientando a atitude do médico para que sua prática de atenção superasse o caráter fragmentário e ampliasse a abordagem das necessidades do indivíduo, denominada “atitude integral” (CYRINO, 1993; MATTOS, 2001).

O desenvolvimento dessa postura profissional, a ser obtida na escola médica, tinha por base uma atuação em que se apreendesse globalmente a complexidade do paciente, atingindo-se, assim, a família.

Para Donnangelo e Pereira (1979), essa atitude integral tinha como eixo principal a reorientação interna do ato médico, buscando, em cada profissional, um agente da reforma médica. Tais autores destacam ainda, que esse modo de pensar a organização do próprio ensino médico acabava por preparar a base para sua própria institucionalização nas escolas, visando formar médicos que incorporassem, na sua prática, as ações de prevenção de doenças.

É nessa perspectiva que se estrutura uma nova disciplina curricular dentro dos Departamentos de Medicina Preventiva e, passa a ser incorporada rapidamente aos currículos das escolas médicas em diversos países, com grande adesão na América Latina (ALVARENGA, 2005).

Nesse período, algumas escolas médicas além de se preocuparem com os conteúdos da formação profissional mais integral, passaram também a inovar seus espaços de ensino, de modo que os alunos pudessem perceber, na prática diária, a própria atitude integral.

Com isto houve uma reorientação para a utilização de novos cenários de ensino, especialmente na comunidade, ao se buscar o rompimento com a visão fragmentada da medicina e o uso dos hospitais como únicos locais para a formação dos médicos. No Brasil, a partir da década de 1960, surgiram as primeiras experiências de ensino mais junto à família e a comunidade, tendo sido realizada, pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, uma das primeiras experiências desse ensino extramuros, no município de Cássia dos Coqueiros, e, também, na Faculdade de Medicina de Botucatu, em 1970, em um bairro rural da cidade (CERQUEIRA FILHO, 1987).

Medicina Comunitária

A Medicina Comunitária foi outro movimento que influenciou a educação médica na América Latina ao final dos anos 1960 e início de 1970. Essa proposta incorporou elementos dos movimentos da Medicina Integral e Preventiva, porém “não se introduz como um novo campo conceitual, mas assenta, em princípios já elaborados no interior daquelas propostas, o seu projeto nuclear: uma estratégia de prestação de serviço a população” (DONNANGELO; PEREIRA, 1979, p.75).

De acordo com Donnangelo (1979), a Medicina Comunitária, que também ocorreu inicialmente nos EUA na década de 1960, agregou às propostas anteriores a oferta de serviços de saúde a grupos sociais

excluídos do cuidado médico. Para isso, contou com medidas destinadas a financiar assistência médica àqueles que não se caracterizavam como consumidores.

Ao mesmo tempo, para as escolas médicas, permaneceu a responsabilidade de elaboração e experimentação de modelos organizacionais de saúde servindo, também, para prestação de serviços à comunidade.

Na América Latina, onde a presença do Estado na Saúde tinha mais importância, esse movimento influenciou a experimentação de novos modelos de organização da assistência de modo mais extensivo.

Embora a Medicina Comunitária tivesse seu foco em modelos de atenção à saúde, procurou também apontar a inadequação da formação médica e, juntamente com as ideias da medicina Integral e Preventiva, as escolas médicas passaram então a buscar novos espaços de ensino, com a ampliação de experiências de ensino junto à comunidade.

De acordo com Ceccim e Carvalho (2006), essa inadequação também se atribuía à formação dos profissionais de saúde ainda muito enraizada dentro do paradigma biologicista (da anatomoclínica e da fisiopatologia), o qual coloca o hospital como lugar da doença e da cura, mais preconizado para o ensino.

E assim, com base nos pressupostos desses movimentos, a educação médica vai assumir nova proposta de mudança, norteadas para o desenvolvimento de novos campos de práticas, por meio de serviços experimentais próprios ou utilizando os serviços de saúde já existentes no local.

Durante esse período, final da década de 1960 e início dos anos 1970, no Brasil, há uma adesão das escolas médicas às proposições desses movimentos reformadores, sobretudo por meio dos Departamentos de Medicina Preventiva, que vão organizar esses novos espaços de prática médica no sentido de permitir um ensino extramuros mais próximo à família e à comunidade – o ensino médico na comunidade

(CYRINO, 1993; ALVARENGA, 2005).

Os Departamentos passam, então, a adotar diretrizes destinadas à formação de um médico portador das novas atitudes “preventivistas” e, também, o desenvolvimento de uma vinculação com a comunidade, onde esse envolvimento resultaria em assistência médica integral para as pessoas da comunidade e, ao mesmo tempo, esse espaço extramuro serviria de verdadeiro laboratório para o ensino e a pesquisa dos aspectos ecológicos e sociais da medicina e, ainda, permitiria o “contato” do estudante com a realidade social dos pacientes. Contato esse que bastaria para gerar uma “consciência” do social e completar a visão de integralidade do indivíduo, como totalidade biopsicossocial (ALMEIDA, 1997; AROUCA, 2003).

Segundo Arouca (2003), essa experiência em um espaço mais amplo do que aquele restrito ao hospital-escola permitiria que o externo (social) fosse internalizado no estudante – “idéia de inculcação (incorporação, conscientização)”. E que o simples contato transformaria o futuro profissional num agente de mudança daquela realidade vivida. Dessa maneira, esse conceito abordaria simultaneamente “o papel de consequência e solução, de tal forma que a ausência da atitude preventivista seria efeito de um contato com uma realidade restrita, recortada, e a incorporação dessa atitude requereria um contato ampliado” (AROUCA, 2003, p.189).

A operacionalização de todos esses conceitos, iniciada por meio dos Departamentos de Medicina Preventiva, é realizada nas mais diferentes formas de visitas: a domicílios, a instituições de saúde pública, a órgãos de saneamento etc. E, portanto:

“a comunidade seria o verdadeiro laboratório no ensino médico, semelhante à enfermaria hospitalar, mas em contato com os doentes e suscetíveis na vida real, no domicílio, nas escolas, nas fábricas, etc., sem os critérios de admissão hospitalar” (AROUCA, 2003 apud Encontro de Docentes de Medicina Preventiva, 1970, p.190).

Dentro dessas proposições, inúmeras experiências de ensino na comunidade foram desenvolvidas no Brasil, nas décadas de 1970 e 1980, cabendo destacar a conhecida experiência do internato rural em Montes Claros (Minas Gerais), pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), e a criação dos Centros de Saúde Escola no estado de São Paulo, enquanto parceria entre a Secretaria de Estado da Saúde e diferentes instituições de ensino superior, tais como a Faculdade de Medicina de Botucatu e as Faculdades de Medicina da USP, em São Paulo e Ribeirão Preto (Cyrino, 2002).

Na década de 1970, outra estratégia proposta para estimular a integração entre as escolas médicas e os serviços locais de saúde se destacou - o ideário da “integração docente-assistencial (IDA)” – que, segundo Almeida (1997), estabeleceu-se como uma proposta pedagógica que se destinava a substituir os “laboratórios de comunidade” utilizados pela maioria dos departamentos de Medicina Preventiva como campo de prática na comunidade.

Para Chaves e Kisil (1999), a IDA constituiu, também, uma das tendências da formação em recursos humanos, destacando a necessidade do desenvolvimento sincrônico de dois processos: o de modernização administrativa do setor saúde e o de inovação educacional na área das profissões de saúde.

Projeto UNI - Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde - União com a Comunidade

No início dos anos 1990, a Fundação Kellogg propõe o Programa UNI (Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde - União com a Comunidade), tendo como proposição central a relação de parceria entre a universidade, os serviços locais de saúde e a comunidade. Seus objetivos se concentravam, desse modo, em três aspectos: a) contribuir para a reorientação da formação profissional ao

nível dos cursos de graduação; b) fortalecer a construção dos sistemas locais de saúde; c) promover o desenvolvimento comunitário em matéria de saúde. O Projeto UNI envolveu 23 cidades da América Latina, seis delas no Brasil (Botucatu, Marília, Londrina, Natal, Salvador e Brasília) (ALMEIDA, 1997).

Almeida, Feuerwerker e Llanos (1999) destacam que essa “rede” serviria como base sobre a qual deveriam estar fundados os processos de transformação da educação dos profissionais e do sistema de saúde. Até então, esses atores estabeleciam, entre si, relações bilaterais, expressas pela IDA, pela Extensão Universitária e pela Atenção Primária à Saúde (Serviços-Comunidade). O UNI se propunha, em contraposição, a articular esses três atores num sistema mais complexo e orientado para a inovação das práticas de saúde e da formação profissional.

A Reforma Sanitária, o SUS e as Políticas Públicas de incentivo a mudanças curriculares

Com o processo de redemocratização política no Brasil nos anos 1980 e a articulação de inúmeros movimentos sociais, “com ampla participação de técnicos e intelectuais de saúde”, foi possível o surgimento do “movimento da reforma sanitária, grande responsável pelas conquistas jurídico-políticas inscritas em nossa Constituição, dentre as quais destaca-se o reconhecimento da saúde como direito social” (CYRINO, 2005, p.18).

Com a Reforma Sanitária Brasileira consolida-se um novo sistema de saúde para o país - o Sistema Único de Saúde, com a aprovação da Constituição Federal de 1988. E assim, as ideias de ampliação de espaços extra-hospitalares para ensino médico ganham sustentação, pois o SUS, regido pela constituição nacional, traz a ampliação do acesso aos serviços de saúde para a população juntamente com a necessidade de construção de uma rede “básica de saúde” nos

municípios.

No que tange à questão da formação de recursos humanos para o SUS, a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 1990, já previa meios que contemplassem a formação dos recursos humanos na área da saúde, além de resgatar as questões sobre a diversificação de cenários de ensino (BRASIL, 1990).

Porém essa competência do SUS sobre ações referentes à adequação de profissionais de saúde ao mercado de trabalho só ganha substancialidade a partir do início dos anos 2000, com a elaboração, pelos Ministérios da Saúde e Educação, das novas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição (BRASIL, 2001).

A aprovação dessas diretrizes, em 2001, reforça a necessidade de mudança no modelo de ensino médico, devendo formar o profissional com o seguinte perfil:

“Médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva e; 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” (BRASIL, 2001, p.1).

De acordo com as DCN, além desse perfil do egresso, as instituições também deveriam se preparar no sentido de criarem cenários de atendimento ambulatoriais e de Atenção Básica; incorporarem a prevenção e promoção à saúde na prática dos profissionais; desenvolverem e trabalharem com metodologias inovadoras de ensino-aprendizagem, e, no que se refere, à aplicação dessa formação, que os alunos tenham uma interação com os serviços e profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária a Saúde ou Atenção Básica.

A Integralidade e a Humanização na formação médica

Todos os apontamentos colocados até agora, neste capítulo, demonstram a relevância de se considerarem os espaços comunitários para o processo de ensino-aprendizagem na perspectiva de se desenvolver uma medicina integral para a prática do futuro profissional.

Dentro dessa preocupação, o desafio colocado hoje para as instituições, especialmente pelas políticas públicas de Ensino Superior no Brasil, é justamente o de trabalhar com uma formação médica voltada tanto para a integralidade, como para o desenvolvimento do exercício profissional mais humanizado.

Assim, no início dos anos 2000, acentua-se o interesse de escolas médicas sobre tais conceitos, as quais passam a buscar e desenvolver repertórios teóricos e práticos da integralidade e humanização do cuidado médico, sobretudo quando se pensa em conteúdos que possam subsidiar o ensino “na comunidade” e “para comunidade”.

Porém é necessário que se entenda que as concepções sobre esses temas perpassam inúmeras interpretações e significados que serão aqui tratados, de maneira que o leitor possa compreender seus diversos sentidos dados por autores que estudam os referidos temas.

Em relação à integralidade, Pinheiro e Ceccim (2006) colocam que ensinar saúde sob essa base dá origem à própria atividade prática, à educação em ato e à educação permanente.

Esse tema é também usado para designar um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): a articulação entre diferentes dimensões da atenção à saúde prestando atendimento integral, dando ênfase às atividades preventivas, mas sem prejuízo dos serviços assistenciais (MATTOS, 2004).

A integralidade deve ser garantida, segundo documento da Secretaria de Estado de Minas Gerais, pelo pronto acesso do usuário aos serviços, os quais devem corresponder “a diferentes pontos de atenção à

saúde de uma rede horizontal coordenada pela atenção primária à saúde, ou seja, implica a operação de um sistema integrado de serviços de saúde” (MINAS GERAIS, 2004, p.51).

Ceccim e Carvalho (2006) reforçam esse conceito de acessibilidade das pessoas às ações e serviços de saúde, mas amplia o seu sentido à medida que coloca a integralidade como matéria de debate durante a formação profissional, de modo que os futuros médicos possam ampliar, em seus pacientes, o autocuidado e construir, junto com eles, os sentidos de sua saúde.

Outro significado salientado por Malta et al. (2004) se refere à compreensão da integralidade da assistência pelo acompanhamento da linha do cuidado, na qual cada usuário deveria “ser acompanhado segundo determinado projeto terapêutico instituído, comandado por um processo de trabalho cuidador, e não por uma lógica “indutora de consumo” (MALTA et al., 2004, p.443).

Toda essa reflexão relacionada ao tema de ensino médico na comunidade significa dizer que preocupar-se com a integralidade no processo de ensino-aprendizagem, especialmente no campo da Atenção Primária à Saúde, é permitir que o aluno amplie a capacidade de leitura a respeito: da rede de Serviços de Saúde no SUS, das necessidades de saúde da população, e da adequada utilização dos recursos tecnológicos secundários e terciários, quando se fizer imprescindível.

Além disso, deve ser estimulada, durante todo processo de formação do aluno, a reflexão a cerca do atendimento médico voltado para o “cuidado humano”; e não só para a assistência de doenças.

Nessa perspectiva, a humanização também é considerada como eixo norteador da formação médica, sobretudo à medida que complementa o sentido de integralidade.

Do mesmo modo, os serviços de saúde deveriam se caracterizar por ter “gente que cuida de gente” e constituir espaços de atendimento a pessoas (e não de doentes), espaços de escuta, de acolhimento, de diálogo e de “relação ética e dialógica entre os diversos

atores implicados na produção do cuidado” (HENRIQUES; PINHEIROS, 2004. p.8).

O conceito de humanização perpassa também a ideia do atendimento como uma questão de qualidade no SUS, o qual, após sua implantação, permitiu uma extensão do acesso da população aos serviços de saúde, mas a questão da qualidade da atenção sempre permaneceu como um desafio para os profissionais e gestores do sistema de saúde.

Isso pode ser exemplificado quando se acompanham os números de reclamações e as insatisfações apontadas pela clientela que utiliza os serviços de saúde, onde a relação médico-paciente caracteriza-se como um dos pontos críticos dessa problemática. Desse modo, fica evidente a necessidade de se discutirem questões relacionadas ao processo de humanização tanto nos espaços de formação profissional quanto naqueles destinados à assistência.

Segundo Vaitsman e Andrade (2005), a ideia debatida é de que o atendimento “humanizado - respeito pelo paciente, interação comunicativa, preocupação com a satisfação do usuário e do profissional, uso de valores afetivos e relações de intimidade” - possa ser resgatado e passe a orientar propostas que assegurem a proteção dos direitos humanos. Porém, essa mesma autora alerta que “o conceito de humanização pode ser objeto de distintas interpretações...” já que é recente no campo da saúde, não existindo, ainda, grande quantidade de pesquisas sobre o tema (VAITSMAN; ANDRADE 2005, p.608).

Os serviços de saúde e seus profissionais devem buscar a “intenção humanizadora” - síntese de aspirações genéricas por uma perfeição moral das ações e relações entre os sujeitos humanos envolvidos - que se traduz em diferentes proposições: “melhora da relação médico-paciente; organização de atividades de convívio, garantia de acompanhante na internação da criança; implementação de novos procedimentos na realização do parto...”, e tantas outras conjecturas (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p.563).

Deslandes (2005) entende a humanização como um conceito

ampliado, no qual há uma valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva dos sujeitos no processo de gestão, tendo como foco: as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; melhoria das condições de trabalho e de atendimento, entre outras.

Portanto, a humanização deve permear constantemente a formação profissional, sobretudo nos espaços comunitários de ensino-aprendizagem, de modo que o futuro médico possa oferecer um atendimento de qualidade, articulado aos avanços tecnológicos e com bom relacionamento médico-paciente (TEIXEIRA, 2005).

Após essa rápida descrição conceitual dos principais eixos norteadores que embasam as diretrizes do ensino médico no Brasil, e considerando, também, a influência dos outros movimentos de reforma da educação - relatados no presente capítulo - para o desenvolvimento do ensino na comunidade, sugere-se que as mudanças e transformações ocorridas nas escolas médicas, durante estes aproximadamente 60 anos, seguiram muito mais no sentido da implementação de experiências pontuais de reformas dentro dos currículos do que efetivamente reformas mais completas nas instituições de ensino médico.

É necessário, portanto, atentar para que as experiências de ensino no âmbito da rede de serviços de saúde do SUS sejam valorizadas como campos relevantes da prática médica, bem como a valorização e incorporação de conteúdos de ciências sociais e humanas nas escolas médicas.

Desse modo, o desafio colocado atualmente é pela formação de uma nova cultura pedagógica das instituições, buscando redimensionar os seus espaços de ensino. Para isto, cabe, às escolas médicas, adequarem seus currículos às novas diretrizes, buscando não somente novos locais para ensino de seus alunos, mas também prepararem recursos humanos para os modelos pedagógicos mais inovadores, além da readequação da Rede de Serviços do Município.

Diante dessa conjuntura, das novas DCN e com o apoio das

políticas públicas mais recentes, era relevante que se colocasse a iniciativa da FMB-UNESP, em 2003, na direção de reforçar o compromisso de uma formação de Ensino Superior que se aproximasse das necessidades do mercado de trabalho do futuro médico, mas também da assistência integral e humanizada à saúde da população: a proposta do Programa de Interação, Serviço e Comunidade, o IUSC – o qual será o objeto de estudo do presente trabalho.

Capítulo 11

40 ANOS DE ENSINO NA COMUNIDADE NA FMB

A Faculdade de Medicina de Botucatu,¹ instituída há 46 anos, possui em sua trajetória inúmeras iniciativas de inovação em seu ensino médico. Dentre essas experiências, destacaram-se algumas orientadas para o ensino médico na comunidade², que aqui serão recuperadas com o objetivo de apresentar a história dessas práticas, iniciadas há 40 anos.

É necessário lembrar que a FCMBB foi criada sob forte influência do movimento de reforma universitária que se desenvolvia no país, e que seus jovens professores tinham, como referência concreta, os princípios de organização da Universidade de Brasília, criada por Darcy Ribeiro em 1962. Segundo Paulo Teixeira, ex-aluno da FCMBB, muitos professores que vieram para Botucatu eram:

“pessoas que desejavam uma revisão completa da estrutura universitária [...] que defendiam uma aproximação da universidade com a população, com a saúde pública e a orientação dos currículos para questões de interesse maior da população” e também estavam “inconformados com as diretrizes, com a estrutura, com a forma de organização dos currículos” (FRANÇA, 2008, p.921).

Essa influência pode ser percebida já nos primeiros anos de instalação da FMB, quando se procurou adequar “seu plano de ensino médico às necessidades da população”, conforme declaração feita, à época, pelo próprio Diretor da FCMBB, Prof. Dutra de Oliveira:

“É preciso que o estudante de medicina tome contato com os recursos médicos existentes na comunidade, que passe a descobrir, tratar e curar o doente no seu ambiente; deve enfim,

¹ A Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu (FCMBB) foi fundada em 1963. A partir de 1976, passou a ser denominada Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), quando foi criada a UNESP – Universidade Estadual Paulista (Montelli & Magaldi, 1988).

² O termo “ensino médico na comunidade” refere-se às práticas desenvolvidas em cenários “extra-hospitalares” como campo de ensino, tais como: unidades de saúde, escolas, creches, domicílios etc.

ter sua atenção voltada um pouco mais para doentes e não só para doenças, como muitas vezes se observa no Hospital das Clínicas. E além dos doentes é necessário também que o estudante tome contato com a população em geral, onde existem pessoas doentes e sadias, não se esquecendo que a melhor medicina seria aquela com uma função social ampla” (OLIVEIRA, 1966, p.325).

Esse discurso já destacava e valorizava a necessidade de um ensino médico que desenvolvesse práticas extra-hospitalares destinadas ao contato dos estudantes *“com os recursos médicos existentes na comunidade”*, enunciando, assim, o interesse pelo desenvolvimento de um ensino mais junto à comunidade, orientado para o *“ambiente da população em geral”*, de modo a alcançar *“uma função social ampla”*.

A despeito dessas manifestações, já influenciadas pelos movimentos de reforma médica da Medicina Integral e Medicina Preventiva, a primeira iniciativa de ensino *“extra-hospitalar”*, na comunidade, só seria estabelecida em 1969 e efetivada em 1970, com a criação da Unidade Sanitária do Lageado.

Este capítulo está organizado em quatro períodos, a partir da relação existente entre as experiências de ensino na comunidade, iniciadas na FMB, e as influências de diferentes movimentos de mudança voltados às práticas de saúde. Esses períodos estão sumarizados no final do capítulo - Quadro 1 (p.39) - e, assim, expressos em quatro partes: 1. Da Medicina Preventiva à Medicina Comunitária: a instituição do ensino na comunidade na FMB (1969 – 1980); 2. Das Ações Integradas de Saúde (AIS) à Constituição de 1988: a rede local de saúde como um novo cenário (1981 – 1990); 3. O Projeto UNI e as *“novas”* propostas de ensino na comunidade (1991 – 1999); 4. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais, Promed e Pró-Saúde: implementando o ensino no SUS (2001 – 2009).

Examinando essa periodização é possível perceber que a FMB-UNESP tem uma história de envolvimento com os principais movimentos de reforma da educação médica que buscaram reorientar a

formação numa perspectiva mais “comunitária”. Cabe, ainda, chamar a atenção que, em alguns desses momentos, foi uma das instituições pioneiras neste campo do ensino na comunidade em nosso país.

A despeito disto, muitas dessas experiências tiveram um caráter não hegemônico dentro do currículo de graduação, a exemplo do que ocorreu e ainda se dá na maioria das instituições de ensino médico no Brasil e na América Latina, que tem o hospital universitário como principal cenário de ensino (CYRINO, 2002).

1º período: Da Medicina Preventiva à Medicina Comunitária: a criação do ensino na comunidade na FMB (1969 - 1980)

A busca por estratégias curriculares de ensino extramuros decorre do forte ideário que, desde a década de 1950, vinha permeando os debates de reforma da escola médica em muitos países, decorrentes dos movimentos da Medicina Integral e Preventiva, como já tratado no capítulo anterior.

Quando da implantação das primeiras iniciativas de ensino na comunidade na FMB, outro movimento de reforma médica – a Medicina Comunitária – também já começava a exercer certa influência na formulação desses projetos e de seu ideário.

Foi sob o alicerce desse contexto bastante favorável, tanto pelo interesse dos estudantes, como pela participação direta de docentes dos Departamentos e Disciplinas (Medicina Preventiva, Moléstias Transmissíveis e Infecciosas, Psicologia e Pediatria) que se elaborou, em 1969, o projeto da “primeira experiência de ensino extramuros da FMB, a Unidade Sanitária do Lageado, localizada em área rural do município” (CYRINO, 2002, p.28).

Essa proposta de ensino na comunidade se iniciou em 1970 e procurava implantar muitas das ideias difundidas pelos movimentos de reforma no ensino médico, ou seja, buscava promover a formação integral do futuro médico e ainda prestar serviços a categorias excluídas do

cuidado médico (DONNANGELO; PEREIRA, 1979).

Inicialmente, o estágio dos alunos acontecia na Unidade de Saúde da Fazenda Lageado e Edgardia com a participação de docentes dos Departamentos de Medicina Preventiva, de Pediatria e do Curso de Doenças Tropicais e Infecciosas, com o objetivo de oferecer “oportunidade de aperfeiçoamento técnico, vivenciar a prática integrada, num processo de promoção, proteção e recuperação da saúde; e pudessem também estudar a estrutura epidemiológica condicionante das doenças num trabalho extramuros” (MAGALDI; GIAROLA; OLIVEIRA, 2002, p.151). Segundo os autores, o estágio de Internato Rural foi ampliado posteriormente para os Municípios de Timburi, Anhembi, Itatinga e Pardinho e desenvolveu-se até 1985.

Inicialmente, na unidade de saúde do Lageado que foi montada em uma casa pertencente à fazenda, os alunos do 5º ano do internato realizavam consultas em ginecologia, pediatria e clínica geral, somadas à realização de curativos, visitas a domicílios próximos ao serviço e encaminhamentos para a FMB, quando necessários.

Já as atividades dos alunos que participavam do internato na comunidade em outros municípios, eram realizadas em tempo integral e seguiam rotina de atividades conforme as características do serviço de saúde do município que estavam frequentando. O estágio trazia a prática de atendimento médico geral em unidades de saúde e acompanhamento de pacientes hospitalizados, em um dos municípios.

Em 1972, se concretizava outro projeto elaborado para o ensino na comunidade - o Centro de Saúde Escola (CSE) -, o qual se firmou como campo de estágio para alunos de graduação e residência médica, com o objetivo de ampliar as atividades de ensino em serviços de saúde e fora do Hospital. 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.

Percebe-se uma mudança de orientação da experiência da Unidade Sanitária do Lageado para aquela que vai estruturar-se com o CSE, que devia compor-se como parte de um sistema regionalizado, correspondente àquela que marca a passagem da Medicina Integral e Preventiva para a Medicina Comunitária (CYRINO, 1993).

2º período: Das Ações Integradas de Saúde (AIS) à Constituição de 1988: a rede local de saúde como novo cenário.

Este segundo momento foi reconhecido por ter como principal característica a introdução de práticas de ensino em unidades da rede municipal de saúde que iria se constituir durante este período no município de Botucatu.

Em termos históricos este é o período de desenvolvimento da reforma sanitária no Brasil, que tem início, dentre outros aspectos, com a implantação, em 1984, da estratégia das Ações Integradas de Saúde - AIS (PAIM, 1986).

É nesse contexto, e nessa época, 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, tem início a criação de unidades básicas de saúde em diferentes bairros, iniciando-se o processo de municipalização dos serviços de saúde.

Durante a década de 1980, essa rede de serviços de atenção primária no município é consolidada e de maneira que se viabiliza um novo campo de estágio para o ensino de graduação médica.

Com a ampliação dos 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.

3º período: O Projeto UNI e as “novas” propostas de ensino na comunidade (1990 – 1999)

No início dos anos 1990, apenas o Departamento de Saúde Pública mantinha atividades de ensino junto a serviços de atenção primária à saúde, e é nesta conjuntura que a FMB é selecionada, em 1993, para desenvolver o Programa UNI (Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde - União com a Comunidade), em parceria com a Prefeitura Municipal de Botucatu e organizações comunitárias de Botucatu. Iniciativa da Fundação Kellogg, o Programa UNI tinha como proposição central o desenvolvimento simultâneo de mudanças na universidade, nos serviços locais de saúde e na comunidade.

A FMB – UNESP, em sua carta de intenção para a Fundação Kellogg, propõe-se a estruturar reforma curricular com valorização dos espaços de ensino em parceria com os serviços locais de saúde e com a comunidade. Selecionada dentre 680 instituições de Ensino Superior de ciências da saúde da América Latina, a FMB, a partir de 1993, recebe financiamento dessa Fundação para o desenvolvimento das reestruturações propostas: novos cenários de prática, metodologias inovadoras de ensino-aprendizagem e reorganização de estruturas disciplinares.

No período de desenvolvimento do Programa UNI na FMB, houve a ampliação de práticas de ensino na comunidade, destacando-se a introdução dessas nas áreas de saúde da criança, saúde da mulher e assistência ao parto.

Em 1994, teve início o curso de “Pediatria na Comunidade”, oferecido regularmente até o momento atual, ao 4º ano médico, mediante o atendimento integral às crianças junto à rede municipal de saúde (no CSE e UBS), sob supervisão de médicos das referidas unidades básicas de saúde e profissionais da FMB (TREZZA; PREARO, 1995; PREARO, 2007).

Também merece destaque a experiência conjunta de trabalho dos Departamentos de Pediatria e de Saúde Pública da FMB em relação ao Programa de Saúde Escolar³ do município de Botucatu, que se caracteriza como mais um campo de estágio para alunos no 4º ano de graduação médica, abrindo, dessa maneira, a oportunidade de uma vivência em saúde pública, na qual a intervenção médica está articulada a outras intervenções interdisciplinares (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2002).

A atenção à saúde da mulher, especialmente da gestante, e a assistência ao parto tiveram práticas estruturadas em novos cenários - unidades básicas de saúde e hospital geral - pelo Departamento de Ginecologia e Obstetrícia - para o ensino de alunos e residentes (atendimento a gestantes e a realização de partos de menor risco em hospital secundário existente no Município). Estas atividades, ainda desenvolvidas atualmente, buscavam atender os problemas mais prevalentes na comunidade em relação à saúde da mulher, bem como oferecer espaço de assistência ao parto em unidade hospitalar geral, e, assim, colaborando para uma adequada organização da atenção no município e região.

Com o passar do tempo e com a redução dos recursos do Projeto UNI, as iniciativas foram se enfraquecendo e se desfazendo, com exceção das duas experiências citadas acima que permanecem até os dias atuais. Mas, é relevante que se considere que muitas das experiências desenvolvidas foram fundamentais para influenciar a construção de modelos pedagógicos adotados pela instituição, além de servirem de fundamentos para embasar novas propostas de reforma curricular que aconteceram no decorrer desse processo.

³ O Programa de Saúde Escolar foi criado, em 1985, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu para atender a problemática do processo de escolarização e sua inter-relação com a saúde da criança e do adolescente. Mediante parceria com a FMB, esse se estrutura como um Projeto de Integração Saúde e Educação, que amplia ações individuais e coletivas às crianças em idade escolar nas unidades de saúde, em creches e escolas do Município.

4º período: Novas Diretrizes Curriculares Nacionais, Promed e Pró-Saúde: implementando o ensino no SUS (2000 - 2008).

Considerando o processo histórico da FMB até aqui, é bastante notável a sua preocupação com as reformas no ensino médico direcionadas ao ensino na comunidade. Porém, a crença sobre grandes modificações relacionadas a esse tema - sobretudo com a impulsão do UNI - foi se desfazendo, e as transformações não aconteceram da maneira esperada. Segundo Cyrino et al., (2005) ocorreram dificuldades técnicas e políticas dentro da instituição e pouco se repercutiu em mudanças substanciais para o ensino na comunidade.

Mesmo com tais dificuldades, no início dos anos 2000, se reascendem discussões e debates internos na FMB sobre a relevância de se continuar buscando novos cenários de ensino. É também nesse período que o Ministério da Saúde busca exercer sua expressão constitucional no que tange à questão da formação de recursos humanos para o SUS, e passa a elaborar, com o Ministério da Educação, as novas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição (BRASIL, 2001).

A aprovação dessas diretrizes, em 2001, reforça a necessidade de mudança no modelo de ensino médico, devendo as instituições se prepararem para: formar o profissional com perfil generalista; criar cenários de atendimento ambulatoriais e de Atenção Básica; incorporar a prevenção e promoção à saúde na prática dos profissional; desenvolver e trabalhar com metodologias inovadoras de ensino-aprendizagem, e, no que se refere à aplicação dessa formação, permitir aos alunos uma interação com os serviços e profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde ou na Atenção Básica (BRASIL, 2001).

Continuando nessa perspectiva de estimular o processo de mudanças curricular e de readequar o processo de formação dos profissionais de saúde, o governo federal lança, em 2002, o Programa de

Incentivo a Mudanças Curriculares para as escolas médicas no Brasil – Promed. Caracterizando-se como plano de política governamental, com o intuito de oportunizar a inovação do ensino médico na perspectiva de maior integração ao desenvolvimento do SUS. O Promed, em seu edital, ressaltava a presença de um incentivo financeiro para escolas médicas do país que apresentassem (e fossem selecionadas para executar) um projeto de reforma curricular, capaz de orientar o perfil do médico proposto pelas DCN (BRASIL, 2002).

É dentro dessa conjuntura que um grupo composto por discentes e docentes da FMB se organiza para elaborar uma proposta de trabalho voltado para as questões pertinentes ao ensino médico. Surge assim, na FMB, o Núcleo de Apoio Pedagógico (NAP), que passa a ter funções relacionadas ao desenvolvimento do ensino de graduação médica em “consonância com as DCN do Curso de Medicina” (UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA – UNESP, 2001).

É justamente com esse apoio do Governo Federal que se desenvolve na FMB, a partir de 2003, o Programa de Interação Universidade, Serviço e Comunidade – IUSC, apoiado nas DCN, e, com o incentivo do Promed, concretiza-se uma nova proposta de ensino na comunidade para os três primeiros anos de graduação médica da FMB.

Com o passar do tempo, outro incentivo do MS é lançado: o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde, em 2007, que amplia os recursos para outras formações (odontologia, enfermagem e psicologia); e, novamente, a FMB-UNESP é contemplada, dando continuidade e fortalecendo a proposta do IUSC, o qual conquista o status de disciplina, passando a fazer parte da grade curricular do curso médico.

Nesse último período da história do ensino na comunidade na FMB, recebe destaque o IUSC, tema central da presente pesquisa, mas também devem ser apontadas outras disciplinas que fortalecem o desenvolvimento de atividades práticas fora do hospital.

O ensino da Obstetrícia continuou a ser ministrado, em parte,

em hospital secundário de Botucatu - a assistência ao parto - e, no Centro de Saúde Escola, a assistência pré-natal, articulando o ensino com pesquisa diagnóstica sobre as condições do parto no Município. A demanda da humanização do pré-natal e do parto juntamente com propostas efetivas para redução da mortalidade materna também começam a integrar, efetivamente, a universidade, com o serviço de saúde municipal.

Nota-se ainda, que algumas disciplinas agruparam-se como matérias, como é o caso da Saúde Coletiva que integrou a Ética, Práticas de Saúde Pública, Administração e Planejamento em Saúde, Epidemiologia, Ciências Sociais e Nutrição, e foi organizada no 3º ano médico por núcleos temáticos centrados na discussão de situações vivenciadas na prática da Saúde Pública, em Unidades Básicas de Saúde, Serviços de Saúde visitados, e estudos de organizações de saúde municipais (CYRINO, et al, 2007).

A Pediatria na Comunidade também continua a se desenvolver na atenção básica ao longo do 4º ano de graduação, em grupos de 10 estudantes, em regime de rodízio de quatro semanas, com atividades de consultas às crianças de diferentes grupos etários, sob a supervisão dos pediatras das UBS e do Centro de Saúde Escola. Os alunos também frequentam as escolas ou projetos ligados às UBS e participam do programa de abordagem multiprofissional da criança em idade escolar.

O internato de Saúde Pública também é desenvolvido por seis semanas em unidades de saúde da família, onde o estudante atua como membro da equipe, prestando atendimento médico, realizando visitas domiciliares junto com agentes comunitários de saúde, identificando as características de organização do serviço, reconhecendo os princípios da Atenção Primária à Saúde como estratégia de reorganização de sistemas de saúde, bem como as especificidades tecnológicas e a complexidade do cuidado no nível primário de atenção (CYRINO, et al., 2007).

Outras disciplinas que também se organizaram para o ensino em espaços na comunidade foram a Geriatria e a Pneumologia, com

atividades no Centro de Saúde Escola de Botucatu e nas Unidades Básicas de Saúde. Os alunos atendem pacientes e experimentam, na prática, a importância do atendimento médico nos diferentes níveis de complexidade (CYRINO, et al., 2007).

E, assim, as diferentes propostas de ensino na comunidade, que vem sendo desenvolvidas neste último período, em espaços externos ao hospital-escola, contemplam, atualmente, um oitavo do curso médico da FMB.

Como se pode observar, até agora, diversas foram às proposições da Faculdade, buscando construir um ensino voltado para práticas na comunidade, e mais recentemente a proposta do IUSC.

Porém, a história de ensino na comunidade na FMB não é diferente, em certos aspectos, daquela vivida por outras instituições e, mesmo, daquela vivida em outros períodos históricos. E é justamente nesse sentido que as seguintes reflexões são colocadas para orientar o presente trabalho: o IUSC é uma nova roupagem para um velho projeto ou o IUSC é um novo projeto com aspectos inovadores?

QUADRO 1. SÍNTESE DOS 40 ANOS DE ENSINO MÉDICO NA COMUNIDADE NA FMB-UNESP.

Acontecimentos gerais no Brasil e no mundo	Movimentos de mudança voltados as práticas médicas	Ensino médico na comunidade na FMB 1969 – 2009	
Revolução cubana – 1959 GOVERNO MILITAR 1964 a 1985 Alma Ata – 1978 Reforma Sanitária – década de 1980 VIII conferência – 1986	Medicina Integral/ Preventiva – 1950 Criação do Departamento de Medicina Preventiva – 1956 Medicina Comunitária – 1960 Leavell e Clarck – 1965	1º período (1969 a 1980)	Unidade Sanitária Lageado (rural) – 1970 Centro de Saúde Escola (CSE) - 1972 Internato (de Saúde Pública) urbano – 1972 (CSE) Internato (de Saúde Pública) rural realizado em quatro municípios da região de Botucatu – 1970 a 1985
Governo FHC – 1995 A	AIS – 1981 SUDS – 1987 SUS – 1988		2º período (1981 a 1990)
Governo FHC – 2002 A	UNI no Brasil: a partir de 1991 UNI em Botucatu: 1992 Rede UNIDA: 1996	3º período (1991 a 2001)	Pediatria na comunidade – 1994 Assistência ao parto em hospitais secundário – 1993 Novo currículo – 1997 Internato urbano Saúde Coletiva no CSE
Governo LULA – 2003 A Governo LULA – 2010	DCN – 2001 Promed – 2002 Pró-saúde – 2006 Pró-saúde – 2008 Pet-saúde - 2009	4º período (2001 a 2009)	Internato (de Saúde Coletiva) em saúde da família – 2007 Pediatria na comunidade (1994 – 2009) Internato de ginecologia no CSE Assistência ao parto em Hospital secundário (1993 – 2009) Criação do NAP 2001 Novo currículo – 2003 IUSC – 2003 - 2010

FONTE: Donnangelo (1979); Cyrino (1993); Almeida (1997); Alvarenga (2005).

Capítulo III

METODOLOGIA

Para alcançar os objetivos propostos nesta investigação, desenvolveu-se uma pesquisa de **natureza qualitativa**, com vistas a aprofundar a compreensão da vivência de ensino na comunidade na perspectiva de seus sujeitos: alunos do 6º ano médico - sendo esse o primeiro grupo de alunos a experienciar o IUSC desde o seu início até o terceiro ano médico. Tendo, de um lado, a proposta pedagógica do Programa, e, de outro, as narrativas dos alunos no contexto dos projetos de reforma curricular da educação médica na FMB-UNESP.

Como técnica de coleta de dados utilizou-se o **grupo focal**, para caracterizar as vivências dos alunos, e a **pesquisa documental**, para assinalar a construção e operacionalização do IUSC.

a) O campo da pesquisa

O campo estabelecido para esse estudo foi o Programa IUSC, desenvolvido no período de 2003 a 2005, na Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB-UNESP), por se tratar do momento de sua progressiva implantação nos três primeiros anos de graduação.

▫ A Faculdade de Medicina de Botucatu

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 desses últimos é superior ao de graduandos da Faculdade de Medicina. (UNESP, 2009).

O curso médico é constituído por dois anos de disciplinas de

formação básica, dois anos de disciplinas profissionalizantes e dois anos de estágios obrigatórios em regime de internato (anexo 1).

▫ **A Disciplina Interação Universidade Serviço Comunidade - IUSC**

A partir do ano de 2003, a FMB passa oferecer um novo programa de ensino para os alunos do 1º ano da graduação médica, envolvendo cenário externo ao hospital-escola: o Programa de Interação Universidade, Serviço e Comunidade (IUSC), com atividades de ensino-aprendizagem em diferentes locais da comunidade (bairros, domicílios, escolas, creches e unidades básicas de saúde da rede municipal – UBS e USF).

No 1º ano do IUSC, participaram todos os alunos da graduação, e a carga horária designada para o Programa correspondia a 100 horas, com atividades em um período semanal e duração anual.

Em 2004, é implantado o 2º ano com a mesma carga horária do 1º ano e, também, com atividades semanais durante os dois semestres letivos.

O 3º ano, inicialmente, foi oferecido como disciplina optativa em 2005, dada as limitações estruturais da rede pública municipal de serviços de saúde de Botucatu (quanto a consultórios, horários e equipamentos) que não permitiam receber todos os alunos. Nesse ano, 57 dos 90 alunos iniciaram as atividades no final do 1º semestre de 2005, com atendimento médico semanal, durante cinco meses, totalizando 23 períodos e 92 horas.

No próximo capítulo será detalhada a implantação e desenvolvimento do IUSC nos seus primeiros três anos.

b) Instrumentos de coleta de dados:

▫ A pesquisa e análise documental

A pesquisa documental, segundo Gil (1999), assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica. A diferença essencial entre ambas está na natureza das fontes. Enquanto na pesquisa bibliográfica se utilizam, fundamentalmente, as contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa. Para esse mesmo autor, “há que se considerar que os documentos constituem fonte rica e estável de dados e como eles subsistem ao longo do tempo, tornam-se a mais importante fonte de dados em qualquer pesquisa de natureza histórica” (GIL, 1999, p.54).

A análise documental, segundo Ludke e André (1986), busca identificar informações dos fatos em documentos com base em questões ou hipótese de interesse. Pode se constituir numa técnica valiosa de abordagem de dados qualitativos, seja completando as informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema.

A pesquisa documental realizada nesse estudo compreendeu o levantamento, leitura e fichamento, para posterior análise, de diferentes tipos de documentos que tratam do Programa IUSC, tais como: projetos apresentados pela instituição (ao Ministério da Saúde e Educação, documentos do processo seletivo do PROMED), relatórios e outros registros gráficos elaborados pelo Núcleo de Apoio Pedagógico da FMB, atas de reuniões de coordenação do IUSC, programa oficial do IUSC nos diferentes anos de seu desenvolvimento, e outros documentos (como diferentes produções - artigos, capítulos de livros, relatórios etc. - realizadas pela equipe de coordenação e tutores do IUSC).

Os materiais utilizados estavam arquivados junto ao Núcleo de

Apoio Pedagógico e, embora não houvesse uma catalogação desses, o trabalho de busca e acesso não foi difícil, dado que parte expressiva das informações já estava agrupada em volumes e anexos do Projeto Promed⁴.

Outros documentos foram pesquisados no Núcleo de Apoio Pedagógico (NAP) mediante o apoio de técnicos, e estão referidos na bibliografia.

▫ **O Grupo Focal (GF)**

Para a apreensão das vivências e percepções dos alunos a respeito do IUSC, escolheu-se, como técnica de coleta, o grupo focal, dada a sua adequação para captar “diferentes percepções” de um grupo “acerca de um fato, prática, produto ou serviços”. Essa técnica caracteriza-se:

“por mesclar a entrevista e a observação participante num método de investigação em grupo com tema específico e composição homogênea, possibilitando que os participantes expressem seus pensamentos e o modo como agem diante de determinadas situações ou acontecimentos” (CARLINI-COTRIM,1996, p.286).

O grupo focal, de acordo com Minayo (2004), geralmente, é usado para “focalizar” um tema, formular questões mais precisas para realização de entrevista ou complementar informações sobre conhecimentos relativos a um grupo quanto a crenças, atitudes e percepções.

Tipicamente, o grupo é composto, em média, por seis a dez participantes, que não devem ser familiares uns dos outros. Sua duração

⁴ Usa-se o título - Projeto PROMED – para denominar, sinteticamente, o Projeto que a FMB-UNESP enviou ao Ministério da Saúde e Ministério da Educação para participar do processo seletivo do PROMED. Está organizado em 10 volumes (um volume com a Apresentação da Proposta, sete volumes caracterizados como anexos e dois volumes de formulários). Essa foi a principal fonte utilizada no estudo documental dada a riqueza de informações sobre a formulação do Programa IUSC.

desejável é, em média, de uma hora e meia. Na composição desses grupos é necessário assegurar que os participantes tenham características homogêneas ou vivências similares associadas ao tópico que está sendo pesquisado.

Segundo Bardin (1977), a técnica para trabalhar com dado resultante de depoimentos orais, que pode ser aplicada ao grupo focal, deve ser composta por: 1º) Ordenação dos dados: nesta etapa realizam-se as transcrições das fitas-cassetes ou CDs, obtidas nos grupos focais e, posteriormente, são feitas as leituras e organização do material; 2º) Categorização dos dados: analisam-se as falas dos participantes buscando referenciais, conceitos e valores sobre os temas circunscritos pelas questões norteadoras estabelecidas previamente.

Para formar as categorias iniciais, é preciso ler e reler o material até chegar a uma espécie de “impregnação” do seu conteúdo (Ludke e André, 1986 apud Michelat, 1980). Assim, é possível ao pesquisador, ao fazer essas leituras sucessivas, instituir alguma forma de codificação, isto é, caracterizar os núcleos mais significativos da vivência na comunidade relatada pelos alunos do IUSC.

Segundo Minayo (2004), é a partir da classificação que se inicia a análise temática, a qual permite a identificação das categorias de pensamento resultantes das falas dos integrantes do grupo.

Dentro do âmbito da pesquisa qualitativa, essa maneira de analisar os conteúdos possibilita um estudo mais aprofundado dos temas focalizados, “pois não se atém apenas ao conteúdo manifesto da linguagem, mas o que expressa em seu contexto histórico” (MINAYO, 2004, p.163).

À medida que se processa a etapa de análise o pesquisador poderá rever suas ideias iniciais, repensá-las e reavaliá-las, considerando novas informações que poderão surgir nesse processo.

Foi com base nessa orientação geral que, no presente estudo, realizou-se a análise temática de conteúdo das falas obtidas nos grupos focais com os alunos.

Os grupos focais foram organizados mediante o convite a alunos do 6º ano que frequentavam o estágio de internato de Saúde Pública, ao serem reconhecidos como unidades potenciais para constituição do grupo focal.

O convite para participação na pesquisa foi realizado por contato telefônico ou pessoal a um aluno representante do grupo. Nessa conversa foi explicado o objetivo da pesquisa e a necessidade da reunião, deixando claro que a participação seria voluntária.

A partir daí, a data e o horário do encontro foram acordados conforme a disponibilidade dos alunos. Deste modo, foi possível a realização de três grupos focais⁵, conforme caracterização que será apresentada mais à frente.

É necessário destacar que os 90 alunos do internato da FMB-UNESP são divididos em grupos de 12 a 14 alunos, de acordo com a afinidade e interesse de trabalharem juntos, e que essa conformação grupal não correspondia à mesma da época do IUSC. Sendo assim, o GF1 foi formado por alunos que participaram de seis diferentes grupos no IUSC e, portanto, que atuaram em seis diferentes áreas da comunidade. Os integrantes do GF2 pertenciam a quatro diferentes áreas, enquanto os do GF3 representavam apenas três áreas de prática.

Para o encontro, estruturou-se um roteiro (disponível no anexo 02) contendo três tópicos centrais que orientassem o trabalho no grupo focal, com os seguintes eixos temáticos: 1 - Ser médico: a escolha profissional; 2 - A experiência de seis anos de graduação; 3 - A vivência no IUSC.

Com os dois primeiros eixos foi possível melhor caracterizar os sujeitos da pesquisa quanto aos elementos que os levaram a fazer sua escolha profissional, suas expectativas quanto a esta profissão, bem como melhor perceber as impressões gerais a respeito da vivência do

⁵ Os três encontros aconteceram na sala de reuniões do referido departamento da FMB, em horários oportunos aos estudantes, de modo a não prejudicar suas atividades no internato. Dois grupos foram agendados no final da tarde (após o término das atividades curriculares) e um grupo preferiu o intervalo do almoço para a entrevista.

período de graduação. Cabe apontar que tais eixos permitiram, também, um período de aquecimento do grupo para o terceiro momento e núcleo principal do estudo.

Durante o andamento do grupo focal, especialmente em relação à vivência no IUSC, buscou-se estimular a discussão entre os alunos e a expressão de diferentes percepções sobre o tema proposto.

Os depoimentos dos alunos foram registrados mediante o uso de gravador. Os técnicos permaneceram na sala, ajustando a gravação e, em momento algum, interromperam o processo.

Todos os grupos focais contaram com a presença da pesquisadora, ora como relatora ora como moderadora, a qual, após ouvir repetidas vezes as falas dos alunos e sentir-se impregnada de seu conteúdo, transcreveu-as para posterior análise.

A transcrição das dimensões “tornar-se médico na FMB e a experiência de seis anos de graduação” foi parcial, tendo-se optado pelo registro de trechos mais representativos, selecionados pela pesquisadora, em função de sua impregnação do conteúdo. As narrativas referentes à vivência do IUSC foram transcritas integralmente.

Buscando alcançar o objetivo principal deste estudo - os significados e percepções dos alunos em relação ao IUSC - construíram-se categorias de significados, mediante recortes de campos temáticos reconhecidos durante a análise do material.

A apresentação dos dados foi dividida em duas partes: 1) caracterização dos integrantes da pesquisa, quanto à escolha profissional e a experiência de seis anos de graduação; 2) descrição dos significados e percepções dos alunos em relação ao IUSC.

No quadro abaixo, apresentam-se as principais características dos grupos focais: quanto a sua duração, ao pesquisador que conduziu o grupo, e à época da coleta das informações.

QUADRO 2. GRUPOS FOCAIS QUANTO ÀS CARACTERÍSTICAS DAS REUNIÕES, FMB-UNESP, 2008.

Características	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Duração do GF	1h e 20'	1h e 15'	1h e 20'
Moderador do GF	Orientador	Pesquisadora	Orientador e Pesquisadora
Relator do GF	Pesquisadora	Ex-tutora do IUSC	Relatora Externa
Mês da coleta	Junho	Agosto	Setembro

c) Os participantes da pesquisa

São participantes desta pesquisa 24 alunos do 6º ano de medicina da FMB, que compõem a primeira turma que vivenciou o início da experiência do IUSC nos três primeiros anos da graduação.

Conforme descrito anteriormente, 37 alunos foram convidados a participar da pesquisa, ou seja, três dos sete grupos do internato que passavam pelo estágio da Saúde Pública no 6º ano, tendo comparecido às reuniões 24 alunos.

Para caracterização dos alunos participantes do estudo, foram utilizados os resultados da primeira parte do Grupo Focal (escolha profissional e a experiência dos seis anos do curso) e, também, as informações que constavam na ficha de inscrição dos alunos aprovados⁶ no vestibular da UNESP, que estão resumidas no anexo 03.

No quadro 3, apresenta-se uma caracterização de cada um dos grupos focais quanto a: número de integrantes de cada grupo de internato, número de participantes do grupo focal, sexo e faixa etária dos alunos⁷.

⁶ O perfil socioeconômico de ingresso na graduação, dos 90 alunos, em 2003, caracterizou-se por ter, predominantemente: alunos brancos (87,8%), mulheres (64,4%), com Ensino Médio em escola particular (88,9%), com pai (68,7%) e mãe (61,1%), com formação Superior completa e com renda mensal maior que 15 salários-mínimos (57,8%) (FUNDAÇÃO PARA O VESTIBULAR DA UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - VUNESP, 2003).

⁷ A maioria dos participantes (87%) possui idade entre 23 a 26 anos, com predominância de alunas (67%), sendo essa porcentagem muito semelhante à composição geral da turma, que possui 64,4% de mulheres.

QUADRO 3. GRUPOS FOCAIS QUANTO A CARACTERÍSTICAS DOS SUJEITOS DA PESQUISA, FMB-UNESP, 2008.

Sujeitos	Grupo 1 n (%)	Grupo 2 n (%)	Grupo 3 n (%)	Total N (%)
Composição do grupo de internos (convidados)	12	12	13	37
Participantes do grupo focal	11 (92%)	5 (42%)	8 (62%)	24 (100%)
Sexo Masculino	3 (27%)	2 (40%)	2 (25%)	7 (33%)
Sexo Feminino	8 (73%)	3 (60%)	6 (75%)	17 (67%)
Faixa etária (anos) 23 - 24	4 (36%)	3 (60%)	3 (37%)	10 (42%)
25 - 26	6 (55%)	2 (40%)	3 (37%)	11 (45%)
27 - 28	1 (9%)	--	2 (25%)	3 (13%)

Houve grande variação no percentual de alunos convidados que compareceram ao grupo focal (de 42% a 92%), e o número de participantes foi considerado adequado para a composição do grupo focal (de 5 a 11 alunos).

Cabe mencionar que não houve registro de recusa formal em participar dos grupos e que tal frequência de faltosos possa ter sido decorrente de dificuldades de agenda dos alunos em um período do curso em que estavam preocupados com outros compromissos como: o exame de residência médica que se aproximava, a formatura, participação em cursinho preparatório para o exame, entre outros.

d) Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu-Unesp e todos os indivíduos foram previamente consultados e claramente esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e o caráter não-obrigatório de sua participação nesta investigação científica, conforme termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 04).

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

Algumas medidas foram adotadas para garantir o anonimato do entrevistado, 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.

Buscando preservar a identidade dos participantes, os alunos estão identificados por números que permitem reconhecer o grupo do qual participaram: grupo 1 - alunos de 1 a 11; grupo 2 – alunos de 21 a 25, e grupo 3 – alunos de 31 a 38.

O Conselho de Curso da FMB também foi informado sobre a realização da pesquisa e manifestou sua concordância.

Capítulo IV

UM OLHAR SOBRE A EXPERIÊNCIA DE ENSINO DE GRADUAÇÃO MÉDICA NA COMUNIDADE

Neste capítulo, apresentam-se os resultados alcançados com o recorte empreendido neste estudo a respeito da experiência de implantação e desenvolvimento inicial do Programa de Interação Universidade, Serviço e Comunidade – IUSC, mediante o uso de distintas técnicas de coleta de dados: pesquisa documental e grupo focal com alunos de graduação.

No primeiro momento, com base em documentos, relata-se o processo de formulação, implantação e desenvolvimento inicial do programa de ensino na comunidade, ministrado junto ao curso de graduação em Medicina da FMB – UNESP.

Em um segundo momento, apresentam-se as informações obtidas com grupos focais (dividido em parte I e II) para se alcançar o objetivo do estudo: os significados e percepções dos alunos em relação ao Programa IUSC.

A discussão relativa aos resultados está alocada ao final de cada um dos temas específicos.

1. O PROGRAMA IUSC: DA FORMULAÇÃO À IMPLANTAÇÃO

1.1. O contexto de sua formulação

A Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), desde o final dos anos 1960, tem sua história pontuada por inúmeras iniciativas que podem ser caracterizadas como pioneiras no campo do ensino na comunidade, como tratado no Capítulo II.

Tais experiências se intensificaram com o estímulo, no início dos anos 1990, do Projeto UNI e, na última década, de iniciativas governamentais de incentivo à mudança do ensino de graduação das profissões de saúde.

A aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), em 2001, pode ter contribuído para que o governo federal, em 2002, lançasse o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares para as escolas médicas no Brasil (Promed), primeira ação do Ministério da Saúde (em parceria com o Ministério da Educação) voltada a reorientar o ensino de graduação médica no país.

Tal influência das DCN também deve ter exercido certo papel junto ao curso de Medicina da própria FMB, visto que, em seus pressupostos, ressaltam a necessidade de se adequar “a formação profissional de modo a contemplar um ensino em cenários da atenção primária à saúde, permitindo aos alunos uma interação com os serviços...” (BRASIL, 2001, p.1).

Outro atributo que também deve ser acrescentado a esse contexto, do processo de reformulação curricular na FMB, é a implantação, em 2001, do Núcleo de Apoio Pedagógico (NAP)⁸ – um grupo de trabalho composto por discentes e docentes da instituição, que

⁸ A criação do NAP, realizada por um grupo de professores e pela direção da FMB - que já conheciam experiência semelhante em outras instituições de Ensino Superior - pode ter sido influenciada por avaliações negativas que o curso de medicina da FMB recebeu no Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE) e por avaliações externas que criticavam a excessiva fragmentação do ensino, no início do sec. XXI e que exigiam uma ação institucional.

iniciou sua atuação em parceria com o Conselho de Curso da Medicina. O NAP, caracterizado como importante espaço dedicado à formulação e apoio de projetos pedagógicos, contribuiu para que a instituição fosse selecionada, pelo Ministério da Saúde, para participar do Promed, uma vez que a formulação do Projeto na FMB-UNESP foi coordenada por esse Núcleo.

A proposta elaborada seguiu modelo estabelecido pelo edital do Promed, constando de “análise da situação atual” do curso médico e “imagem-objetivo” a ser alcançada pela instituição em quatro anos. Contemplava, ainda, um cronograma de atividades a serem cumpridas e as especificações para o monitoramento de implantação das mudanças (BRASIL, 2002).

O Projeto deveria estar dividido em três eixos e seis vetores⁹, dentre os quais se destaca, pela relevância aos objetivos deste estudo, o eixo C - Cenários de Práticas - que integra o vetor 5: Diversificação de cenários de ensino-aprendizagem (BRASIL, 2002).

O plano elaborado pela FMB-UNESP, particularmente para o eixo C, foi estruturado em torno do projeto de ensino na comunidade - o Programa de Interação Universidade, Serviço e Comunidade - IUSC; objeto do presente estudo e detalhado a seguir.

1.2. A Proposta encaminhada ao PROMED

A partir dos resultados e de toda experiência institucional anterior de modificação curricular, a FMB passa a construir, de maneira

⁹ EIXO A: Orientação Teórica

Vetor 1 - Produção de conhecimentos para necessidades do SUS.

Vetor 2 - Adequação da pós-graduação e da educação permanente aos profissionais da rede do SUS.

EIXO B: Abordagem Pedagógica

Vetor 3 - Mudança pedagógica na direção de um aprendizado mais efetivo.

Vetor 4 - Estrutura curricular – integração entre os ciclos básico e profissional e entre a teoria e prática.

EIXO C: Cenários de Práticas

Vetor 5 - Diversificação de cenários de ensino-aprendizagem.

Vetor 6 - Abertura dos Serviços Universitários às necessidades do SUS (articulações com o SUS).

participativa, em 2002, um planejamento de proposta de mudança curricular, para atender ao edital do Promed, utilizando-se do planejamento participativo, ou seja, com base em discussões internas e oficinas de planejamento envolvendo estudantes de medicina, docentes e direção da FMB, docentes do Instituto de Biociências da UNESP e representantes da Secretaria Municipal de Saúde e da comunidade local (UNESP, 2002a).

Nessa ocasião, é relevante que se destaque a realização de seminário, no município de Embu (São Paulo), para os dirigentes das instituições que se inscreveram no Promed. Após o evento, a diretora da FMB, sensibilizada com as discussões de modelo de ensino na comunidade, recomendou que a instituição priorizasse, no projeto, o ensino em pequenos grupos, uma vez que “diversificar cenários de aprendizagem significaria criar oportunidades de envolvimento dos alunos em situações de práticas de saúde desde o início do curso e ao longo dos seis anos” (UNESP, 2002a, p.9).

Interessante observar que, naquele momento, há uma mudança de rumo para o NAP, que antes estava proposto como um espaço de reflexão e apoio ao conselho de curso, o qual passa a rever o currículo e todas as suas implicações institucionais. E, no tempo seguinte, também assume a tarefa de gestão do Promed e de todas as suas prerrogativas.

Para apoiar a formulação das propostas de ensino médico na comunidade, um grupo de professores, médicos e profissionais da FMB visitaram programa correspondente desenvolvido pela Universidade Federal Fluminense, em Niterói, em 2003 (UNESP, 2005a).

A proposta inicial de desenvolvimento do IUSC baseou-se, no primeiro momento, no processo que havia se desenvolvido em Niterói, em composição com toda experiência que a FMB tinha de ensino na comunidade e na atenção básica, nos seus 40 anos de existência.

Como aponta Rudduck (1994):

“É impossível começar do começo. Ao introduzirmos

inovações, temos o presente e o passado da instituição, que estão presentes em seu futuro. Não é possível estabelecer um vazio, desfazendo-se da ordem antiga. Professores e alunos mantêm funcionando as estruturas do presente, planejando um enfoque diferente para o futuro” (RUDDUCK, 1994, p.114).

Destaca-se que o momento era bastante propício, pois a diretoria institucional acreditou na proposta como uma forma de inovar e dar visibilidade interna e externamente ao currículo médico.

A proposta inicial da FMB estabeleceu que o ensino na comunidade fosse desenvolvido junto aos alunos do 1º ao 6º ano médico, divididos em nove grupos, que frequentariam regiões da área de abrangência das UBS/USF de Botucatu, permanecendo na mesma região durante toda graduação. Tal proposta permitiria ao aluno melhor conhecer a população da área e vice-versa¹⁰.

As atividades na comunidade, de acordo com o Projeto, se dariam em parceria com a Prefeitura de Botucatu e a comunidade, com o intuito 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.

Os espaços da própria comunidade, tais como domicílios, creches e escolas, além das unidades de saúde, corresponderiam aos cenários de ensino do IUSC. Segundo documento institucional, nesses espaços deveria prevalecer: a resolubilidade, a assistência integral, o trabalho em equipe e a participação dos usuários (UNESP, 2002c).

A metodologia de ensino-aprendizagem proposta pela coordenação do Programa foi a de educação problematizadora, na qual o processo de ensino começa com exposição dos estudantes a problemas reais: observação da realidade. Nesse processo, ao se revelar, para alunos e professores os problemas de saúde e as suas contradições, há a possibilidade de reflexão da realidade local sobre a própria prática, o que

¹⁰ RUDGE, M.V.C. (Faculdade de Medicina, UNESP – Campus de Botucatu). Aula sobre a proposta do IUSC, 2003.

marca o caráter fortemente analítico dessa proposta pedagógica (CYRINO et al., 2005a).

Nesse trabalho, segundo uma das formuladoras do projeto, o professor “deve refletir com o aluno, exigindo a disponibilidade de pesquisar, de acompanhar e colaborar no aprendizado crítico do estudante”, o que frequentemente coloca o professor diante de situações imprevistas, demandando que professores e alunos compartilhem de fato do processo de construção do conhecimento (CYRINO, et al., 2006, p.75). Assim, após o estudo de um problema, outros desdobramentos podem surgir, exigindo-se o contato com situações ou conteúdos não previstos pelo professor num primeiro momento, mas que devem ser investigados por serem relevantes à compreensão do problema.

A proposta final do Programa IUSC foi então construída já contemplando um cronograma de atividades para o ano de 2003:

QUADRO 4. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES PREVISTAS PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DO PROGRAMA IUSC, EM 2003.

PRIMEIRO SEMESTRE	SEGUNDO SEMESTRE
<ul style="list-style-type: none">▫ seleção e capacitação de professores.▫ seleção dos espaços (territórios).▫ conhecimento das nove regiões de abrangência de UBS/USF.▫ Visitas às casas de famílias para levantamento de dados e acompanhamento de 288 crianças nascidas em 2003, onde cada aluno acompanharia 3 bebês e suas famílias, nos 6 anos de Faculdade.	<ul style="list-style-type: none">▫ finalização do reconhecimento dos nove territórios.▫ levantamento, tabulação e análise dos dados coletados no território.▫ integração curricular com Saúde Coletiva e Bioestatística.▫ identificação de problemas: construção da sala situacional e apresentação do trabalho à comunidade.▫ avaliação/revisão da proposta para o próximo ano.

UNESP, 2002b.

1.3. A operacionalização do Programa IUSC

De acordo com os documentos pesquisados, a FMB foi selecionada para o Promed com outras 19 escolas no Brasil [para a

execução do Projeto], iniciando um processo de reorganização do curso de Medicina com o objetivo, em consonância com referido edital, “de formar profissionais dotados de conhecimentos, proficiência técnica e valores que os habilitem a uma prática competente, ética e socialmente responsável” (UNESP, 2002c, p.37).

Vale ressaltar, que a partir da aprovação do Projeto, o grupo de trabalho do Núcleo de Apoio Pedagógico (NAP) passa a ter suas funções ampliadas e é subdividido em frentes de atividades. Assim, a Frente de Ensino na Comunidade assume o desenvolvimento e concretização do projeto IUSC (UNESP, 2005a).

Os responsáveis por essa Frente de Ensino realizaram várias visitas às unidades de saúde, para reconhecimento dos espaços de ensino para viabilização das atividades propostas para os quatro anos seguintes.

Para tanto, contaram com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu na escolha dos territórios e equipamentos sociais que serviriam como cenários de ensino. Porém, ocorreu que a inauguração das unidades de saúde da família, prevista para o final de 2002, não se efetivou, limitando, assim, o espaço para a atuação dos alunos na comunidade.

De acordo com a coordenadora do Programa, houve necessidade de se rediscutir a proposta e optou-se pelo trabalho centrado no território, e não mais nas unidades de saúde, como inicialmente proposto¹¹.

A partir de 2003, o projeto de ensino na comunidade operacionaliza-se de acordo com a proposta inicial apresentada ao Ministério da Saúde (Promed), mas readequado às condições da rede de serviços de saúde local e à qualificação do corpo docente.

O plano de ensino inicialmente estabelecido para o Programa IUSC, por seus formuladores, propunha “formar médicos com habilidades

¹¹ Somente no final de 2003, primeiro ano de atividades do IUSC, é que as inaugurações das unidades de saúde da família aconteceram.

(...) a serem exercidas com responsabilidade, com curiosidade científica e que lhes permita recuperar a dimensão essencial do cuidado: a relação entre humanos” e orientando-se para a Integralidade e Humanização do cuidado (CYRINO et al., 2005a, p.21).

Ao contemplar um ensino voltado para esses dois eixos temáticos - Integralidade e humanização - o IUSC se propõe a 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., 2005b, p.24).

Além disso, para o grupo de formuladores do IUSC, as atividades educacionais não deveriam se restringir 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 na comunidade também deveria contribuir para uma formação humanizada mediante:

“...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, 2005b apud Boduy e Cordoni Jr, s/d, p.35).

A metodologia mais adequada para se alcançarem os objetivos propostos, conforme documento, seria: a problematização e o trabalho grupal; por possibilitar aos alunos reflexões baseadas nas contradições da prática médica focada exclusivamente na doença, e propiciar-lhes uma visão ampliada sobre o processo saúde-doença. (UNESP, 2005a)

Todavia, tal proposta pedagógica trouxe um grande desafio à equipe do IUSC: contar com número suficiente de professores-tutores

habilitados para trabalhar com essa metodologia problematizadora.

Definiu-se, ainda, que os professores poderiam e deveriam ser de diferentes formações e, assim, a coordenação do Programa selecionou e capacitou 11 profissionais de saúde (médico, enfermeiro, psicólogo, pedagogo, fonoaudiólogo, biólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, odontólogo e profissionais de comunicação e serviço social) para o acompanhamento dos 90 alunos do 1º ano de graduação médica, os quais foram divididos em pequenos grupos de oito a nove para cada professor (UNESP, 2002b).

Lembrando, pois, da ideia inicial, que contemplava a presença de docentes da FMB como professores do IUSC, é relevante que se aponte que isso não se concretizou, conforme consta no documento de avaliação, de modo que os 11 profissionais (pertencentes ou não à rede de serviço municipal), que compunham o quadro, passaram a ser denominados professores-tutores (UNESP, 2005a).

Nesse aspecto, a proposta do IUSC procurou trazer “o rompimento com o ensino disciplinar, buscando-se, assim, propiciar experiências interdisciplinares, nas quais os alunos possam perceber que a construção do conhecimento depende do saber de distintas áreas” (CYRINO et al., 2007).

A expectativa dos formuladores do programa IUSC era de que a inserção do estudante na região das unidades de saúde possibilitasse um olhar e uma escuta mais qualificada, além de ampliar o conhecimento sobre a cidade, o bairro e o território. Ao mesmo tempo, daria aos estudantes a oportunidade de intervirem na realidade com o desenvolvimento de ações educativas das mais diferentes naturezas, mediante interação com as equipes locais de saúde e comunidade (CYRINO et al., 2007).

Para melhor compreensão das ideias propostas para o Programa, o anexo 05 apresenta, resumidamente, a programação de cada um dos três anos, descrevendo os objetivos gerais e específicos e as estratégias propostas para cada ano de implantação no período de 2003 a 2005.

A seguir, no quadro 5, são colocados apenas os objetivos gerais definidos para os primeiros anos, com o propósito de acompanhar as imagens iniciais na formulação do IUSC.

QUADRO 5. OBJETIVOS GERAIS PROPOSTOS PARA O PROGRAMA IUSC, EM SEUS TRÊS PRIMEIROS ANOS DE IMPLANTAÇÃO.

IUSC	OBJETIVOS GERAIS
1º ano 2003	<i>“Reconhecer a real situação de vida e de saúde da comunidade (como vivem, porque adoecem e morrem os cidadãos) e ainda participar das estratégias de proteção e cuidados à saúde, desenvolvidas através da rede de atenção básica do Município de Botucatu.”</i>
2º ano 2004	<i>“Desenvolver uma formação médica que propicie uma atuação humanizada junto à população; desenvolver 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 a rede de atenção básica do Município de Botucatu.”</i>
3º ano 2005	<i>“Manter o desenvolvimento de 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 a rede de atenção básica do Município de Botucatu.”</i>

UNESP, 2003, 2004, 2005¹².

Em relação ao cenário de prática, conforme consta em relatório, o primeiro ano da graduação 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).

Dentre as estratégias estabelecidas para atuação dos estudantes na comunidade encontravam-se ainda: a realização de visitas domiciliares para observação e acompanhamento de crianças menores de dois anos; o reconhecimento do território referenciado a uma unidade de saúde visando a compreensão de aspectos do SUS; visitas e

¹² UNESP. Programa de Interação Universidade, Serviços e Comunidade para os anos de 2003, 2004 e 2005; estão representados na íntegra no anexo 07.

reconhecimento do trabalho desenvolvido nas UBS e nos equipamentos sociais (creches, escolas, centros comunitários, entre outras organizações de assistência), atentando para a interface saúde-educação e para a elaboração de práticas de prevenção e promoção à saúde por meio de atividade de educação em saúde orientadas para problemas específicos do bairro ou das escolas, detalhadas no anexo 05 (UNESP, 2002b; CYRINO et al., 2006).

Uma estratégia que merece destaque, na proposta elaborada para o IUSC, é a visita domiciliar: compreendida como um campo de conflito.

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 famílias¹³.

A opção que consta no documento do Promed refere-se à primeira proposta, na qual cada aluno faria, em média, 20 ou 30 visitas às famílias durante o ano, levantando aspectos relacionados a determinantes sociais do processo saúde-doença, para posterior estudo destinado à caracterização do território (UNESP, 2002b).

Na sequência, 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, com as atividades distribuídas em quatro ou cinco vezes ao ano.

Assim, os recém-nascidos e suas famílias foram selecionados pelo cadastro de nascidos vivos da Maternidade do Hospital das Clínicas

¹³ CYRINO, E.G. (Faculdade de Medicina, UNESP- Campus de Botucatu). Comunicação pessoal, 2009.

da UNESP e da Maternidade do Hospital Sorocabano de Botucatu. A partir dessa seleção, os alunos iniciariam as visitas domiciliares com entrevistas às famílias usando roteiro semiestruturado e, pela proposta estabelecida, deveriam acompanhar as mesmas crianças até o 6º ano do curso médico.

Após alguns meses de prática na comunidade e considerando as primeiras avaliações de alunos e professores a respeito das atividades ali desenvolvidas, o grupo de formuladores do programa faz uma revisão da proposta especialmente em relação ao objetivo da visita domiciliar. E, a partir dessas discussões, há uma complementação da referida atividade para o segundo semestre desse mesmo ano (UNESP, 2005a).

A segunda proposta em relação à utilização da visita domiciliar, ou seja, como estratégia pedagógica, passa, então, a ser desenvolvida no segundo semestre do 1º ano. Houve uma revisão e readequação dos objetivos e os alunos passaram a acompanhar os bebês até o 2º ano de vida, durante o ano todo, com um plano de visitas temáticas relacionadas à saúde infantil: amamentação, vacinação e desenvolvimento infantil no primeiro ano de vida¹⁴.

Assim, o que se pode perceber na pesquisa dos documentos é que, durante a implantação do IUSC, ocorreu uma mescla entre duas propostas de atividades para a visita domiciliar: os alunos iniciaram visitas rotineiras às casas das famílias, utilizando-se de entrevistas com um modelo de inquérito populacional epidemiológico e, a partir do segundo semestre, enfocaram também temas da saúde infantil preestabelecidos, visando à formação de vínculos interpessoais.

De acordo com o material pesquisado, ainda é possível observar que, no ano seguinte, em 2004, com a implantação do 2º ano do IUSC, algumas estratégias foram reformuladas, especialmente a das visitas domiciliares. Assim, as famílias a serem acompanhadas desde o 1º ano passaram a ser indicadas pelos profissionais das unidades de saúde; o contato com as mesmas passou a ser realizado previamente pelos

¹⁴ ROMANHOLI, R.M.Z. (Faculdade de Medicina, UNESP – Campus de Botucatu). Comunicação pessoal, 2009.

professores-tutores ou agentes comunitários de saúde, e os objetivos foram redefinidos de modo a se estabelecer uma continuidade do trabalho nos dois primeiros anos (UNESP, 2004).

Para auxiliar essa nova prática, os professores-tutores deveriam preparar seus respectivos grupos, a visita às casas deveria ser feita sob a forma de conversa com temas indicados, também, pelas famílias e a coordenação geral do IUSC. Caberia organizar aulas e palestras para os alunos sobre os referidos tópicos no sentido de subsidiar teoricamente as atividades nos bairros. E, dessa maneira, as atividades desenvolvidas deveriam, a todo momento, ressaltar a importância de se reconhecer o espaço comunitário como um lugar de relações a serem estabelecidas com as famílias, e de produção de saúde a partir de suas peculiaridades¹⁵.

A relevância da proposta também foi destacada no jornal da cidade de Botucatu, com a manchete “Futuros médicos vão para periferia”, ressaltando o trabalho desenvolvido pelos alunos nos bairros do município e apontando como principais objetivos do programa: “verificar a área de abrangência do bairro, promover o acompanhamento de recém-nascidos e sua família, reconhecer o cenário social do trabalho médico e profissional da saúde e, ainda, participar ativamente em ações desenvolvidas pela comunidade para a própria comunidade” (FUTUROS..., 2003).

Para acompanhar o desenvolvimento dessa nova estratégia curricular da FMB, constituiu-se, em 2004, 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 propósito de se identificarem as fragilidades e fortalezas que, por ora, fossem aparecendo na proposta de ensino na comunidade.

Além dessa comissão, já era prevista a realização, ao final de cada semestre, de avaliações do curso, com estudantes e professores, por

¹⁵ CYRINO, E.G.; ROMANHOLI, R.M.Z (Faculdade de Medicina, UNESP – Campus de Botucatu). Comunicação pessoal, 2009.

meio de instrumentos propostos pela coordenação, visando obter dados qualitativos e quantitativos (PEROSA; ROMANHOLI; CYRINO, 2005).

A operacionalização do Programa IUSC se deu por um processo gradativo de implantação e readequação, de acordo com a realidade que se apresentava durante o processo de vivência, revelando tanto situações conflituosas e imprevistas, como facilitadoras para o desenvolvimento das estratégias.

Durante todo o processo de implantação do Programa, houve momentos de revisão dos objetivos, das estratégias e dos instrumentos de avaliação, de maneira que o desenho da proposta foi se definindo ainda mais.

A participação dos alunos, dos professores-tutores, dos profissionais dos serviços de saúde e da própria comunidade, nesse processo de revisão e reavaliação da proposta de ensino na comunidade, foi de relevante papel para que muitos aspectos do Programa fossem readaptados (UNESP, 2005b; CYRINO et al, 2007). Consequência disso foram as atualizações realizadas anualmente nos Programas do 1º ao 3º ano, resultando na programação mais recente, como pode ser melhor observado, no anexo 06, que traz os objetivos e estratégias para o 1º, 2º, e 3º anos do IUSC, em 2008.

1.4. A consolidação do IUSC como disciplina

Em 2005, novamente, o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, lança novo edital de incentivo à reforma curricular: o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde, que possui perspectiva semelhante à do Promed; a reorientação da formação profissional em escolas superiores na área da saúde (sobretudo medicina, enfermagem e odontologia) em direção a maior integração das instituições de ensino ao serviço público de saúde, na construção e fortalecimento do SUS (BRASIL, 2007).

Mais uma vez, a FMB-UNESP foi contemplada com os recursos do Ministério da Saúde, visto que a Coordenação do Programa IUSC, bem como o Núcleo de Apoio Pedagógico (NAP) e sua Frente de Ensino na Comunidade se empenharam em destacar a necessidade de se continuar investindo nesse Projeto, demonstrando as reestruturações já realizadas 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 (UNESP, 2005b).

Destaque deve ser dado, dentro dessa perspectiva, ao apoio da diretoria da FMB e de seu Conselho de Curso na busca da concretização e continuidade da proposta do IUSC. Desse modo, o IUSC, que se iniciou em 2003, na condição de um “Programa”, pleiteou a condição de disciplina curricular a partir de 2005.

Após diversas discussões e reuniões entre conselho de curso, membros do NAP e alunos, sobre a possibilidade do Programa IUSC tornar-se Disciplina (IUSC I, II e III), a proposta foi colocada em pauta na reunião da Congregação da FMB-UNESP. Foi debatida intensamente e aprovada em 2006, para que, a partir do seguinte ano, fosse implantada gradativamente do 1º ao 3º ano na grade do curso médico (UNESP, 2006).

No sentido de promover a visualização de todo esse processo de construção relatado nos tópicos anteriores, o quadro abaixo apresenta, de maneira sintética, as principais informações do processo de operacionalização do IUSC.

QUADRO 6. SÍNTESE DOS PRINCIPAIS ASPECTOS DO IUSC NA SUA IDEALIZAÇÃO E DURANTE SUA CONCRETIZAÇÃO.

A PROPOSTA PEDAGÓGICA DO PROMED (2002)	O PROGRAMA IUSC OPERACIONALIZADO (2003 a 2005)
<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. 	<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.
<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 ↓ 9 áreas de abrangência de UBS/USF ↓ 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"> ▫ 11 professores-tutores (multiprofissionais) ▫ Preparo para metodologia problematizadora alunos do 1º ao 3º ano médico ↓ 11 Grupos de 8 a 9 alunos ↓ 11 Áreas de abrangência de UBS ↓ ▫ 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 (3 bebês/aluno durante o 1º e 2º anos) ▫ reconhecimento das UBS e equipamentos sociais (creches, escolas, projetos sociais) ▫ atividade de educação em saúde baseada em demandas específicas do bairro ou das escolas/creches ▫ atendimento em clínica de adulto nas UBS/USF

Fonte: UNESP (2002b, 2002c, 2005a).

DISCUSSÃO

Do conteúdo exposto a respeito do contexto em que se deu a formulação do Programa IUSC, cabe reconhecer a forte influência de políticas governamentais de indução de projetos de reorientação do modelo político-pedagógico da educação médica no país. Tais políticas tiveram início nos primeiros anos da década de 2000, e, mais tarde, se consolidaram como incentivo às reformas já comentadas, nos três níveis de atuação: orientação teórica, cenário de práticas e abordagem pedagógica.

Cabe também lembrar que a legislação infraconstitucional - lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, em seus artigos 13º, 15º e 27º - deu a base jurídico-política para que o Ministério da Saúde viesse a ordenar a formação de recursos humanos em saúde, processo que, todavia, só teve início doze anos após a implantação do SUS (BRASIL, 1990).

Essas políticas (Promed, Pró-Saúde, Pet-saúde), que se fizeram em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais, buscaram dar suporte financeiro, apoio técnico e político às instituições selecionadas, as quais deveriam conformar-se como exemplos de seu alcance.

É notável que tais mudanças se fizessem em contexto pós reforma sanitária e em consonância com a implantação do Sistema Único de Saúde, quando uma nova agenda de questões relativas à formação de profissionais de saúde vinha sendo construída por diferentes sujeitos nesse processo, e, sobretudo, quando havia o reconhecimento do Estado em executar a dinâmica de ajustamentos necessários para a sintonia entre necessidades sociais, dimensionamento da força de trabalho e aparelho formador (CAMPOS et al., 2001).

Parte desses ajustes procurou ser realizado com a implementação dos programas estatais de incentivo às reformas curriculares, os quais tinham, como prerrogativa, as readequações em aspectos relevantes para a formação médica, tais como: necessidade de se ampliarem os espaços de ensino para além da Universidade e de se

auxiliar no desenvolvimento de programas de atenção básica, como o Programa Saúde da Família (OLIVEIRA, 2008).

A FMB, que foi uma das escolas médicas selecionadas por esse projeto de indução, conseguiu angariar apoio político institucional interno e tratou de desenvolver recursos necessários para reformulação curricular. Desse modo, empenhou-se fortemente, ao elaborar e implantar propostas contidas no Promed, nos Cenários de Práticas, sobretudo com o Vetor 5 - Diversificação de cenários de ensino-aprendizagem. Em segundo lugar, mas não com tanta ênfase, o eixo da Abordagem Pedagógica, Vetor 3 - Mudança pedagógica na direção de um aprendizado mais efetivo, também foi bastante estimulado, tanto como proposta adotada pelo IUSC como pelo compromisso do NAP na capacitação docente dos diversos departamentos da faculdade (UNESP, 2007).

Discutindo-se agora, mais especificamente, a respeito da proposta de formulação de ensino na comunidade (o IUSC), a mesma trouxe novos elementos, por referência, àqueles anteriormente apresentados à época, de outras reformas implementadas, especialmente sob a influência do Projeto Uni em Botucatu.

Ao se pensar, pois, na palavra inovar, inovadora, que, segundo o dicionário Aurélio, significa: “Introduzir novidade em, renovar, tornar novo”, é possível dizer que o IUSC traz aspectos distintos das experiências anteriores de ensino na comunidade na FMB.

Cunha et al. (2001) também vêm apontando a importância de se identificarem experiências inovadoras, que acontecem no limite de uma disciplina ou entre disciplinas de um mesmo ano e curso, as quais podem vir a favorecer rupturas com as formas tradicionais do ensinar e do aprender, de maneira a contribuir para a melhoria do ensino e da aprendizagem nas universidades.

Em outro estudo sobre as possibilidades de readequação da Educação Médica, Almeida (1999) assinala que as iniciativas nesse campo podem ocorrer em diferentes planos de modificação: o plano da

inovação, o plano da reforma e o plano da transformação. Em relação ao plano da inovação, estariam as mudanças da educação médica,

“geralmente pontuais, localizadas, particulares e parciais, as inovações concentram-se nas atividades, nos meios e nas relações técnicas entre os agentes do ensino e o processo de ensino. Desenvolve-se em paralelo, respeitando o predomínio do tradicional, sem preocupação em aprofundar a análise dos fatores que determinam o modo dominante de formação”
(ALMEIDA, 1999. p.10).

Considerando-se os parágrafos anteriores e pensando-se em como se deu o processo de desenvolvimento da proposta do IUSC, algumas peculiaridades podem caracterizá-lo como inovador e serão descritas a seguir.

Um aspecto considerado diferencial no IUSC é que a proposta metodológica de trabalho com os estudantes deveria embasar-se em uma pedagogia problematizadora. Verificou-se, pelos documentos pesquisados, que os idealizadores buscaram, nas teorias de Paulo Freire, subsídios para efetivar um processo de ensino-aprendizagem mais reflexivo e interativo, tornando-o uma “aventura criadora”, e não mais a mera repetição de lições e conteúdos.

De acordo com os dados obtidos, a problematização deveria trazer, para ao aluno, o ato constante da reflexão, que, segundo Freire (1999; 2007), se caracterizaria como um construir e reconstruir conhecimentos, de maneira a interferir e mudar, tornando o sujeito crítico de seu próprio processo de aprendizagem.

Para esse mesmo autor, os problemas a serem estudados pelos alunos precisam valer-se de um cenário real, serem apercebidos pela observação da realidade, de maneira que possam manifestar-se para alunos e professores com todas as suas contradições (FREIRE, 1992).

Ainda em relação à metodologia, Cyrino e Toralles-Pereira (2004), que estudaram duas estratégias pedagógicas - a problematização e a aprendizagem baseada em problemas (ABP) - referem que ambas

caracterizam-se como “educação problematizadora”. E que, assim sendo, trabalham:

“... a construção de conhecimentos a partir da vivência de experiências significativas e, se apóiam nos processos de aprendizagem por descoberta, em oposição aos de recepção (em que os conteúdos são oferecidos ao aluno em sua forma final), os conteúdos de ensino não são oferecidos aos alunos em sua forma acabada, mas na forma de problemas” (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004. p.781).

Nesse sentido, a experiência do IUSC traz oportunidade aos estudantes de um aprendizado que se diferencia daquele adquirido no interior do hospital-escola, e daquele experimentado pelas outras propostas de ensino na comunidade da FMB-UNESP, pois experiências pedagógicas apoiadas na problematização (e/ou na aprendizagem baseada em problemas - ABP) “podem representar um movimento inovador no contexto da educação na área da saúde, favorecendo rupturas e processos mais amplos de mudança” (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004, p.785).

Trazendo a esse contexto a experiência de formulação e operacionalização do IUSC, que se inicia já no primeiro ano do curso médico, é possível perceber, ao se analisarem os documentos, que existia uma preocupação de seus idealizadores com a recomposição dos significados a respeito da integralidade e humanização do cuidado, visto que os referidos temas poderiam adquirir diversos sentidos na prática do profissional da saúde.

Esse aspecto também se apresenta como particularidade do IUSC, já que toda proposta estava embasada nos eixos temáticos de Integralidade e Humanização (I/H). Porém, apesar dos campos conceituais estarem “introjetados” nas concepções de seus formuladores, não existia uma descrição clara de tais conceitos na proposta escrita enviada ao Ministério da Saúde, no Promed.

Pela análise das documentações, foi possível observar que os

sentidos da Integralidade embutidos nos objetivos e estratégias do Programa relacionam as definições apresentadas por alguns estudiosos, entre os quais podem ser citados: Almeida et al. (2007), ao referirem que “o paradigma da integralidade propõe um equilíbrio entre a excelência técnica e a relevância social, além de valorizar tecnologias pedagógicas desenvolvidas na área da educação...” (ALMEIDA et al., 2007, p.157); e Feuerwerker e Cecílio (2007), que enfatizam a integralidade como um conceito ampliado de saúde no qual:

“A diversificação dos cenários de aprendizagem é fundamental porque há diferentes tipos de complexidade envolvidos nos problemas de saúde, que exigem a mobilização de diferentes áreas de saber e de diferentes tecnologias e todos eles precisam ser endereçados durante a formação...”
(FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007, p.967).

Nesse sentido, foi possível verificar que a operacionalização dos conceitos na prática do IUSC foi sendo construída gradativamente, e que na proposta inicial não havia ainda definição clara sobre eles. Assim, os eixos temáticos de Integralidade e Humanização foram sendo constantemente discutidos durante as reuniões de coordenação e, após a experiência dos primeiros anos de implantação, surge uma produção científica do Núcleo de Apoio Pedagógico (NAP), professores e coordenadores do IUSC, os quais passam então a definir, com mais clareza, o que significa ter um ensino na comunidade voltado para integralidade e humanização¹⁶.

Assim, o sentido de integralidade na perspectiva do IUSC é reelaborado, passando a proporcionar, nas atividades práticas dos alunos,

“... um contato regular e permanente com a comunidade e a criação de espaços curriculares de prática, discussão,

¹⁶ CYRINO, E.G. (Faculdade de Medicina, UNESP – Campus de Botucatu). Comunicação pessoal, 2009.

capacitação e intervenção para que as mesmas sejam incorporadas a uma prática clínica voltada à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação” (CYRINO et al.; 2006, p.76).

Essa colocação parece relacionar-se mais diretamente com a organização dos serviços e das práticas de saúde trazida por Mattos (2001), na qual destaca que a vivência do estudante em espaço comunitário de prática possibilita uma mudança no pensar a atenção à saúde das pessoas, da família e daquela comunidade, levando-os a exercitarem a integralidade no cuidado do paciente.

Para Oliveira (2008), a participação dos alunos na vida cotidiana da comunidade e na construção de ações de promoção da saúde, baseadas nas necessidades de saúde de uma referida região e articuladas com a gestão local, pode representar uma importante estratégia de formação em saúde integral, na lógica proposta pelo SUS.

Já em relação ao sentido da humanização construído pelo mesmo grupo do IUSC, está pautado em uma formação profissional que valorize:

“... a busca pelo conhecimento da história de cada paciente, priorizando, desta forma, uma relação mais individualizada no atendimento, na qual o médico e seu cliente se identifiquem, apresentem-se, percebam-se e, assim, façam da consulta uma oportunidade de compartilhar a situação, podendo criar um clima de confiança” (CYRINO, 2005b. p.34).

Da mesma maneira que a integralidade, a humanização também adquire diferentes sentidos, e o processo de construção desses conceitos, na prática, foi acrescido da vivência cotidiana dos alunos e professores do IUSC para sua operacionalização. A busca dos formuladores era trabalhar na direção de habilitar o futuro médico para o atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento (TEIXEIRA, 2005).

De acordo com as proposições dos estudiosos do IUSC, o

significado da prática de humanização está embasado em diversos autores, entre as quais devem ser citados Puccini e Cecílio (2004), que descrevem a intenção humanizadora como melhoria da relação médico-paciente; que é justamente a preocupação posta na introdução deste trabalho de pesquisa, a qual também se define como meta a ser buscada pelo IUSC.

Em relação à operacionalização de tais conceitos na prática pedagógica do Programa oferecido aos alunos, é interessante destacar como a proposta de trabalho, nos primeiros anos, referia-se diretamente à busca pela prática da integralidade e humanização, conforme o Plano de atividades do IUSC.

No primeiro ano, tais práticas puderam ser associadas às atividades de reconhecimento das condições de vida e saúde da população de um território, fundamentadas na perspectiva de saúde como compreensão de vida proporcionada pelas visitas domiciliares à gestante e ao lactente, bem como avaliação e discussão de seus prontuários nas unidades de saúde.

Em relação ao 2º ano, o foco da visita domiciliar foi ampliado para a família e suas relações, além de se iniciarem práticas de planejamento, execução e avaliação de atividades de educação em saúde, buscando promover a saúde a partir dos problemas levantados pela comunidade. E, no 3º ano, os alunos começaram a realizar atendimento clínico supervisionado, preferencialmente na UBS ou USF, onde atuaram, descobrindo-se como sujeitos do cuidado médico de uma forma integral, interdisciplinar e inseridos em sua realidade histórica e social.

Com a preocupação de revelar os referidos sentidos de Integralidade e Humanização aos alunos dentro das estratégias apresentadas, o IUSC inova em oportunizar a vivência e a construção de conhecimentos não explorados habitualmente dentro dos portões da Universidade.

É justamente nesse aspecto particular que a proposta do IUSC,

de ensino orientado à comunidade, não pode significar “uma medicina diferenciada, de médico para populações pobres... nem substituir um imprescindível arsenal científico, teórico e metodológico, necessário para permitir que os estudantes conheçam as realidades sócio-sanitárias, pelo mero contato com a comunidade, como se este, por si só, tivesse o poder de revelar a dinâmica social” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS, 1992, p.49).

Mas devendo, sim, significar, a busca constante de se trabalhar a formação do médico de uma maneira que as habilidades técnicas, raciocínio clínico e os conhecimentos específicos se somem ao entendimento de emoções, valores e, sobretudo, de uma reflexão da prática cotidiana, visando o benefício do indivíduo e da comunidade atendida (EPSTEIN; HUNDERT, 2002).

Vale ressaltar, ainda, que apesar dos avanços conquistados pela FMB e seu Programa de Interação Universidade Serviço e Comunidade, novos e constantes desafios surgirão pela frente, pois, segundo Feuerwerker e Cecílio (2007), a recuperação da “dimensão cuidadora das práticas de saúde não são conceitos “pacíficos” e consensuais, e sua implementação implica em mudanças nas relações de poder entre as profissões e nas relações de poder entre profissionais de saúde e usuários” (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007, p.969).

Guimarães, Ferreira e Villaça (2008) acrescentam, ainda, à discussão sobre conteúdos, metodologias e cenários de aprendizagem, que todas essas questões precisariam ser problematizadas durante a graduação, na própria vivência do aprendizado, para que se possa encontrar o sentido humano daquilo que se faz na universidade. Isso significa dizer que a formação do estudante de medicina não pode e não deveria estar restrita somente à sala de aula, ou aos laboratórios, ou centrada nos hospitais universitários e serviços de saúde.

Outra experiência é trazida por Gil et al. (2008), os quais consideram que, embora se tenha avançado nas relações intra e interinstitucionais, a respeito dos cenários de prática, ainda é preciso

enfrentar outros desafios. Entre esses estão “a necessidade de estender a capacitação em metodologias de ensino crítico-reflexivas aos profissionais que se interessam em participar do processo de ensino aos estudantes, e também formular propostas que estimulem esses mesmos médicos e enfermeiros das equipes a se manter envolvidos neste processo...” (GIL et al., 2008, p.238). Esses autores referem ainda que a principal questão envolve a própria universidade que desenvolve tais programas, pois a sensibilização, o compromisso e a inclusão de novos docentes nessas propostas precisam ser repensados, entendendo que essas decisões sobre envolvimento esbarram na consciência e no compromisso de cada docente perante o processo de formação do estudante.

E, desse modo, com essa perspectiva futura, o Programa de ensino médico na comunidade, o IUSC, se mostra como estratégia desafiadora à própria instituição da FMB e que, associado ao presente estudo de significados trazidos pela experiência dos alunos, dá a oportunidade de se conhecer a visão dos sujeitos nesse dinâmico processo de mudança na formação médica.

2. A ESCOLHA PROFISSIONAL E O CURSO MÉDICO

Como já descrito no capítulo III (metodologia), os grupos focais tinham algumas características homogêneas que bem definiram os participantes desse estudo: alunos do 6º ano médico que vivenciaram o IUSC nos três primeiros anos de graduação, sendo a primeira turma a cursar esse Programa. Todavia, esses grupos também possuíam singularidades quanto ao modo de reconhecerem essa experiência.

Para uma melhor caracterização desses alunos, será apresentado, a seguir, como eles percebem os momentos de escolha profissional e de vivência da graduação médica nos tópicos “*ser médico: a escolha profissional*” e “*a vivência da graduação médica na FMB*” -, após o qual será abordado o objeto central da pesquisa: “**A vivência no IUSC**”.

2.1. Ser médico: a escolha profissional

“E o que contribuiu também (para minha escolha) é que eu achava o médico uma profissão maravilhosa: o maior, o que salva todas as vidas.” (GF1, aluno 8)

Os motivos apontados pelos alunos quanto à escolha da profissão médica foram muito próximos nos três grupos. Fica evidente que, para a maior parte deles, a decisão de seguir essa carreira foi influenciada por diversos interesses que, muitas vezes, se misturavam, os quais foram aqui sumarizados segundo alguns núcleos temáticos: cuidar do outro; a percepção do sofrimento humano; o interesse pelas ciências (biológicas); gostar da natureza, a experiência de cuidar de animais e a paixão por crianças; a beleza da profissão, o reconhecimento e o *status* da profissão; a influência, convívio e a admiração por familiares médicos ou profissionais da saúde; desafios relacionados ao processo seletivo, e a dedicação ao estudo.

Destaca-se, entre esses diferentes temas discursivos para a

escolha profissional, a vontade “*de exercer uma profissão que cura*”, “*que salva vidas*”, bem expressa na epígrafe, que aqui é sintetizada pela ideia do **cuidar do outro**. Esta dimensão é também tomada pela “*vontade de ajudar...*”, de “*fazer o bem para os outros*” ou proporcionar “*um conforto ao ser humano*”.

“Escolhi bem pequena, por admiração ao médico [pelo...] contato com o próximo [...].” (GF2, aluno 23)

“Quería escolher uma profissão que fizesse diferença, ajudar as pessoas.” (GF3, aluno 30)

“Penso semelhante ao que os colegas falaram, mas sempre quis fazer o bem para os outros. Na medicina você pode ajudar o próximo.” (GF2, aluno 25)

“[...] No meu caso, minha escolha nunca foi duvidosa. Eu achava o trabalho do médico bonito e era um bonito de conforto ao ser humano. Um contato próximo e bem íntimo com o outro, o ser humano. [...].” (GF2, aluno 22)

“[...] Gosto de ajudar as pessoas, conhecer melhor o ser humano e tentar ajudar de alguma forma.” (GF1, aluno 10)

“[...] e depois acabei fazendo medicina porque eu sempre tive interesse pelas pessoas também [...].” (GF1, aluno 11)

Outros alunos referem que a **percepção do sofrimento humano**, seja pela vivência de doenças na família, seja por experiências pessoais de cuidado médico, também influenciou a decisão de seguir a carreira de médico.

“[...] E tive muitas experiências familiares relacionadas à saúde, como depressão, doenças crônicas e acho; que à medida que fui amadurecendo, pensei em fazer medicina.” (GF1, aluno 10)

“Vou ser bem sincera: eu tinha uma avó que estava doente e

precisava de uma pessoa que pudesse ajudá-la. E, eu fui. Achava importante ajudar no sofrimento [...].” (GF1, aluno 4)

Contrastando com os núcleos anteriores, a curiosidade pela compreensão do corpo humano e seu interior esteve presente nos discursos de muitos sujeitos, como um **interesse pelas ciências (biológicas)**, um desejo de ser um profissional mais próximo da ciência:

*“Eu resolvi fazer medicina, porque eu sempre gostei de curativo, tratar os curativos de casa. [...] E também **sempre tive curiosidade para saber como era o ser humano por dentro** e achei que como médico eu ia me satisfazer em todos os sentidos.”* (GF1, aluno 1)

*“Eu também escolhi **por ter afinidade com biológicas**, achava bonito como isso acontecia.”* (GF2, aluno 23)

*“Eu queria ser muita coisa, lixeiro... Já pensei até em bombeiro. Passou muita coisa pela minha cabeça. **Foi na sétima série que tive contato com biologia, aí comecei a estudar o corpo humano, comecei a me interessar bastante, me identifiquei bastante**, [...]. A escolha é essa.”* (GF1, aluno 2)

*“Eu não tinha uma idéia formada do que eu ia fazer. Tinha que fazer inscrição para o vestibular. **Tinha que escolher. E eu acabei optando por medicina, porque eu gostava de biológicas, tinha interesse sobre o corpo humano**, dessas coisas assim, [...].”* (GF1, aluno 6)

*“A última coisa que eu queria era ser médica! Eu não gostava, mas na sétima, oitava série, **comecei a ver biologia na escola e começou a falar do corpo humano. Comecei a me interessar muito, gostava muito da matéria. Então, resolvi fazer medicina para conhecer mais o ser humano**. Gostava de lidar com pessoas.”* (GF1, aluno 5)

Outro aspecto também ligado à área das ciências aparece no

gostar da natureza, na experiência de cuidar de animais e a paixão por crianças:

*“Desde pequena, **eu gostava muito da natureza, animais, plantas, seres humanos [...].**”* (GF1, aluno 10)

*“**Eu na verdade sempre quis fazer veterinária. Desde pequena eu falava para minha avó que eu gostava de animais, eu tinha de todos os tipos, de periquita à peixinho em casa [...].**”* (GF1, aluno 11)

*“**Eu resolvi fazer medicina, porque eu sempre gostei de curativo, tratar os curativos de casa. Fiz o parto de minhas cachorrinhas, cuidava do filhotinho [...].**”* (GF1, aluno 1)

*“**Gostava também de mexer com a natureza, essas coisas. [...] mas eu gostava mesmo de ver sangue, dessas coisas!**”* (GF1, aluno 2)

*“**Eu também, pensei em fazer veterinária quando eu era pequeno. Eu gostava de cuidar de animais, sempre tive sítio, lidava com galinhas que às vezes tinham se machucado, [...].**”* (GF1, aluno 07)

*“**Eu também, desde criança que eu falava que queria ser médica e médica pediatra. Eu tenho uma paixão absurda por crianças, e também por gostar muito de biológicas. Eu entrei pensando nisso e vou sair pensando nisso, que o que eu quero na minha vida é ver a ciência com criança, que é minha paixão, na forma de ajudar e entender mais esse universo.**”* (GF1, aluno 4)

A beleza da profissão, o reconhecimento e o status por ser médico, também, foram apontados como responsáveis pelas escolhas dos alunos. Nessa dimensão, é possível destacar que, para alguns deles, a nobreza da profissão também se relaciona à possibilidade de associar conhecimentos, ter garantia de emprego no mercado de trabalho e

retorno financeiro.

*“Eu não sei o porquê, mas desde que eu entrei, **a cirurgia plástica eu acho lindo, acho maravilhoso.** Alguém faz uma reconstrução que seja importante, **porque de algum jeito você conseguiu melhorar a aparência de alguém,** é isso o que eu sempre pensei!”* (GF1, aluno 11)

*“Eu também desde pequena sempre quis fazer medicina. Não tive nenhuma influência de família. Apoiaram quando eu decidi, mas minha decisão de escolha foi mais provocação, vontade e também **acho que pelo respeito, espaço e valorização da profissão.**”* (GF1, aluno 3)

*“Eu estava perdida, decidi o que fazer no segundo semestre do 3º colegial, [...]. Quando cheguei à conclusão, porque além de gostar da área, **eu achava que era uma área super respeitada, médico era uma pessoa de respeito dentro de uma sociedade, que conseguia ajudar todo mundo e todo mundo o valorizava por isso. Não era como a profissão do professor, que eu acho maravilhosa, mas não é bem remunerada, os alunos não tratam bem, todo aquele problema do professor, então optei pela medicina.**”* (GF1, aluno 9)

*“Escolhi bem pequena [...] e também por admirar alguns médicos que estavam perto de mim, **admirar os conhecimentos, a cultura, a comunicação [deles].**”* (GF2, aluno 23)

*“[...] e também **pensei no mercado de trabalho [...] O médico sempre vai ter emprego.**”* (GF2, aluno 23)

A influência, convívio e, até mesmo, a admiração por familiares médicos ou profissionais da saúde levou alguns alunos a escolherem a medicina. Alguns desses profissionais, por sua vez, representaram modelos de ser médico.

*“Pensei em um monte de coisa! Engenharia... **Mas sempre me identifiquei com a doença. Meus pais são médicos e a gente vive nesse meio [...].**”* (GF2, aluno 26)

*“Não lembro direito porque escolhi, a **minha mãe é enfermeira e sempre tive contato com isso e também gostava da área de biológica.**”* (GF3, aluno 31)

*“Desde criança sempre pensei nisso, **meu pai é médico e me levava com ele. Não me imagino fazendo outra coisa. E nos primeiros anos, mesmo com as disciplinas básicas e a tentativa do IUSC de aproximar com pessoas eu nunca tive conflito. Ver a cumplicidade que os pacientes têm com a gente.**”* (GF2, aluno 24)

*“Escolhi bem pequena, por admiração do médico (...) de **alguns médicos que estavam perto de mim, admirar os conhecimentos, [...].**”* (GF2, aluno 23)

Alguns alunos apontaram que a escolha foi feita consciente dos desafios futuros **relacionados ao processo seletivo, dedicação ao estudo** e ao comprometimento com a profissão.

*“Tive influência do meu irmão que é mais velho e fez medicina. **Sabia também da dedicação, do estudo e eu sempre gostei de estudar.**”* (GF2, aluno 25)

*“[...] a partir de orientação vocacional, percebi que era a área de biológicas, mas eu não tinha a opção em medicina **porque eu achava muito difícil de entrar por causa da cultura de que era um curso impossível de conseguir!**”* (GF1, aluno 9)

*“[...] no final do terceiro colegial que eu passei a querer medicina. Talvez (escolhi mais tarde) e deixei um pouco de lado, **pela dificuldade de entrar na faculdade, nem tinha me preparado tanto no terceiro colegial para passar na faculdade de medicina.**”* (GF1, aluno 11)

2.2. A vivência dos alunos da graduação médica na FMB

“O médico era o super herói e agora o médico voltou a ser um homem normal, que está sujeito a um monte de erros.”

(GF1, aluno 9)

Ao final do curso, e em contraste com o tópico anterior - ser médico: a escolha profissional - a satisfação e a decepção com a escolha profissional se misturaram nos depoimentos dos alunos ao tratarem da vivência na graduação médica na Faculdade de Medicina de Botucatu.

Assim, aquelas motivações que os levaram a buscar a profissão médica foram gradativamente se dissipando ao longo dos anos, dando lugar a um olhar mais crítico sobre a profissão e a prática da medicina, como expresso em diferentes colocações:

*“Quando a gente entrou na faculdade estávamos muito centrados em realizarmos a cura, a gente procura só o lado da cura: - **“Vamos curar, vamos sarar você”**, como a gente fala para as crianças. Mas acho **que eu mudei meu conceito nos seis anos que eu fiz de faculdade. Hoje eu acredito que o mais importante que curar, é confortar o paciente; para mim é muito mais importante!** Não é necessariamente curando o paciente que eu vou resolver todos os problemas da vida dele.”* (GF1, aluno 8)

*“Eu acho que a minha visão mudou um pouco, porque depois de seis anos você vê que **a medicina não é as mil maravilhas igual a gente imaginava no começo. Tem muitos problemas**, muitas coisas que não dá pra fazer por falta de infra-estrutura [...]”* (GF1, aluno 26)

*“**Agora eu vejo que não sabia nada sobre medicina. Não sabia como era o funcionamento do curso, não sabia como ia ser minha vida, futuro profissional. [...]** Antes imaginávamos em dar tudo ao paciente e hoje, o que é*

possível fazer ao paciente.” (GF1, aluno 7)

Para um dos alunos, a experiência vivida levou-o a arrepende-se pela escolha profissional.

“Eu acho que me perdi demais no começo com bastante coisa, se hoje eu soubesse de tudo o que eu iria passar, de como seria chegar até aqui, eu não teria feito medicina. Hoje para mim é um grande dilema... Se eu soubesse disso, que eu iria passar por tudo isso, eu não teria entrado nesse curso.”
(GF1, aluno 5)

Embora a quase totalidade dos alunos tenha se declarado satisfeita com a escolha feita, de maneira geral, destacaram, com muita clareza, as fragilidades do processo de formação, como: o excesso de conteúdo teórico dos primeiros anos e a falta de integração entre as disciplinas do básico com o bloco clínico e sua desarticulação com os conhecimentos necessários para o internato.

*“Bom, acho que o curso é assim: **quando a gente passa na área básica a gente até se decepciona um pouco, porque é realmente uma área muito básica**, assim você começa ficar um pouco de saco cheio com tudo que vê. **As coisas não têm relação e** o que será necessário saber, a gente só vai aprender no 4º, 5º ou 6º ano, pois não foi ensinado antes [...]”* (GF2, aluno 26)

*“Na minha opinião o conhecimento teórico do jeito que é feito, [...] **fica um negócio totalmente desconexo da prática no internato**. Para você resgatar esses conhecimentos fica muito longe, parece que você não viveu. [...] **Foi muito difícil (no internato) conseguir resgatar tudo e acaba que o aluno fica sozinho para tentar amarrar tudo isso, [...]**”* (GF1, aluno 10)

*“Acho que **50% dos conhecimentos básicos não são aproveitados, não consegue associar**. As aulas de agora seriam muito mais aproveitadas se tivessem relação. Não faz*

sentido.” (GF3, aluno 30)

Alguns alunos também destacaram a limitada atenção dada na graduação ao desenvolvimento de habilidades para uma adequada relação médico-paciente:

“A gente não aprende no curso [...] o lado da conversa, da relação médico-paciente, você não tem muito isso. Às vezes, você não tem o que fazer por ele (paciente), não tem mais remédio para dar... E porque não tem remédio, você acha que não pode fazer mais nada. E na faculdade você não aprende como lidar com isso. É muito medicalizada a medicina, é muito centrada na doença, não é centrada no paciente. (GF1, aluno 5)

“Hoje eu vejo que mais importante que o conhecimento, o conhecimento é fundamental, mas eu não tenho mais a ilusão que eu tinha de alguns anos, de sair da faculdade com um conhecimento completo da medicina [...] Mas o mais importante de tudo é o comprometimento com o paciente [...].” (GF1, aluno 10)

A vivência no internato (5º e 6º anos) foi considerada, pelos estudantes, o *lócus* mais relevante da formação médica, pela oportunidade de atuação com outros médicos e com pacientes. Enfim, tornar-se médico, para alguns participantes dos Grupos, é o momento de destaque do aprendizado, pois até então “não sabem muito mais do que a vizinha”.

“Acho que no curso de seis anos há um crescimento linear. Durante os quatro primeiros anos *você não se sente médico e sabe o que sua vizinha sabe. No internato você dá um salto muito grande, é a fase mais gostosa e boa, é tudo que você esperava.*” (GF2, aluno 23)

“[...] Então eu acho que internato teria que começar no 3º ano, [...] pois é na prática que você sofre, você vê as situações,

“você vive com a realidade, vê como os profissionais atuam. E daí você conseguiria fixar, amarrar aqueles conhecimentos (do início do curso) [...]” (GF1, aluno 10)

“[...] É a partir do internato que você vê o paciente em relação a você, é a partir do internato que você tem mais contato. Eu acho que é a partir daí que você vê a realidade médica, do ideal que você achou que estava tudo certo, tudo bonito. [...]” (GF1, aluno 11)

Considerando, ainda, outras experiências que contribuíram para a percepção dessa realidade desvendada durante o curso médico, pode ser mencionada a crítica feita por muitos alunos a respeito de médicos desumanos nos serviços de saúde e os “**antiexemplos**” que aparecem durante a formação:

“Eu acho assim, [...] que durante a faculdade, a gente tem uma série de situações que levam você para o “lado negro da força” ou para o “lado bom da força” e se você não optar por um caminho e seguir certos exemplos de profissionais, de conduta e de atenção ao próximo, você vai virar um belo técnico de condutas e diagnósticos [...]” (GF1, aluno 1)

“O que a gente tem como experiência (das situações negativas) é poder perceber porque o paciente atua daquele jeito conosco por que ele já tem uma experiência péssima com outros profissionais médicos [...]” (GF1, aluno 9)

“[...] Então é isso que fica estranho, eles (os médicos) mecanizaram muito e acham que tem que terminar até meio-dia, na hora do almoço e só! Acabou! Então é isso? Me chocou ! É assim então, a medicina? Isso é um tipo de exemplo, de comportamento para eu não seguir [...]” (GF1, aluno 2)

“[...] Você tem uma certa decepção com alguns modelos de médicos que vemos aqui, na nossa formação, mas acho

que temos que tirar de positivo, é reconhecer que não se deve fazer isso!” (GF2, aluno24)

*“Eu acho que eu me perdi demais [...] com bastante coisa, talvez por **ver muita coisa, muito anti-exemplo [...].**”* (GF1, aluno 5)

*“Muitas vezes você vê por aí... todo mundo fica taxando: - **Cirurgião é assim mesmo, é grosso! Nossa... quantas vezes eu vejo clínico muito mais grosso, obstetra grosso, que trata mal a paciente, humilhando [...]. Às vezes decepciona, aí você fica abalado [...].**”* (GF1, aluno 2)

Considerações a respeito do **mercado de trabalho, associadas à perspectiva da prática futura no SUS**, também são apontadas como fatores que foram dilapidados para construir a visão real e concreta do mundo da medicina no Brasil.

*“[...] Veja o sistema de saúde mesmo, **você vai fazer uma pequena cirurgia num posto, e nem cabo de bisturi tem, são coisas pequenas, mas que não sei, vai me desiludindo muito, [...].**”* (GF1, aluno 5)

*“[...] não tinha idéia até então como era um curso de graduação de medicina e logicamente **tem coisas que nos frustram até hoje, dentro do sistema de saúde, mas o saldo é bem positivo.**”* (GF1, aluno 7)

*“[...] É a partir do internato que você vê o paciente [...]. **Mas não posso pedir esse exame porque acabou a cota ou porque não posso pedir naquele posto. Eu tenho que encaminhar para a UNESP; e daí tem a consulta, daqui a três anos [...].**”* (GF1, aluno 11)

*“Eu acho que a minha visão mudou um pouco [...] **tem muitos problemas, muitas coisas que a gente vê que não dá pra fazer por falta de infra-estrutura** que a gente vê e encontra*

tanto aqui na faculdade como em qualquer outro lugar [...].”
(GF1, aluno 26)

Ao mesmo tempo em que os alunos referiam as dificuldades, percebiam que essas experiências menos prazerosas também podiam caracterizar-se como oportunidades de aprendizagem, crescimento e oportunidade de realizar a escolha. Os principais pontos observados e ilustrados nas falas trazidas abaixo tratam das sensações de realização pessoal pela conquista.

“No final de seis anos a minha visão de medicina não mudou, só que hoje tenho uma visão mais crítica sobre as dificuldades, as limitações. Hoje temos oportunidades de reconhecer as necessidades da população e temos bons modelos [...].” (GF2, aluno23)

*“Em relação à escolha a palavra é satisfação!! Não tenho dúvida da minha escolha [...] **O início era uma admiração idealizada, agora é mais concreto.**”* (GF2, aluno22)

*“**Meu sentimento acho que é aliviada por não me arrepende em escolher medicina e vir morar em Botucatu [...].**”* (GF2, aluno24)

*“Para mim, é mais ou menos isso também. Eu acho assim, **apesar dos problemas eu não gostaria de fazer outra coisa, não me vejo fazendo outra coisa [...].**”* (GF1, aluno 11)

Cabe enfatizar que, nesse processo de caracterização dos participantes da pesquisa, não se identificaram diferenças entre os três grupos focais quanto à presença dos núcleos temáticos apresentados, tendo chamado a atenção a relativa homogeneidade desse tópico nos grupos.

DISCUSSÃO

Ao tratar dessa primeira parte da análise dos grupos focais – a escolha profissional dos alunos e o modo como percebem a profissão às vésperas da formatura –, é possível notar nítidas diferenças sobre suas compreensões prévias e atuais.

Essa questão aparece claramente nas epígrafes escolhidas para abrir a apresentação dos tópicos, mostrando, de um lado, a imagem do médico como o “salvador (de vidas)”, e, de outro, o “homem normal” e falível; ou seja, parece que a idealização que permeava o discurso da escolha foi substituída pelo mundo real, das relações humanas, dos limites e conflitos.

A opção da medicina como profissão revelou-se com vários sentidos, os quais são colocados pelos alunos como motivos que vão desde a preocupação com o outro, o ser humano, até o interesse pela biologia e pela ciência do corpo humano e de suas células.

As razões das escolhas evocadas por estes alunos de 6º ano (quase médicos em 2008) se assemelham às destacadas por Ramos-Cerqueira e Lima (2002). Segundo as autoras, “as motivações que levariam jovens adolescentes a uma opção profissional tão relacionada à dor, sofrimento e morte, pertencem a dois níveis: conscientes e inconscientes”. Em relação à escolha consciente podem ser citados:

“o desejo de compreender, de ver, o desejo de contato, o prestígio social, o prestígio do saber, o alívio prestado aos que sofrem, a atração pelo dinheiro, a necessidade de ser útil, a atração pela responsabilidade ou pela reparação, o desejo de uma profissão liberal e a necessidade de segurança” (RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002, p.109).

As razões inconscientes, por outro lado, são muitas vezes impensáveis para os estudantes, particularmente quando colocam em risco seus valores morais.

Schraiber (1993; 2008), que realizou estudos com médicos

formados ainda sob a égide da medicina liberal (de 1940 a 1950) e mesmo com aqueles graduados já na época da medicina tecnológica, na década de 1980, também traz resultados similares. Segundo essa autora, os sentidos para os médicos identificarem a si mesmos e aos outros podem corresponder à “multiplicidade de situações de trabalho” e dizem respeito a várias compreensões que serão colocadas a seguir.

A primeira delas diz respeito à escolha da medicina como sacerdócio, que é o mais clássico desses sentidos: o médico como “**homem que serve aos outros**”; que deve esperar a clientela, estar disponível, atento e “acima de tudo ser dedicado e responsável por seus doentes” (SCHRAIBER, 2008, p.143).

Outro sentido destacado pela autora, já na modernidade, é o da medicina científica, o médico como “**homem da ciência**”. Tema este que corresponde, em boa parte, às escolhas feitas pelos alunos como interesse pela biologia e o corpo humano.

É relevante destacar, também, que muitos fizeram a opção pela profissão, conscientes de que essa decisão implicaria renúncia, sacrifícios e uma vida de esforço, compensada pela “reconhecida autoridade social e elitização na hierarquia do trabalho, com correspondentes vantagens materiais”. Esse conjunto de características define outra dimensão do ser médico - a “**nobreza da profissão**” (SCHRAIBER, 2008, p.145).

Ramos-Cerqueira e Lima (2002) reforçam a colocação anterior, ao estudarem a formação da identidade médica, referindo que a escolha pela carreira médica traz consigo mudanças fundamentais na vida do jovem “que enfrenta a intensa competição do vestibular, aprendendo precocemente a renunciar a desejos, prazeres, horas de lazer e à companhia de amigos e familiares...” (RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002, p.108); o que fica bem exemplificado na seguinte fala de um dos alunos:

*“[...] mas se eu tiver que **diminuir algumas coisas que gosto de fazer (família, hoby...), independente de minha profissionalidade, eu vou fazer. Eu concordo com a colega***

*(que é difícil a dedicação ao estudo e trabalho), mas não mudou minha opinião porque **a minha mãe, quando eu era pequeno, já falava isso, então eu já sabia que eu ia estudar pra caramba, isso eu sabia mesmo! [...]***” (GF1, aluno 2)

Ainda nessa mesma direção, de pensar no processo de formação e escolhas dentro do campo da medicina, muitos médicos, e também os sujeitos da presente pesquisa, têm como imagem a ser admirada a dos familiares e profissionais que atuam na medicina ou em outros campos da saúde. E essa “**base familiar**” na profissão médica é ainda muito comum.

É possível perceber, na presente pesquisa, que uma boa parte das falas dos alunos refere-se ainda à escolha da profissão com grande componente ideológico, que pode ser reconhecido como “generosidade” ou “caridade”, enquadrando-se no primeiro sentido colocado por Schraiber (2008). E, sendo assim, a experiência dos seis anos de formação e a proximidade com a vida profissional futura trazem, à consciência dos alunos, que a medicina e o transformar-se em médico pode levá-los a um mundo muito diferente daquele que imaginavam, ao entrarem no 1º ano do curso médico.

Nesse sentido, vale destacar os estudos de Nogueira (2007), nos quais ele discute que “muitos dos valores e da visão de mundo” que possam estar presentes nos ideais dos profissionais médicos (ou dos futuros médicos) provêm das dimensões da medicina liberal. Segundo o autor, o desenvolvimento do complexo médico-industrial e o surgimento da medicina tecnológica (ou medicina neoliberal) reduziu a prática da medicina liberal apenas a um componente da nova forma de organização social, porém, mesmo permanecendo secundária e dominada, continuou a ser fonte inspiradora de muitos posicionamentos ideológicos e dos movimentos políticos dessa categoria.

Considerando que todo processo de formação e de prática médica se dá em uma sociedade de classes e de valores alheios à ordem médica, talvez, o que precisa ser melhor observado, em particular, é como

os alunos percebem a futura entrada no universo da profissão e da própria medicina, os quais são marcados pela hierarquia e poderes que a própria sociedade neoliberal impõe a esses profissionais.

Nesse aspecto, chama atenção que, para muitos alunos, as dificuldades relacionadas à profissão do médico são consideradas responsabilidades de outras esferas (sobretudo a social e a econômica), e, desse modo, não são percebidas como inerentes à escolha que fizeram.

No que diz respeito a esses problemas apontados durante a realização do grupo focal, os participantes destacaram, especialmente: “a falta de infra-estrutura nos serviços de saúde”; a “deficiência na organização e funcionamento das unidades de saúde e pronto-socorro”, e “as frustrações frente às expectativas que tinham quanto ao comportamento de pacientes e médicos”.

Mais especificamente, em relação às situações de dificuldade e conflitos que se apresentaram durante o curso médico, sobretudo quanto à percepção de médicos desumanos, com posturas antiéticas e, também, em relação à descoberta das condições de trabalho futuro, especialmente no SUS, os alunos trouxeram, com clareza, “o desejo” de seguirem um caminho diferente, ou seja, de buscarem alternativas para não se “transformarem” nos modelos criticados.

Essa postura dos alunos pode ser comparada com as colocações de Birman (2009), quando discute a questão “do esquecimento da medicina como uma prática de cuidados..., na qual o enfermo, se defronta tragicamente com a dor e a possibilidade da morte”. E, que para recuperar isso, “é preciso que a figura do médico possa acolher a do doente no seu sofrimento e angústia, dialogando e estando efetivamente disponível para esse no campo da relação médico-paciente” (BIRMAN, 2009, p.1).

*“Quando a gente entrou na faculdade éramos muito centrados em realizarmos a cura, a gente procura só o lado da cura: - **“Vamos curar, vamos sarar você”**, como a gente fala para as*

*crianças. Mas acho **que eu mudei meu conceito nos seis anos que eu fiz de faculdade. Hoje eu acredito que o mais importante que curar, é confortar o paciente; para mim é muito mais importante!** Não é necessariamente curando o paciente que eu vou resolver todos os problemas da vida dele.”*
(GF1, aluno 8)

Para alguns alunos, a percepção da prática médica é semelhante às colocações desse mesmo autor, quando expressa que a dor e a angústia do doente foram excluídas da prática médica. E que a Medicina se torna “um conjunto de especialidades em que o médico não olha jamais para o doente como uma totalidade e uma pessoa, mas como um órgão ou um sistema em estado de descompensação funcional...” (BIRMAN, 2009, p.1).

*“[...] A gente não aprende que é muito importante ter mais enfoque, por exemplo, na psicologia médica, no lado da conversa, na relação médico-paciente, você não tem muito isso. Às vezes, você não tem muito mais o que fazer por ele, não tem mais remédio para dar [...] e **você acha que não pode fazer mais nada (porque) na faculdade você não aprende como lidar com isso. É muito medicalizada a medicina, a medicina é muito centrada na doença, não é centrada no paciente.**”* (GF1, aluno 5)

Finalizando esta discussão cabem ainda algumas considerações de Pereira (2005), que traz a questão “das tensões existentes entre a esfera médica e outras esferas sociais”, as quais podem relacionar-se aos diversos sentidos do ideal médico. Segundo o autor, o comportamento desse participante da relação social (o médico), “... terá de levar em consideração não só os fins diversos de outros participantes da relação social na qual está envolvido, mas também os objetos alheios ao sentido que podem favorecer ou impedir a sua consecução” (PEREIRA, 2005, p.177).

Pensando, agora, nos depoimentos obtidos durante a

realização dos Grupos Focais a respeito do ser médico e de como permaneceu a escolha após os seis anos de curso, é possível destacar o quanto o “ideal médico” dos alunos da FMB-UNESP se apresenta sob diferentes matizes. Isso significa dizer que estão ainda muito suscetíveis quanto à escolha do modelo de conduta pelo qual devem se pautar para exercer a prática profissional, ou seja, estão no momento de perceber se continuam em seus próprios ideais ou se deixarão que outros modelos, de orientação ideológica, acabem decidindo por eles.

3. VIVÊNCIAS E PERCEPÇÕES DOS ALUNOS NO PROGRAMA DE INTERAÇÃO UNIVERSIDADE, SERVIÇO E COMUNIDADE (IUSC)

“[...] hoje, depois de seis anos, a gente já é quase médico e daqui a pouco a gente tem CRM e ainda se depara com a mesma sensação (de impotência) que vivia no IUSC [...]. Mas acho, que é uma coisa que a gente vai experimentar pelo resto da vida, porque a medicina é importante, mas ela não é tudo [...].” (GF2, aluno 23)

O estudo da vivência dos alunos no IUSC, dimensão central deste trabalho, foi organizado segundo os núcleos temáticos mais expressivos identificados nos Grupos Focais: **a) A visita domiciliar; b) A educação em saúde na comunidade; c) Revisitando o IUSC no 6º ano.**

3.1. A Visita Domiciliar

Ainda que o IUSC contasse com distintas estratégias de ensino-aprendizagem, a visita domiciliar foi o tema que ocupou a maior parte do tempo dos grupos focais e que mais polemizou a discussão entre os alunos.

Como visto anteriormente, essas visitas eram realizadas às famílias residentes na área de abrangência das UBS, em bairros da periferia da cidade de Botucatu, universo bastante distinto daquele em que vive a maioria desses alunos, oriundos de estratos médios e altos da sociedade e recém ingressos na universidade.

Duas grandes dimensões emergiram nos depoimentos dos alunos a respeito desse tema, dentre os quais se reconheceu alguns núcleos temáticos relevantes. A primeira dimensão, de caráter mais social, se refere à percepção dos alunos a respeito das condições de vida e saúde dessas comunidades da periferia e o modo como se veem como

sujeitos nesse espaço. A segunda dimensão corresponde ao desafio da comunicação com as famílias e indivíduos dessas comunidades.

Como principais núcleos temáticos dessas dimensões destacam-se: **o olhar para o mundo da periferia; o desafio de lidar com a diferença, com o que não lhe é familiar; o querer ajudar, mas não saber como; a riqueza de interagir e comunicar-se com o outro** e, por último, **o território: o reconhecimento da comunidade como um coletivo.**

No primeiro núcleo temático a ser enfatizado, a percepção dos alunos na visita domiciliar ganhou múltiplos sentidos e permitiu a ampliação do **olhar para o mundo da periferia**. Para alguns, foi um momento de transitar no território onde vive a população de mais baixa renda e ter a chance de perceber a realidade aí vivida. Para outros alunos, a visita domiciliar oportunizou o contato com um mundo diferente do seu, dos mais pobres, ou, como disse um deles, permitiu “o *conhecimento da realidade no Brasil*”.

“A gente tinha contato com uma realidade, assim diferente, e acho que é importantíssimo para todo médico, conhecer uma casa de uma família, sabe... pobre, de ver uma casa que não tem porta. Casa que não tem piso, casa assim, em condições precárias. [...] A gente fala aí: eu quero que você jogue o lixo no lixo. E, não sabe que não tem coleta de lixo no bairro daquela pessoa, e ela não vai jogar porque todo mundo lá, joga o lixo do lado da casa dela e ela vai fazer a mesma coisa. Então, a gente ir para a periferia, conhecer isso, acho que é super importante. Mostra outro mundo pra gente.”
(GF2, aluno 24)

*“[...] Então, eu acho que o IUSC contribuiu muito **no sentido de entender a dinâmica das pessoas em suas casas e mostra um mundo realmente à parte pra gente.**”* (GF2, aluno 22)

*“[...] o que foi válido pra mim, que eu acho, que eu posso ter aproveitado - estar **numa realidade que agente não tá***

acostumado. Principalmente lá no Monte Mor (bairro visitado), que a situação é bem precária, as casas têm condições precárias, não tem rua asfaltada.” (GF3, aluno 37)

Mesmo para aqueles que, à época em que cursaram a disciplina, não percebiam a relevância do conhecimento desta realidade, isso é agora - no 6º ano – reconhecido.

*“É porque na época não percebia, agora que eu comecei a ver. Nossa! **É importante saber como são as condições de moradia da pessoa, todas essas coisas assim, quando a gente está passando na unidade (no 6º ano), a gente vê que é importante [...].**”* (GF3, aluno 31)

De um modo geral, o que se depreende dessas falas é o valor positivo atribuído pelos alunos a esse simples contato com a realidade nua e crua vivida pela população mais pobre. Positividade que também é reconhecida pela utilidade que pode vir a ter quando do exercício profissional futuro na atenção de usuários do SUS, do “SUS dos pobres”, como talvez queiram denominar:

*“A gente tinha contato com uma realidade, assim diferente, [...]. **Mesmo porque, quer queira, quer não, no SUS essa é a realidade das pessoas que a gente trabalha.**”* (GF2, aluno 24)

*“[...] Eu acho, que pra gente conhecer a comunidade, uma coisa muito importante é **conhecer a realidade das pessoas com as quais agente vai trabalhar, as pessoas que vai atender. Saber entender melhor a doença daquele paciente, porque ele trata ou não trata todas essas coisas. [...].**”* (GF3, aluno 33)

Essa percepção fica mais aguçada nos últimos dois anos do curso médico, quando a “realidade do SUS” desafia o aluno a desempenhar certo papel mais profissional.

*“[...] Acho que foi quase unânime em todos os grupos, **esse misto de sensações ruins que serviu para gente, agora a oito semanas de se formar médico, falar: - essa é a realidade do seu povo; isso é o seu país; é o que você vai ter daqui pra frente. Então, aprenda ou tente se adequar a ele, fazendo o mínimo do seu papel. E que você não pode fazer tudo, mas o que você puder fazer faça com competência e responsabilidade [...].”** (GF2, aluno 25)*

*“[...] eu acho que a **realidade só pode ser vista com o povo mesmo. Permitiu ver a realidade social, tanto que, nas visitas hoje no atendimento do 6º ano, podemos ver que a realidade de mercado de trabalho é essa [...]. Não adianta ficar protegida aqui dentro. Acho que quanto mais precoce conhecer a realidade, melhor é.”** (GF1, aluno 10)*

Mesmo para aqueles alunos, cuja expectativa de vivência profissional no SUS seja temporária, poderá, ao menos no início da carreira, ser muito útil para o inevitável período dos plantões do recém-formado.

*“[...] Só que, o que eu criticava lá no começo, agora eu enxergo de uma outra maneira porque a maioria das pessoas que se forma aqui, **pelo menos no começo, vai dar plantão fora . E a sua vivência de médico, pelo menos no começo, acho que vai ser essa mesmo. É isso!”** (GF2, aluno 25)*

Ainda em relação às vivências das visitas domiciliares, os alunos expressaram claramente problemas relacionados ao **desafio de lidar com a diferença, com o que não lhe é familiar**. Apontaram uma incompreensão, por parte da comunidade, a respeito de seu papel (enquanto aluno de 1º ou 2º ano de medicina) diante dessa nova situação de penetrar em um mundo que não era o deles.

*“[...] Então, a gente ir para a periferia, conhecer isso, acho que é super importante. [...] Mas **a gente era colocado numas***

casas e tinha que abordar, no 1º ano da faculdade, [...] coisas... perguntar tipo: - quanto que você ganha? Sabe, coisas muito íntimas para quem acabou de entrar na faculdade. A gente não sabia perguntar e eles achavam que a gente era médico, tava na faculdade de medicina, né? [...].” (GF2, aluno 24)

Alguns alunos apontaram também que a experiência na comunidade, oportunizada pelo Programa, produzia uma sensação de impotência diante da realidade social apresentada a eles. E, muitos se percebiam “paralisados” ou “expectadores” em um cenário no qual ainda não se sentiam atores.

“[...] Porque assim, quando a gente ia nas visitas, uma das coisas que a gente mais reclamava era que a gente se sentia impotente. Mesmo porque, ia na casa das pessoas, víamos que as vezes eles pediam cesta básica, leite... Perguntavam pra gente se não podíamos conseguir alguma coisa. E assim, você detectava os problemas, mas você não podia fazer quase nada [...]. Muitas vezes a gente percebe que a pessoa precisa de medicação, precisa de intervenção. Precisa? Precisa, mas é o último dos problemas dela. Não adianta nada ter o captopril para tomar para pressão e não ter o que comer ou não ter outras coisas.” (GF2, aluno 23)

Para outro aluno, revisitar a atenção primária à saúde, ao final do curso, lhe fez valorizar as experiências progressas, pois, agora, “sabe que tem coisas que não vai conseguir mudar” e percebe que tal vivência lhe foi útil para desenvolver habilidades para melhor lidar com sua sensação de impotência e, até mesmo, da soberba diante da realidade social.

“E realmente é preciso seis anos de habilidade, de treinamento... e a gente tem que se policiar, para aprender a lidar com isso. A gente aprende a se posicionar melhor,

saber que tem coisas que eu não vou conseguir mudar. Eu não vou alfabetizar aquele paciente para ele entender como vai ser a lista das dez medicações que ela vai ter que tomar. Vou precisar de ajuda, do agente comunitário, de outras instâncias, para eu conseguir mudar isso. Saber que tem coisas que eu não vou conseguir mudar. [...] que eu não vou comprar uma casa para as pessoas que não podem comprar, colocar asfalto... Então, o que mudou foi pra gente, assim, como encarar as visitas, como encarar entrar numa casa desconhecida e como se posicionar frente a isso.” (GF2, aluno 24)

Ganhou destaque, em todos os grupos focais, um discurso marcado pelo interesse em ser útil às famílias visitadas, um querer “ser médico”, frustrado pela condição de serem apenas alunos no início do curso médico - **quero ajudar, mas não sei como!**

*“[...] No 2º ano ainda persistiram essas visitas que eu não gostava muito de fazer, **apesar das minhas famílias me receberem muito bem; porque eu não achava que era útil, eu não achava que tava ajudando eles em nada; e as vezes até atrapalhando. Mas foi positivo[...].**”* (GF3, aluno 33)

*“[...] O que eu achava ruim, era essa coisa dos questionamentos das famílias, das mães; **e que nós não sabíamos nada, não tínhamos como responder, ajudar. Sentia como se estivesse usando as famílias. Talvez se tivesse um médico acompanhando, poderia ser melhor...**”* (GF1, aluno 4)

Segundo os participantes dos Grupos Focais, esse desejo de exercer um papel de apoio à comunidade era contido pelas dificuldades de responder às demandas das famílias.

“[...] a gente ia lá, na casa, e via a carteira de vacinação da criança, tentava passar algumas orientações que a gente mal

conhecia né? Ficava, às vezes, na maior saia justa porque a mãe perguntava muitas coisas que a gente não sabia responder [...]”(GF3, aluno 36)

[...] Lá, quando a gente ia na comunidade, quando o paciente fazia uma pergunta, a gente não tinha com quem discutir, faziam perguntas, e não sabíamos responder. E também, às vezes tinha alguma doença, a gente podia discutir alguma coisa, não que você tenha que saber o atendimento no sentido de orientar mesmo [...]” (GF1, aluno 6)

Esse “despreparo” para a atividade da visita domiciliar foi colocado por eles, como ausência de conteúdos teóricos inerentes ao conhecimento médico, e, aparecia como principal fator de impedimento de ajuda às famílias. Para os alunos, esse fato levava a sentimentos desagradáveis, como angústia, frustração e insegurança, tornando a experiência da visita mais difícil.

[...] quantas vezes eu não sabia responder o que as mães perguntavam. E eu falava que não sabia e... é claro que angustiava! Agora que a gente se sente preparado para aplicar mais na prática, isso se perdeu [...]”. (GF1, aluno 1)

[...] A gente nem sabia o que era um bebê direito e tinha que ficar perguntando para mãe se ele já sentava, se já deitava... E a gente não tinha noção nenhuma do desenvolvimento de uma criança, não sabia nada sobre amamentação ... e vinha a avó e perguntava ... e eu não sabia nada também de dor nas costas. Então isso foi muito, muito decepcionante, assim [...]” (GF2, aluno 26)

“A experiência foi válida? Foi, mas a gente ficava desengonçado mesmo [...] e não oferecíamos muito para as pessoas. Entrava lá e não sabia nem dizer direito porque a gente estava lá. [...]” (GF2, aluno 23)

“O que eu gostava muito era quando a visita não tinha nada a

ver com o Projeto. Eu ia para falar da criança, mas ela nunca estava lá, só a vizinha. **E era a casa mais gostosa, porque a gente ficava conversando outras coisas, sabe? Falava da vida dela na roça, no sertão, como é que era... Era um momento que ela gostava. Ela me recebia com um cafezinho feito, um bolo pronto.** Sabe, ela gostava, pois era um momento dela, era uma coisa diferente do que o Projeto se mostrava, de falar de amamentação, vacinação [...].” (GF2, aluno 24)

Ainda em relação à visita e a esse núcleo temático, é relevante apontar o destaque dado pelos alunos sobre a complexidade de “lidar” com as situações nas quais o conhecimento científico não é aplicado, o que pode dificultar a compreensão da atividade.

[...] Agora, ir na casa da pessoa e dar orientação sobre coisas que agente nem sabe direito, eu acho demais. Eu acho que você conhecendo o colégio, indo na unidade de saúde, em algum centro comunitário que tenha lá, eu acho que isso pro 1º ano é legal [...].” (GF3, aluno 33)

“É precoce, aluno de 1º e 2º ano ter contato com paciente, porque quando eu ia fazer as visitas do IUSC eu gostava do professor, eu não gostava das visitas [...] Por que? Porque eu só ia visitar a família [...].” (GF1, aluno 8)

[...] O que agente fazia naquela época eu não acho que é o que iria acontecer assim pra gente como médico, porque agente ia andando até a casa do paciente chegava lá conversava com ele. Parecia muito mais uma visita comum, assim como se agente tivesse indo visitar alguém que a gente conhece, do que propriamente uma visita médica né? [...].” (GF3, aluno 30)

E assim, a apreensão dos objetivos da atividade da visita domiciliar não se tornava clara, como bem ilustram as várias colocações

que seguem:

*“[...] A única parte que acho crítica, assim, que eu vejo do programa é justamente à visita domiciliar, porque **eu acho que era uma visita que tinha um propósito um pouco menos definido, eu diria. [...] Não conseguíamos ver objetivo naquilo. [...] principalmente porque a gente ficava muito perdido, muito desconfortável.**” (GF2, aluno 23)*

*“[...] No 2º ano estávamos mais preparados para responder os questionamentos e tinha um papel mais definido, **mas em termos de objetivo, não tinha também muita idéia [...] Eu vou lá falar de anemia mas fica difícil, eu chego lá, o cara é vermelho [...].**” (GF1, aluno 8)*

*“**É que as visitas, não tinham sentido, pois ninguém sabia o que falar e as famílias também não sabiam o porquê que estávamos indo na casa [...].**” (GF3, aluno 34)*

*“Com respeito a visita domiciliar, como o colega falou, **a respeito do objetivo da visita era uma coisa assim meio ridícula eu achava, porque eu também não sabia qual era o objetivo, apesar da tutora falar [...].**” (GF2, aluno 22)*

*“Eu acho assim, **se ficassem mais definido os objetivos ia apaziguar, a gente ia ficar mais apaziguado, pois aí a gente foca no objetivo.**” (GF1, aluno 1)*

Outra dificuldade vivenciada nas visitas e que foi referida por diversos alunos diz respeito à grande expectativa da comunidade em relação à presença dos estudantes em suas casas, o que também contribuía, muitas vezes, para se sentirem mais inseguros. Segundo os depoimentos, esse fato era agravado nos domicílios que não tinham sido adequadamente avisados do caráter da atividade.

*“[...] **E as famílias, pelo fato de serem famílias carentes, elas tinham sempre uma expectativa muito alta. Você chega de jaleco na casa, a família, a sociedade tem uma expectativa absurda. Isso era outra coisa que incomodava***

muito. Não era só a capacidade cognitiva, a falta de conhecimento médico naquele momento. Era a expectativa que era muito alta [...].” (GF2, aluno 22)

*“Acho que quem preparou as famílias falou que íamos para ajudar [...] Você achava que a pessoa não estava querendo te receber, não gostava que você estava lá, você era mal visto porque ia lá encher o saco. **Eu acho, que as famílias criavam uma expectativa frente a nós e como não conseguimos suprir a expectativa que essa família criou era ruim. Eu acho assim!**”* (GF1, aluno 9)

*“E as pessoas... **enxergavam a gente como médico e chamavam a gente de doutor.** Mal sabiam elas, que fazia dois meses que eu tinha começado o curso.”* (GF3, aluno 37)

Essa questão provocou interessante debate entre os alunos, em um dos grupos focais, com um deles posicionando-se de forma distinta a esse respeito:

*“Eu não concordo com o que a colega falou (que o resultado dessas visitas era sempre ruim porque não havia preparo). Eu não achava que era pra isso. **Mas a comunidade via assim. Eles achavam que a gente era o médico.** Pra mim, tava claro que eu não tava indo lá assim... **mas eles cobravam isso da gente.**”* (GF3, aluno 34)

Para alguns alunos, esse enfrentamento de entrada nas casas refletiu **a riqueza de interagir e comunicar-se com o outro**, permitindo, inclusive, aprimorar a habilidade de diálogo com famílias que lhes eram desconhecidas, num ambiente com o qual não estavam acostumados.

*“Eu acho que **a gente acabou aprendendo meio na marra [...]** Ali, foi o começo de aprender a lidar um pouco melhor **com as pessoas**, porque a gente chegava numa casa que nunca tinha entrado e **ia conversar com uma pessoa que a gente nunca tinha conversado na vida.** Tinha muitas*

situações assim, que me marcou um pouco. Era, nossa..., um ambiente totalmente diferente do que agente tava acostumado [...].” (GF3, aluno 37)

*“Acho importante, porque você está naquela expectativa quando você entra na faculdade, daí você vai ver nessa relação, **vai criar habilidades de se comunicar ou interagir e ver suas limitações;** [...] Por isso que eu acho importante, porque você não precisa esperar até o 3º ou 4º ano para acontecer [...].” (GF1, aluno 4)*

*“Eu senti que eu cresci muito mais no 2º ano do que no 1º. **Aprendi a conversar com a família e o vínculo ficou muito mais forte** e a atividade da escola também ajudou a aprimorar minha comunicação.” (GF1, aluno 11)*

É perceptível ainda, nas falas dos sujeitos, que essa vivência com um mundo diferente do seu, leva à reflexão da complexidade que é trabalhar com pessoas, onde a comunicação com este outro – a família – é um desafio a ser enfrentado.

*“Acho que no 1º ano aprendemos a fazer a famosa cara de paisagem e entrar nas casas e ignorar algumas coisas e agir como se aquilo fosse a coisa mais normal no mundo. **É preciso seis anos de habilidade de treinamento de cara de paisagem, para conseguir tocar a vida, porque tem coisas que ainda chocam e a gente tem que se policiar para aprender a lidar com isso,** [...].” (GF2, aluno 24)*

*“Eu lembro que a 1ª vez que fui na visita, era uma casa mais diferenciada, eu me apresentei e a mãe logo indagou (com desconfiança) – Que projeto é esse? Como você conseguiu meu endereço e o nome do meu filho? **Fazia várias perguntas que eu me sentia acuado e não sabia o que responder...** [...].” (GF2, aluno 26)*

Ao mesmo tempo em que os alunos relatavam o desafio de

lidarem com o diferente, referiam também as diversas situações nas quais a vivência com as famílias permitiu a construção de laços afetivos e de um vínculo com mães, crianças e diferentes membros das famílias, o que era percebido como algo gratificante e rico.

“Acho que por você conhecer a família, as mães depois de um tempo já identificam a gente, elas encontram na rua e vem conversar, até hoje [...] Essa é uma parte muito gostosa!” (GF1, aluno 6)

“[...] A família que eu fazia visita, até me convidou para ser madrinha do bebê [...]” (GF1, aluno 8)

“Eu senti de não acompanhar mais a família no 3º ano. A família queria que eu continuasse a acompanhar sua filha [...] Eu acho que poderíamos continuar acompanhando.” (GF1, aluno 10)

“Nós temos um papel importante para aquela comunidade, [...] é a credibilidade do processo, você criou um vínculo [...] Aconteceu uma vez, teve uma reunião na escola e a gente convidou as famílias para participarem. E o meu foi legal! Veio o pai a mãe e a criança; e o pai faltou até do serviço para vir. Foi muito legal! Nossa!” (GF1, aluno 1)

“Ah, não sei. Acho que cria um vínculo muito legal com o paciente (a atividade de visita domiciliar no 6º ano com a enfermagem), tipo assim, você ajuda. Apesar de fazer pouco, você sente que ajudou bastante, visitar um acamado, ver as escaras [...]” (GF1, aluno 7)

Em um dos grupos focais, a necessidade de a visita domiciliar ser acompanhada pelo professor-tutor foi debatida entre dois alunos. Para um deles, estar sozinho era uma possibilidade de “aprender a se virar” e de “crescimento pessoal”; enquanto para o outro isto poderia ser alcançado mais tranquilamente com a presença do professor-tutor.

*“Eu acho que ir sozinho é bem melhor, concordo com a colega que disse que aprendemos a nos virar. Você tem que conversar com todo mundo, **cresci na comunicação, na relação.** É um crescimento pessoal! Tem que falar com a mãe, com as crianças [...].”* (GF1, aluno 1)

*“Eu acho que você pode ter essa experiência sozinha, mas **você tem que ter algum respaldo** (do tutor).”* (GF1, aluno 11)

*“Porque eu acho, que **a experiência sozinha, faz você crescer, você tem que fazer esses vários aspectos, conversar, observar, transmitir a mensagem [...].**”* (GF1, aluno 1)

*“Eu acho que **dá para fazer do mesmo jeito, se tiver uma outra pessoa junto.**”* (GF1, aluno 11)

Diversos alunos apresentaram ainda, em suas falas, a **dificuldade de interagir e aprender com outro**, especialmente quando percebiam que as mães e outros membros das famílias tinham mais conhecimento sobre determinadas práticas de cuidado que eles próprios - aleitamento materno e desenvolvimento infantil.

*“[...] eles me enchiam de perguntas, eu não sabia pediatria, ninguém tinha dado noções de pediatria para a gente [...] Quando a gente chegava lá, só via aquela folhinha de perguntas. **A mãe sabia mais que a gente [...].**”* (GF1, aluno 9)

*“[...] E o que outros grupos também falavam é que a gente ia lá pra falar que a amamentação deve ser feita desse jeito e **aquela mãe já tinha tido sete filhos e ela sabe muito mais de amamentação do que qualquer um que estava lá.**”* (GF2, aluno 24)

*“[...] Acho que as famílias se sentiam invadidas, ofendidas com a gente entrando nas suas casas e **querendo passar conhecimentos básicos que eles sabiam mais que a***

gente.” (GF3, aluno 34)

Os estudantes revelaram, ainda, que a aprendizagem pode ser construída com a vivência comunitária, com as características cognitivas e afetivas das pessoas e levando-se em conta a realidade social em que vivem. Isso pode ser reconhecido na seguinte colocação:

“Eu aprendi na comunidade que tem muita mãe solteira e que a figura masculina é muito diferente, aprendi sobre as diferenças de gênero e muitas outras coisas [...]” (GF1, aluno 2)

Outra dimensão que se destacou entre as falas dos alunos, especialmente proporcionada pela atividade da visita domiciliar, foi a percepção do **território: o reconhecimento da comunidade como um coletivo**.

Essa apreensão pode ser percebida quando os alunos salientaram a importância de fazer o reconhecimento da área de abrangência de uma unidade de saúde de modo a compreenderem melhor os conceitos de território e territorialização dentro do SUS, auxiliando no entendimento das necessidades de saúde para aquela região e, conseqüentemente, para o atendimento médico.

“[...] foi importante as atividades na comunidade porque, primeiro - foi nossa primeira oportunidade de sair um pouquinho da faculdade ... mas antes de mais nada, a gente se aproximou da comunidade. E a gente começou a exercer aquilo que é o reconhecimento de área: saber como as pessoas vivem, onde é que elas moram, se tem saneamento básico, se tem água, como é que é o banheiro, como que é o solo, se a criança fica descalça ou não, se ela mama no peito ou não[...].” (GF2, aluno 23)

“Esse reconhecimento de área [...] é o que hoje no SUS a gente chama de territorialização. É o cadastramento de famílias, que a gente fazia [...] na casa das pessoas. Eu acho que isso é fundamental, era uma coisa que muita gente não

conhecia, muita gente não tinha contato [...].” (GF2, aluno 23)

Ao mesmo tempo, outros colocaram que a compreensão da atividade no território poderia ser mais proveitosa se existisse uma maior “articulação” entre os conhecimentos teóricos a respeito do SUS, adquiridos durante a formação e prática desenvolvida pelo Programa IUSC.

“[...] Mas no 1º ano... eu me lembro que era mais um reconhecimento da área; ver as necessidades da comunidade. Nosso grupo participou do orçamento participativo [...]. Faltou um pouquinho mostrar mais essa articulação no SUS [...] e também, um pouco de visitas com alguns agentes.” (GF1, aluno 2)

“[...] Ah! E uma última coisa que eu queria comentar é que as atividades de reconhecimento de área que a gente fazia eram legais porque a gente foi começando a pensar o quanto era importante fazer as estratégias em saúde, o quanto pensar em atividades voltadas para as demandas da população [...].” (GF2, aluno 23)

“Essa vivência de como funciona um posto, não teve tanto. Eu acho que no 3º, poderia ter mais isso [...].” (GF3, aluno 35)

3.2. A Educação em saúde na comunidade

Como visto anteriormente, no 2º ano do IUSC, novos cenários e atividades foram acrescidos por referência ao 1º ano, além da visita domiciliar aos bebês e famílias, que se estenderam até o final desse ano. Assim a prática de educação em saúde nas escolas e creches dividia parte do tempo com a visita domiciliar.

Houve pouco destaque e discussão nos grupos focais quanto às atividades de educação em saúde, mas, quando presentes, os alunos reconheceram que as “orientações” realizadas nas escolas ou creches

mostraram-se mais “interessantes” e “sentiam que dava resultado”.

*“Eu senti que cresci muito mais no 2º ano do que no 1º... Eu gostei também, porque não me sentia sozinha, **nós íamos com a atividade montada, com as orientações prontas [...].**”*
(GF1, aluno 11)

*“[...] As atividades que a gente gostava de fazer era que na nossa área (Cohab) tinha um asilo. **Então fazíamos várias atividades com idosos. Fazíamos grupos, assim de hipertensão. É óbvio que era naquela área bem básica, pois a gente estava ainda engatinhando. Mas dava orientações gerais alimentares, estudávamos previamente e era uma coisa que a gente sentia que dava resultado [...].**”* (GF2, aluno 26)

“Foi na escola, a gente foi no colégio, fez várias campanhas tanto para os professores quanto para os alunos. Daí, isso era legal fazer né? Eu acho que isso sim era interessante. [...] E ... no 2º ano, eu lembro que eu participei da campanha de vacinação também. Foi num sábado, a gente ficava vacinando as crianças, era legal também.” (GF3, aluno 32)

Para alguns alunos, as atividades de educação em saúde contribuía para o aprimoramento das habilidades comunicacionais e para a aplicação de conhecimentos já adquiridos na graduação.

“[no 2º ano...] aprendi a conversar com a família e o vínculo ficou muito mais forte e a atividade da escola também ajudou a aprimorar minha comunicação... Eu nunca tinha dado uma palestra e depois que eu comecei a ir eu perdi a vergonha.” (GF1, aluno 11)

“Acho que uma coisa legal do IUSC eram as atividades na escola no 2º ano, pois a gente se preparava e sentia mais capaz para montar as atividades, falar de parasitoses, coisas que nós temos na nossa graduação.” (GF1, aluno 5)

*“[...] Uma coisa legal, que agente fazia... Tinha um colégio lá, que a gente foi fazer campanha de prevenção de piolho para crianças e professores. **A gente foi lá também, ensinar as crianças escovar os dentes, deu escovinha, pasta de dente. Isso eu acho legal, no 2º ano a gente tem condição de fazer isso [...].**” (GF3, aluno 33)*

Além disso, quando percebiam as **demandas e necessidades específicas do bairro** ou de grupos da comunidade, a compreensão do trabalho de educação em saúde se configurava muito mais expressiva. E, dessa maneira, os estudantes referiram que essa vivência ampliou o olhar sobre as necessidades da população - indivíduos, famílias e comunidade.

*“[...] Ah! E uma última coisa que eu queria comentar é que as atividades de reconhecimento de área... **a gente foi começando a pensar o quanto era importante fazer as estratégias em saúde, o quanto pensar em atividades voltadas para as demandas da população. [...]** em determinado momento, a gente detectou que tinha muita gestante adolescentes (no bairro que visitavam), né? E aí, [...] a gente **montou uma atividade, pensando na demanda da população dali. A gente foi na escola, perguntou para diretora quantas meninas estavam grávidas. A gente fazia capacitação para tudo, a gente fazia leitura, selecionava texto para fazer a atividade** e isso foi muito, muito legal [...].” (GF2, aluno 23)*

*“Era proposto assim... como já conhecíamos a comunidade há um ano, **a gente discutia com o médico do posto quais eram os problemas da comunidade. Eu lembro, que a nossa, era muita gravidez na adolescência. Então, a gente foi na escola e fizemos uma atividade que envolvendo sexualidade, orientação sexual. E [...]** assim, baseado nos **problemas da comunidade, foi interessante.**” (GF3, aluno 33)*

3.3. Revisitando o IUSC no 6º ano

É relevante destacar, em algumas falas dos participantes dos grupos focais, a nítida diferença entre o que relataram ter compreendido da proposta de ensino na comunidade à época em que viveram o IUSC e a concepção atual, quatro a cinco anos depois.

Muitos alunos reconheceram que outros momentos de vivência na comunidade, durante a graduação, foram boas oportunidades para articularem os novos conhecimentos com aqueles adquiridos nos primeiros anos do IUSC. Dentre esses destacaram o aprendizado no território da Unidade de Saúde e a importância de conhecerem as características da saúde das famílias que vivem no bairro.

*“Acho que o IUSC assim... eu não gostava. Passei vários anos não entendendo o porquê que agente fazia aquilo... **Acho que eu fiquei vários anos com uma idéia meio errada assim, de preconceito... e acho que vendo uma unidade que funciona bem (em outros momentos da graduação), eu vejo o quanto é importante, o quanto pode dar certo, o quanto é importante você conhecer a comunidade e ver como interage na saúde das pessoas.**”* (GF3, aluno 31)

“Então eu acho que o IUSC contribuiu muito no sentido de entender a dinâmica das pessoas em suas casas e mostra um mundo realmente à parte pra gente [...]” (GF2, aluno 22)

*“[...] o IUSC, eu acho que, **agora no 6º ano, na saúde pública, eu não fiquei no mesmo posto da comunidade que eu atuei. Mas (...) se eu tivesse ficado no posto da minha comunidade, eu teria percebido tudo isso que a colega falou! Porque eu sei, que uns dos meus bebês era filho do dono do mercadinho; então se a mulher do mercadinho vem, eu sei que ela era da família que eu tava acompanhando e eu sei como funciona. Porque indo 2 anos ao mesmo bairro você sabe como as coisas são; sabe quais***

casas são mais precárias, qual rua é melhor em termos de infra-estrutura [...]” (GF3, aluno 32)

Os alunos apontaram que, no estágio da Saúde Coletiva, no 6º ano, ao frequentarem novamente a USF, perceberam, com maior clareza, o papel do agente comunitário de saúde, e sentiram-se mais capazes para acompanhar e orientar o trabalho desses profissionais.

*“[...] Mas no 1º ano... eu me lembro que era mais um reconhecimento da área; [...] mas **hoje, eu vou com alguns agentes nas visitas domiciliares (ao bairro) e estou colocando em prática coisas do passado. E agora, eu oriento os agentes (...), por exemplo: sobre acidentes na infância que podem ocorrer nas casas. Pois, eu já sei que ele (o agente) conhece a casa, a realidade, se tem algum risco, se o cachorro vive junto [...].”** (GF1, aluno 2)*

*“[...] Eu acho que não tínhamos muito contato com o agente comunitário (no IUSC)... e agora, **acompanhar o agente comunitário na visita é uma das coisas mais válidas (do estágio de Saúde Coletiva), pois você está com a pessoa que está disposta a fazer isto e gosta de fazer isto. Eu acho que esse tipo de acompanhamento seria ideal.”** (GF3, aluno 35)*

Para alguns alunos, a vivência anterior na comunidade no IUSC, curiosamente, deu mais sentido não só às experiências mais recentes (no 6º ano) na atenção primária, mas também à própria visita domiciliar experimentada no início do curso. Parece que os estudantes reconheceram a importância de interagirem com as diferentes realidades, por meio das quais foram construindo capacidades e maneiras para o enfrentamento do novo e do desconhecido.

*“A gente teve bastante conflito no início... achava que isso (visita domiciliar) **não é mesmo formação médica. Só que aquilo que a gente viu lá, naquele tempo, se mantém hoje,***

*pois no estágio passado, que foi de saúde pública, **a gente viu a mesma coisa.** Nós vamos na visita (do 6º ano) e ficamos preocupados em colocar o captopril de 8/8 hs, 2 comprimidos, e eles estão preocupados se vão receber, se vão passar na perícia, se o INSS vai aprovar... Eles não querem nem saber se o captopril é de 8/8. Isso é um detalhe lá, é uma cartinha que está dentro da gaveta da esquerda [...].” (GF2, aluno 22)*

*“O que fica... foi a experiência de conhecimento de outras realidades, **de outros mundos muito diferentes dos nossos, que traz pra gente uma capacitação [...para] aprender a lidar com as diferentes realidades.** Pois, as pessoas elitizadas são bem diferentes das pessoas que a gente trabalha.” (GF2, aluno 24)*

*“Não sabia muito bem, não ficava muito claro por que a gente ia na comunidade, visitar as casas. **Mas acho que então, era mesmo para treinar essa situação de vivências de situação adversas, de realidades sociais diferentes.** Mas acho que foi bom [...].” (GF1, aluno 7)*

A vivência do ensino na comunidade contribuiu também, segundo alguns alunos, para habilitá-los a melhor lidarem com a “complexidade” das relações interpessoais e da própria prática médica, sobretudo durante os estágios práticos nas diversas áreas do internato, no atendimento de pacientes em enfermarias, centro cirúrgico, ambulatórios e unidades de saúde.

*[...] Mas eu acho que o fato de fazer visita muito precocemente no 1º ano ajuda posteriormente [...] **porque o fato de você já ter feito isso antes, antecipa algumas situações.** [...] **Você não se choca tanto com as condições de vida porque você já sabe.** Então o impacto é muito menor, o choque. **Antecipa na questão do preparo emocional, de habilidade, de não se ofender, de não se sentir agredido e assim, aprendendo a conquistar um pouco as pessoas [...].** Muitas vezes a gente*

percebe também, que a pessoa precisa de medicação, precisa de intervenção. Precisa? Precisa, mas é o último dos problemas dela. Não adianta nada ter o captopril para tomar para pressão e não ter o que comer ou não ter outras coisas [...].” (GF2, aluno 23)

*“O que eu guardo do IUSC são várias coisas: [...] A outra coisa, é que essa foi a primeira experiência que nos introduziu a **complexidade da medicina. A complexidade que é construir vínculos com famílias, com pacientes, com pessoas com níveis sócio-econômicos diferentes**[...]” (GF2, aluno 23)*

A sensação de impotência diante dos problemas sociais já presentes nas visitas do IUSC foi requalificada e, agora, percebida por alguns alunos como limites de ação da medicina.

“[...] De repente, em dois meses você está andando num bairro sem asfalto, numa casa que não tem chão e a família pede cesta básica. E aí você fala: “eu sou estudante de medicina”. Onde eu estou nesse planeta? O que eu tenho a ver com essa história? Não é o pessoal da assistência social que tem que cuidar dessas coisas? E aí fica difícil a compreensão [...] Naquele momento, lá da nossa formação, fica difícil a compreensão da importância daquilo.” (GF2, aluno 22)

“Só ia comentar uma coisa curiosa, (porque assim) eu fiz uma crítica as visitas domiciliares, mas até nisso eu vejo um aspecto positivo [...]. Porque hoje [...] a gente se depara frequentemente com a mesma sensação [...] é uma coisa que a gente vai experimentar pelo resto da vida [...].” (GF2, aluno 23)

Para alguns participantes dos Grupos Focais, foi possível perceber, no 6º ano, a importância do trabalho multiprofissional na composição dos diferentes olhares sobre o objeto do trabalho médico,

como bem ilustrada a seguir:

*“Agora no 6º ano, quando fazemos visitas **vamos com outros profissionais e é muito legal ver a visita da enfermeira, que é bem diferente da visão do agente comunitário, que é muito diferente da nossa. Adorei essa experiência [...].**” (GF1, aluno 3)*

“E como é essa experiência de diferentes saberes?” (Moderador)

*“Ah, não sei. Acho que cria um vínculo muito legal com o paciente... você ajuda. Apesar de fazer pouco, você sente que ajudou bastante [...] porque **o trabalho em equipe é muito gostoso. E isso ajuda você perceber como adaptar sua conduta**, por exemplo, eu não posso falar para a mãe colocar o bebê dormir em berço próprio sendo que na casa, tem apenas um colchão para cinco pessoas.” (GF1, aluno 7)*

Ainda como positividade da experiência apontada por alguns alunos, destaca-se a importância do aprendizado proporcionado pelo trabalho grupal, no qual a oportunidade de lidar com a heterogeneidade das pessoas aparece como experiência de crescimento pessoal.

*“O que eu guardo do IUSC são várias coisas: **em primeiro lugar o trabalho em equipe e o trabalho no grupo entre os colegas - colegas iguais, colegas diferentes. Acho que mesmo sendo um trabalho muito desafiador vale, pois é algo que vamos fazer para todo resto da nossa vida.** A outra coisa é que essa foi a primeira experiência que nos introduziu a complexidade da medicina. A complexidade que é construir vínculos com famílias, com pacientes, com pessoas com níveis sócio-econômicos diferentes[...].” (GF2, aluno 23)*

*“**De positivo da experiência (do IUSC) eu vejo o trabalho em grupo que no IUSC foi excelente, o desenvolvimento, as discussões, saber lidar com grupo bastante heterogêneo e chegar ao objetivo final. [...].** Então, o que fica*

é o crescimento pessoal sobre o conhecimento da nossa sociedade [...]”. (GF2, aluno 22)

3.4. Os Grupos Focais como unidades de análise

Os grupos focais são aqui analisados como unidades, buscando-se reconhecer, nas falas de seus participantes, características comuns e singulares de cada um deles.

Um elemento que parece melhor diferenciá-los é a “utilidade”, dada pelos alunos, ao IUSC. Assim, numa escala, pode-se colocar o GF3 como de menor nível de compreensão quanto ao aproveitamento das atividades no IUSC; o GF2 no nível oposto, percebendo muito mais a relevância dos conhecimentos oportunizados pela prática na comunidade, e o GF1 com experiências mais heterogêneas entre os alunos, intermediando o entendimento da proposta do IUSC.

Como característica semelhante entre os grupos, o discurso mais recorrente tratou da experiência de visita domiciliar, trazendo, como núcleos comuns: a sensação de impotência diante dos questionamentos das famílias; a descontinuidade do trabalho nas casas visitadas (mobilidade), e a heterogeneidade no preparo pedagógico dos professores-tutores.

Quanto às singularidades, serão descritos, a seguir, sumariamente, os grupos como unidades.

Pode-se reconhecer que as vivências do **Grupo Focal 1** apresentaram-se mais homogêneas, dentre todos os grupos. Destaque-se a vivência com tutores mais qualificados para a orientação do trabalho no IUSC, uma menor descontinuidade no seguimento dos bebês e famílias, embora se percebam despreparados para lidar com as famílias naquele momento, conforme relataram os alunos.

Ganhou destaque especial, entre os participantes desse grupo, o modo como as famílias os percebiam: de um lado, a grande expectativa em relação à atuação em suas casas, e, de outro, a resistência de algumas famílias em recebê-los, como aparece no debate reproduzido a

seguir:

“Eu acho que o IUSC é família-dependente.” (GF1, aluno 2)

*“Eu concordo com o colega, **porque eu acho que dependendo da família ajuda, dependendo... a gente se sente atrapalhando [...].**”* (GF1, aluno 8)

“É isso mesmo, conforme a família, a experiência é boa, portanto acho que o IUSC é família-dependente mesmo.” (GF1, aluno 2)

*“[...] Você achava que **a pessoa não estava querendo te receber, não gostava que você estava lá, você era mal visto porque ia lá encher o saco.** Eu acho, que as famílias criavam uma expectativa frente a nós e como não conseguimos suprir a expectativa que essa família criou era ruim. Eu acho assim!”. (GF1, aluno 9)*

Nesse grupo foi também homogênea uma percepção positiva em relação à vivência no IUSC, ainda que sob diferentes matizes. Assim, enquanto alguns reconheceram um rico aprendizado, outros viram, de modo muito discreto, a utilidade da proposta de ensino na comunidade.

*“[...] Eu acho que **a gente cresce muito quanto a comunicabilidade, comunicação, segurança quanto o ser humano, fica um pouco mais seguro [...].**”* (GF1, aluno 2)

*“[...] acho que (o IUSC) era mesmo para treinar essa situação de vivências de situação adversas, de realidades sociais diferentes. Mas acho que foi bom, **mas para dizer em acrescentar, em termos de conteúdo eu acho que foi pouco, pelo menos para mim [...].**”* (GF1, aluno 7)

Já os alunos do **Grupo Focal 2** tiveram experiências mais homogêneas em relação ao trabalho pedagógico com seus professores, ou seja, boa parte deles pôde ficar com professores-tutores bastante treinados

e preparados para as atividades, sendo que alguns alunos permaneceram junto com o mesmo professor durante os dois anos do IUSC.

*“[...] A experiência que eu tive..., **a tutora que tava com a gente, ela era super preocupada, então a gente sempre fazia reuniões, ela sempre ia com a gente, enquanto em outros grupos tinham tutores que largavam os alunos lá no bairro e iam embora. O nosso não! Tínhamos reuniões antes e depois de todas as visitas. Ficou uma coisa muito mais organizada e mais gostosa de trabalhar [...].**” (GF2, aluno 24)*

*“É que o gosto pelo IUSC foi muito da organização do projeto para cada grupo. Aqueles... que tinham **um tutor empenhado, que trazia textos para nos capacitar, que fazia reunião antes, fazia depois, fazia questão de discutir os problemas dentro do grupo, tentar achar uma solução, tentar ouvir um pouco das angústias que a gente tinha a respeito da capacidade, da dificuldade em entrar na casa da pessoa, [...]. Então, se o tutor era muito apto a fazer isso e fazia muito bem feito, o grupo tinha uma devolutiva muito boa [...].**” (GF2, aluno 22)*

Quanto à colocação sobre a visita domiciliar, ganhou destaque, no Grupo 2, a questão relacionada à mudança de endereço (mobilidade) de determinadas famílias. Alguns alunos demonstraram ter dificuldade em perceber esse fato como uma problemática da realidade social em que essas famílias vivem. Para eles, essa mobilidade era reconhecida como limitadora do seu aprendizado em campo.

*“[...] Também acho **que um problema grande foi que as famílias mudavam bastante de endereço, então dificilmente conseguíamos chegar no final dos dois anos com as mesmas famílias. Eu mesma, das minhas três famílias continuei com uma só, mas pelo menos uma família eu visitei por dois anos. Foi bem legal, me recebiam super bem [...].**” (GF2, aluno 23)*

Nesse grupo particularmente, durante os relatos e discussões, os alunos assumiram uma postura de defender ou não o IUSC frente às críticas que apareciam frequentemente desde que o Programa havia sido implantado. E assim, gerando sentimentos contraditórios e dividindo os alunos entre os “a favor” e os “contra”.

Porém, todos se sentiram confortáveis para falar de quanto acreditaram na proposta inicial e, também, para fazer críticas ao Programa.

*“**Eu sempre fui defensora do IUSC**, assim, acho que eu fui uma das poucas pessoas da sala que gostava do projeto desde o início. Muitas pessoas começaram gostar depois de 6 anos de ver a importância do IUSC [...].”* (GF2, aluno 24)

*“Bom, a minha opinião a respeito do IUSC, do programa, é muito positiva, acho que desde o início **eu valorizei, apoiei o programa e comprei a idéia mesmo, achei legal** [...].”* (GF2, aluno 23)

*“**A minha experiência com o IUSC não foi tão prazerosa como os colegas falaram. O meu grupo do IUSC, no geral eram pessoas empenhadas**, tínhamos uma tutora que era excelente, super organizada, [...] Mas ... quando foi votado para o IUSC ser disciplina, a opinião discente foi contrária justamente com medo que acontecesse justamente o que está acontecendo agora, que ia ter problema com verba [...]. **Então minha opinião não é tão maravilhosa a respeito do Programa.**”* (GF2, aluno 26)

Destaque deve ser dado às experiências vivenciadas pelos integrantes do **Grupo Focal 3**, pois todos ali presentes referiram aspectos negativos em relação à condução da maioria das atividades no IUSC. Segundo os alunos, seus professores-tutores eram trocados constantemente e pareciam não demonstrar experiência pedagógica para o desempenho do trabalho na comunidade.

*“[...] mas eu acho que o problema maior não era tanto este. **Era***

que a gente mudou de tutor, na verdade, várias vezes. A gente deu azar mesmo, de não pegar pessoas nem preparadas e nem com vontade de fazer aquilo que faziam, eu acho [...].” (GF3, aluno 35)

“A gente variou muito de tutor né? No 1º ano já trocou, no 2º ano trocou mais de uma vez, no 3º também... E assim, no 1º ano, era nítido a primeira tutora, que a gente teve, ela não tinha interesse, não gostava. Ela tava fazendo aquilo porque ela era paga pra fazer aquilo [...].” (GF3, aluno 37)

De uma maneira geral, as falas dos alunos, em relação à visita domiciliar, denotam a dificuldade em refletir sobre a própria experiência vivenciada no IUSC, como bem expresso abaixo:

“[...] Agora, que já passou muito tempo, não acho que é um programa que não vale nada, mas poderia ser diferente. Talvez fosse mais aproveitado se o aluno ficasse conhecendo e aprendendo mais sobre uma UBS [...].” (GF3, aluno 34)

“[...] O que agente fazia naquela época eu não acho que é o que iria acontecer assim... pra gente como médico. Porque íamos andando até a casa do paciente chegava lá conversava com ele [...], e só!” (GF3, aluno 30)

Mesmo quando o moderador do Grupo Focal pediu para que salientassem o que os marcou da vivência e aprendizados com o IUSC agora após os seis anos, todos colocaram a questão da “desorganização do curso e das atividades”.

Apenas dois alunos destacaram aspectos positivos: do contato precoce com famílias na comunidade, e das relações que puderam ser estabelecidas com outros momentos do curso. E foram esses mesmos alunos que salientaram a importância de se conhecer a realidade para a interação do trabalho médico e do trabalho na equipe.

É porque na época não percebia, agora que eu comecei a ver.

Nossa! É importante saber como são as condições de moradia da pessoa, [...] e agora, vendo uma unidade que funciona bem, eu vejo o quanto é importante [...].” (GF3, aluno 31)

As considerações dos alunos do GF3 expressaram com clareza o desconforto das experiências (sobretudo da visita domiciliar) nos dois primeiros anos do IUSC. Isso pode ser salientado porque esse grupo, em particular, apresentou algumas características, relatadas pelos próprios sujeitos, que podem ter atrapalhado a compreensão da atividade, tais como: professores-tutores que não passaram por treinamento; as várias trocas de professores no mesmo ano; famílias que se mudaram do bairro ou que não aceitaram a visita, acarretando a perda de acompanhamento, entre outros.

Chama a atenção, ainda nesse grupo, que, em nenhum momento, os alunos referem a experiência de formação de vínculo, podendo isso ser justificado, também, pela dificuldades relatadas acima.

DISCUSSÃO

Os resultados apresentados mostram que, para os alunos, a visita domiciliar foi a atividade prática mais significativa experimentada nos dois primeiros anos do Programa de Interação Universidade, Serviço e Comunidade (IUSC)¹⁷. Ao mesmo tempo, foi a que mais produziu debates e divergências entre os alunos, e, como já comentadas anteriormente, também entre tutores e a própria coordenação do IUSC. Entre os alunos essa vivência chega a dividi-los em relação ao julgamento emitido sobre sua relevância para a formação médica.

Percebeu-se, ainda, quanto a estratégia da visita domiciliar foi pouco compreendida, à época, pelos alunos. Aqui cabe lembrar que a proposta pedagógica e seu conteúdo foram ligeiramente alterados após o primeiro ano de atividade do IUSC, e os sujeitos da pesquisa vivenciaram este período de transição. Talvez, por esse motivo, tenha ocupado um tempo maior de discussão entre os participantes dos grupos focais, nos quais eles puderam expressar os sentimentos de impotência diante das condições de vida das famílias, insegurança e frustração frente à limitada capacidade que possuíam para intervir nessa realidade com muitos problemas sociais ou de natureza médico-sanitária.

Ao se pensar no contexto e nos depoimentos dos alunos a respeito da citada dificuldade para compreenderem a estratégia da visita domiciliar, é possível reconhecer, em algumas falas, que talvez essa 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.

Essa colocação se reporta às palavras de Birman (1997) que discute “o lugar incontestável de poder atribuído à ciência na atualidade”, e como o médico sente-se desprotegido sem esse domínio (BIRMAN,

¹⁷ Não se incluem, aqui, os três anos do IUSC, considerando que parte dos alunos não cursou a disciplina em seu 3º ano, pois a mesma era opcional.

1997, p.10).

Porém, o que se percebe, após quatro a cinco anos dos alunos terem vivido a experiência da visita domiciliar, é que essa atividade ganha uma re-significação, podendo ser bem observada nos resultados na dimensão **“revisitando o IUSC no 6º ano”**. Em seu conteúdo, os participantes da pesquisa revelam que todo esse processo de enfrentamento da entrada nas casas desafiou-os a lidarem com a diferença, com o que não lhes é familiar, com os indivíduos e famílias de outro nível social.

De modo geral, no 6º ano, passam a valorizar a visita enquanto oportunidade para descortinarem o espaço das periferias urbanas, que chamam de “realidade”, como bem expresso por um deles: *“essa é a realidade do seu povo; isso é o seu país; é o que você vai ter daqui pra frente”*. O que contrasta com a percepção que tiveram quando a vivenciaram no 1º e 2º ano.

Esse cenário, de pobreza e problemas sociais, é reconhecido como adequado para o que vão enfrentar “lá fora” no SUS, pois, como dizem, esta será a população que vão assistir. Tal percepção do SUS como espaço assistencial dos mais pobres é coerente e muito próxima daquela dominante no nível social dos alunos, usuários de planos privados de saúde.

Ao mesmo tempo, tal vivência com esse universo de problemas de diferentes ordens provocou-os para um protagonismo que se chocava com os limites do desconhecimento dos temas para os quais não estavam preparados para abordar com as famílias, e com a dificuldade para exporem seu papel como alunos, pois, muitas vezes, as pessoas do domicílio os viam como profissionais. O que, por outro lado, não impediu a construção de vínculo afetivo nesses espaços.

De acordo com a análise dos depoimentos, parece que essa prática, no final na graduação, ganhou mais “status” pelo fato de o

estudante passar a reproduzir o ato médico¹⁸, pois com a “conquista científica”, ficou mais fácil ganhar legitimidade e segurança na relação com o outro - ou seja, a atividade fica mais leve e menos “traumática” quando não mais se deparam com o elemento surpresa, do qual nem eles e nem o professor-tutor tinham domínio no início do curso médico.

Mas é relevante considerar que toda a experiência de conflitos vivenciada no IUSC permitiu-lhes, ainda, desenvolver suas habilidades comunicacionais, de conhecimentos e de reflexões, adquiridas em decorrência de todo esse processo de aprendizagem junto à comunidade.

Cabe reconhecer também, nesse momento, que esse conjunto de problemas, experimentados pelos alunos, é, em parte, intrínseco à própria experiência na atenção primária à saúde, a qual opera:

“na fronteira entre ‘problemas da vida’ e a ‘patologia’ objetivamente definida e que, portanto, nem sempre estão claramente configuradas como demandas cuja resposta adequada possa ser encontrada exclusivamente no arsenal diagnóstico-terapêutico da biomedicina...” (TEIXEIRA, 2005, p.227).

Pensando mais especificamente no processo de aprendizado relacionado à atividade da visita domiciliar pelos alunos do IUSC, esse mesmo autor reforça a ideia de que valorizar os espaços na comunidade é relevante 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 (TEIXEIRA, 2005, p.228). E como visto, o desenvolvimento de habilidades relativas à inter-relação e comunicação com o outro foi uma dimensão reconhecida

¹⁸ Entendendo-se, como ato médico, “um serviço de natureza pessoal – que exige contato imediato entre o prestador e o consumidor em uma forma particular de trabalho”, o qual pode se apresentar em três formas clássicas de mobilização: “1. O médico vai ao domicílio do cliente, quando sua presença é expressamente solicitada; 2. O cliente busca o lugar específico de trabalho do médico, ou seja, seu consultório; 3. Os dois se encontram em ambientes coletivos e tecnicamente diferenciados, o hospital” (NOGUEIRA, 2007, p.156).

pelos alunos na disciplina IUSC, auxiliando na adequada atenção à saúde das pessoas da comunidade.

Porém é necessário ainda dizer que, apesar de esta estratégia curricular (o IUSC) buscar a aproximação com outros cenários de prática para formação médica, no Brasil, a opção de trabalhar no SUS e, mais particularmente, em UBS/USF, não está no primeiro plano da escala valorativa de trabalhos médicos.

Segundo Mendes, Silva e Moisés (1996), isso merece destaque, ao se contrapor com a realidade observada em muitos estudos, os quais apontam sobre a possibilidade de que a maior parte dos médicos formados na última década tenha trabalhado na Rede Básica, em seu primeiro emprego, mesmo após a especialização.

Essa colocação é facilmente observada nos depoimentos dos alunos dos grupos focais - “... já que pelo menos no começo, você vai dar plantão fora e atender no SUS” - e traz, de uma maneira objetiva, a percepção sobre a prática médica futura, a qual seria então impactada, “não por um modelo de comportamento adequado a esta ou aquela modalidade de serviço nesta ou naquela conjuntura, mas por uma consciência da relação que o trabalho estabelece com a estrutura social” (MENDES; SILVA; MOISÉS, 1996, p.423).

Levando em conta essas exposições, é necessário que se discuta, agora, qual seria então a relevância da inserção do estudante de medicina em serviços de atenção primária à saúde e ambientes comunitários, nos primeiros anos da graduação, e, conseqüentemente, quais seriam os impactos produzidos na formação desse futuro profissional.

De acordo com Moura (2006), a real efetividade da inserção do estudante de medicina nesses locais de ensino é difícil de ser mensurada, mas é necessário dizer que tal proposição se baseia em evidências científicas que apontam a efetividade de tais experiências. Para embasar tal afirmação, há necessidade de se discutir sobre a preocupação tomada tanto na literatura nacional como internacional a respeito dessa estratégia

educacional, buscando avançar na produção de conhecimento da referida área de experiências curriculares em ambientes comunitários de prática.

Littlewood (2005) e Moura (2006) realizaram revisões bibliográficas de trabalhos relacionados a essa prática, trazendo considerações que reforçam a ideia de que as experiências na comunidade poderiam acentuar a relevância do contexto social na prática médica e o aprendizado cognitivo e afetivo. Além disso, encontraram forte evidência de que a experiência prática precoce, nesses cenários, leva os alunos a escolherem, mais frequentemente, residências de atenção primária, e, também, parece trazer benefícios claros ao profissional, como a oportunidade de aumentar a percepção dos aspectos psicossociais dos pacientes, além do desenvolvimento de empatia e de maturidade.

Apesar dessas evidências, e embora tenha havido uma expressiva expansão de iniciativas de ensino em cenários junto à comunidade ou em práticas de atenção primária à saúde, especialmente no Brasil, boa parte dos estudos se configuram como relatos de experiência ou como apresentação de proposta pedagógica empregada em diversos Projetos em andamento, em algumas escolas médicas do país (SILVEIRA; LEAL e LOFEGO; 2006; BORBA, 2006).

Em relação ao aspecto peculiar de verificar os sentidos e significados dessa experiência na voz do estudante de medicina, ainda existe uma limitação de estudos realizados no país em relação a essa preocupação.

Tavares et al. (2007) realizaram pesquisa com estudantes de medicina e enfermagem, trazendo subsídios ao tema ao referirem que a experiência na comunidade proporciona desenvolvimento acadêmico-profissional para os alunos, à medida que eles se aproximam do contexto sociocultural dos seus potenciais pacientes, e à medida que interagem com profissionais inseridos nos serviços. Segundo tal pesquisa, eles desenvolvem, ainda, habilidades interpessoais e intergrupais, e aplicam a prática dos conhecimentos nas atividades de educação e promoção de saúde.

Outro estudo realizado em curso de medicina, e muito semelhante à presente pesquisa, analisou, também, por meio da técnica de grupo focal, as percepções dos alunos em atividades desenvolvidas na atenção primária à saúde, concluindo que essa estratégia:

“vem cumprindo o objetivo básico da socialização dos estudantes, que é prepará-los para a sua incorporação ao mundo do trabalho, pois estão desenvolvendo, além de conteúdos, idéias, habilidades, a formação de disposições, atitudes, interesses e comportamentos que compõem seu perfil profissional” (FERREIRA; SILVA; AGUER, 2007, p.59).

Porém, o que chama atenção no referido artigo é que tanto na apresentação dos resultados como nas conclusões não se verifica o relato de conflitos ou tensões, como explicitado no trabalho aqui exposto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como demonstrado, por meio desta investigação, foi possível o cumprimento dos objetivos propostos, à medida que os resultados foram apontando as principais características da proposta pedagógica do IUSC e, ao mesmo tempo, trazendo os significados da vivência dos alunos na experiência de ensino na comunidade da FMB-UNESP.

A metodologia mostrou-se adequada para os objetivos propostos ao compor-se da análise documental e realização de grupos focais, que permitiram dar voz aos alunos do Programa. Esses grupos mostraram-se como espaços de debate entre os participantes e produziram um conjunto de depoimentos expressivo, sendo possível identificar não só a riqueza das vivências e percepções dos alunos como seus conflitos e contradições.

Foi graças a essa escolha metodológica que se pôde buscar, nas falas dos alunos, os diferentes sentidos e compreensões sobre as dificuldades e facilidades para a operacionalização das atividades propostas no IUSC.

Quanto ao **caráter inovador do IUSC**, os dados obtidos pela pesquisa sugerem a existência de uma disposição da FMB para a elaboração de propostas de ensino médico na comunidade desde sua fundação. Porém, ao se estudar a história de 40 anos dessas iniciativas, é possível perceber que ainda representam uma parcela de investimento institucional limitada ao esforço de alguns departamentos e, até mais especificamente, de determinados grupos de professores.

Com a elaboração e implantação do Programa IUSC, reforça-se, mais uma vez, essa tendência de se buscarem novos caminhos para reformas curriculares que tratem de valorizar a formação integral e generalista do médico.

Nesse sentido, o IUSC apresenta-se como estratégia curricular que busca “inovar, renovar”, se comparada com as demais experiências da instituição, à medida que se diferencia em vários aspectos: em

primeiro lugar, por configurar-se como uma disciplina associada ao Conselho de Curso da Graduação, e que, portanto, não está ligada a nenhum Departamento, saindo do estigma de propostas associadas à Medicina Preventiva. Além disso, desde sua implantação, buscou estratégias de articulação entre as áreas clínicas, básicas e a saúde coletiva, contando com apoio de diversos departamentos, como os de psiquiatria, ginecologia e obstetrícia, pediatria, dermatologia, entre outros.

Em segundo lugar, pode-se dizer que o IUSC traz o diferencial de escolher a metodologia problematizadora como fio condutor do seu processo educacional, trabalhando em cima da reflexão de situações vividas na comunidade, com pequenos grupos de alunos, tornando a aprendizagem mais ativa e dinâmica.

E, em terceiro lugar, essa estratégia de reforma curricular se distingue de propostas de ensino na comunidade, anteriormente implantadas à época do Projeto UNI, dado que a estruturação do IUSC se fez mediante amplo debate interno, com o apoio técnico do Núcleo de Apoio Pedagógico e o apoio político da diretoria da Faculdade de Medicina de Botucatu. Nesse período de formulação e desenvolvimento do IUSC, o NAP vem tendo papel relevante não só na formação de professores-tutores, mas também ao sensibilizar o corpo docente e técnico da FMB à proposição de estratégias pedagógicas inovadoras orientadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais.

Nesse último diferencial, é preciso se considerar o apoio e incentivo do Governo Federal (por meio de políticas como as do Promed, Pró-saúde, Pet-Saúde), que, associado à política pedagógica do NAP, respondem pela sustentação financeira do Projeto, sem a qual talvez todo esse processo fosse inviabilizado.

Porém, é necessário que se considerem as palavras de Oliveira et al. (2008), quando destacam que, apesar dos diversos avanços, sobretudo de estratégia do governo federal, ainda se fazem necessários mais estudos para se reconhecer o impacto dessas mudanças na formação do médico brasileiro.

Entre as dificuldades apontadas por esse autor, sobre os obstáculos a serem superados nesse processo de mudança, estão:

“a pouca tradição da direção de escolas médicas na elaboração e gestão de projetos inovadores; o estabelecimento de parcerias interinstitucionais e transeitoriais; a reorientação da missão dos cursos de medicina para formar profissionais identificados com as necessidades da população; o maior entrosamento entre o mundo do ensino e a realidade dos serviços...” (OLIVEIRA et al., 2008, p.343).

É possível reconhecer, ainda, certa proximidade dessa afirmação com o que tratam Campos et al. (2001) sobre as dificuldades de sustentabilidade dessa estratégia de ensino, sobretudo junto à rede de serviços básicos de saúde no que se refere ao deslocamento de alunos para ambulatórios periféricos, supervisão de internatos na comunidade, participação em atividades comunitárias, entre outras. Esse autor destaca também, como problema, a enorme vulnerabilidade das conjunturas políticas locais e, especialmente, a resistência ideológica de docentes e estudantes ao ensino na comunidade.

Essa reflexão remete às observações de Silva (1986) que, em estudo anterior ao SUS, já percebia que, tanto no Brasil quanto em outros países, as mudanças e transformações nesse campo seguiam muito mais no sentido da implementação de reformas curriculares e estratégias pedagógicas, mas ainda com pouco compromisso social das Universidades e um discreto envolvimento das políticas públicas e do setor prestador de serviços de saúde nessa questão.

Assim, para o desafio colocado atualmente, de mudança no perfil do médico a ser formado (BRASIL, 2001), a FMB e demais escolas médicas necessitam, ainda, criar estrutura de sustentação que vá além de buscar alternativas para manter os incentivos financeiros e pedagógicos iniciados pelo governo federal, mas, também, o desenvolvimento de mecanismos institucionais que sustentem uma nova cultura educacional

nas escolas médicas, além de “apenas” redimensionar os seus espaços de ensino.

Com o presente estudo, espera-se ter contribuído para a reflexão do ensino na atenção primária à saúde, valorizando-o e estimulando que outras instituições possam debater e expor os resultados alcançados, as dificuldades e os conflitos vividos com essas experiências.

Ao tratar agora **da experiência vivida pelos alunos na comunidade**, esta pesquisadora também registra algumas questões que foram levantadas no início desse estudo, e que estiveram presentes novamente, durante a leitura e análise dos depoimentos obtidos pelos Grupos Focais. Algumas delas suscitadas ao tratar do sentido dado pelos alunos sobre o aprender a ser médico em locais que não correspondiam às suas expectativas e eram “estranhos” ao seu universo de vida; outras que envolvem o próprio projeto pedagógico do IUSC e sobre a experiência “precoce” de contato com a comunidade e, mais fortemente, com as famílias que vivem nesse território.

A seguir, espero compartilhar com os leitores as seguintes questões, de modo a estimular a contínua reflexão e pesquisa sobre tais modalidades de ensino na comunidade:

A experiência de frequentar a comunidade desde o 1º ano de formação é importante no sentido de estimular os alunos a pensarem nos limites da profissão médica?

Existe a formação de um novo olhar ou uma re-significação de conceitos e interpretações das experiências pregressas na comunidade, quando os alunos, ao final do curso ou durante todo curso, voltam a participar de atividades na comunidade ou em dado momento de sua vida profissional?

Em que medida a vivência prática na atenção primária, associada a outras vivências durante a formação, estimula a reflexão de que a prática da medicina não é só ciência biomédica, mas também prática social?

É possível reconhecer, após levantar tais questões, que

considerando os resultados apresentados nessa pesquisa, alguns pontos devem ficar como lições aprendidas de todo esse processo de investigação:

A percepção da experiência do IUSC nos três primeiros anos de sua implantação mostra-se, de maneira geral, heterogênea e contraditória entre os alunos sujeitos do estudo.

O conjunto de falas dos alunos expõe a forte presença de uma visão biológica já nos primeiros anos de formação médica, e a dificuldade de lidar com o mundo das relações sociais, que parece não pertencer ao “fazer” médico, mas sim a outras esferas não relacionadas à medicina. Tal dicotomia foi também reconhecida por Good e Good (1994), em estudo etnográfico com estudantes de medicina da Escola Médica de Harvard. Esses autores mostram que os estudantes desenvolvem, durante seu curso, uma constante “tensão” entre duas dimensões, reconhecidas, por eles, como inseparáveis no “ser médico”: a “competência” e o “cuidado”. A primeira, tomada como isenta de valor e cuja base técnico-científica é fundamental à prática médica; enquanto a segunda é carregada de valores e representa os aspectos “pessoais” e a dimensão humanística da medicina.

Os depoimentos dos alunos sobre a dificuldade de compreensão do objetivo da visita domiciliar talvez expresse, em parte, o debate interno sobre os objetivos e conteúdo da própria, que, à época, se fez entre os professores-tutores e coordenação do IUSC.

E, finalmente, cabe ressaltar que, neste percurso, reconheceu-se existir atualmente uma forte tendência, não só no Brasil, que aposta na inserção precoce do estudante de medicina na prática profissional, desde os primeiros momentos do curso, como mecanismo para estimular tanto a sua formação crítico-reflexiva, embora conflituosa, como a construção de saberes essenciais à compreensão dos problemas e necessidades de saúde da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M.J. **Educação médica e saúde**: limites e possibilidades das propostas de mudança. Tese de doutorado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

_____. **Educação médica e saúde**: possibilidades de mudança. Londrina: Editora UEL; Rio de Janeiro: ABEM, 1999.

ALMEIDA, M.J.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, M. Org. **Educação dos profissionais de saúde na América Latina**: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec/Rede UNIDA, 1999. 2v.

ALMEIDA, M.J.; et al. Implantação das Diretrizes Curriculares no Paraná. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n.2, p.156-165, 2007.

ALVARENGA, L.M.C.A. **A prática médica no programa de saúde da família e sua contribuição para mudança do modelo tecnoassistencial em saúde**: limites e possibilidades. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

A PROBLEMÁTICA do IUSC. **O Esteto e Pé de Atleta**, Botucatu, fev. 2005. p.8.

AROUCA, A.S.S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. 270p.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 225p.

BENEVIDES B.R.; PASSOS E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.561-571, 2005.

BIRMAN, J. **Médico e paciente**: relação de impasse e silêncio. Out. 2009.

Disponível em: < <http://www.editoradoc.com.br/artigo> > acessado em 20 jan. 2010.

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

BORBA, P.C. A saúde da família na Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R.A. Org. **Ensino-Trabalho-Cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS**. Rio de Janeiro, IMS/UERJ:CEPESQ:ABRASCO, 2006. p.45-56.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde Nº 8080**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências. Brasília (DF), 1990.

BRASIL. Ministério da Educação. **Parecer CNE/CES n. 1133** de 07 de agosto de 2001. Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. Brasília (DF), 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação-Geral da Política de Recursos Humanos. **Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed)**. Brasília (DF), 2002.40p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento**. Brasília (DF), 2007.

CAMPOS, F.E. et al. Campanhas para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v.25, n.2, p.53-59, 2001.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p.139-146, 2004.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa *grupo focal* em investigações sobre abuso de substâncias, **Revista de Saúde Pública**, v.30, n.3, p.285-293, 1996.

CECCIM, R.B.; CARVALHO, Y.M. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R.A. Org. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde**. Rio de Janeiro, IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2006. p.69-92.

CERQUEIRA FILHO, F.J. **Medicina Comunitária – Análise de uma experiência**: o centro médico social comunitário de Pradópolis. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto (SP), 1987.

CHAVES, M.; KISIL M. Origens, concepção e desenvolvimento. In: ALMEIDA M.; FEUERWERKER L.; LLANOS M. Org. **A educação dos profissionais de saúde na América Latina**: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999. p.1-16.

CUNHA, M.I. et al. Inovações pedagógicas na formação inicial de professores. In: FERNANDES, C.M.B.; GRILLO, M. (Org.) **Educação superior**: travessias e atravessamentos. Canoas: Ed. ULBRA, 2001. p.33-90.

CYRINO, A.P.P. **Organização tecnológica do trabalho na reforma das práticas e dos serviços de saúde**: estudo de um serviço de atenção primária à saúde. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo. 1993.

_____. Primeiros passos: constituição do ensino extramuros na Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu (FCMBB). In: CYRINO, A.P.P; MAGALDI, C. Org. **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 melittus:** contribuições à educação e comunicação em saúde. Tese (doutorado)-Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo. 2005.

CYRINO E.G.; TORALLES-PEREIRA M.L. O Programa de Saúde Escolar de Botucatu como espaço de formação: parceria Universidade/Secretaria Municipal de Saúde/Escola Pública. In: CYRINO, A.P.P; MAGALDI, C. Org. **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.177-210.

_____. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.3, p.780-788, 2004.

CYRINO, E.G.; et al. O Programa: história, princípios e estratégias. In: CYRINO, E.G.; et al. Org. **A universidade na comunidade:** educação médica em transformação. Botucatu, Eliana Goldfarb Cyrino, editor, 2005a. p.21-32.

CYRINO, E.G. Humanizar é preciso: a dimensão essencial do cuidado. In: CYRINO, E.G.; et al. Org. **A universidade na comunidade:** educação médica em transformação. Botucatu, Eliana Goldfarb Cyrino, editor, 2005b. p.33-38.

CYRINO, E.G.; 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.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R.A. Org. **Ensino-Trabalho-Cidadania:** novas

marcas ao ensinar integralidade no SUS. Rio de Janeiro, IMS/UERJ:CEPESQ: ABRASCO, 2006. p.71-84.

CYRINO, E.G.; et al. Ampliando parcerias para o ensino significativo na atenção básica à saúde: o Programa Interação Universidade, Serviço e Comunidade – IUSC da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. In: **ENCONTRO DE EXPERIÊNCIAS BEM SUCEDIDAS DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO**. Joinville, 2007. p.2-16.

DESLANDES, S.F. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.17,p.389-406, 2005.

DONNANGELO, M.C.F. **Medicina e sociedade**: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo, Pioneira, 1975. 174p.

DONNANGELO, M.C.F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. 2.ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979. 124p.

EPSTEIN R.M., HUNDERT E.M. Defining and assessing professional competence. **Journal of the American Medical Association**, v.287, n.2, p.226-235, 2002.

FERREIRA, R.C.; SILVA, R.F.; AGUER, C.B. Formação do profissional médico: aprendizagem na atenção básica de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.31, n.1, p.52 – 59, 2007.

FEUERWERKER, L.C.M.; CECÍLIO, L.C.O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p.965-971, 2007.

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.

FREIRE P. **Extensão ou comunicação?**. 10ed.Rio de Janeiro: Paz e

Terra, 1992. 93p.

_____. **Educação e Mudança**. 23ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999. 79p.

_____. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 36ed. São Paulo: Paz e Terra, 2007.148p.

FUTUROS médicos vão para periferia. **Diário da Serra**, Botucatu, 3 dez. 2003.p.10.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas editora, 1999.207p.

GIL, C.R.R.; et al. Interação ensino, serviços e comunidade: desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.32, n.2, p.230-239, 2008.

GOOD, B.J.; GOOD, M.J. "Learning medicine": the construction of medical knowledge at Harvard Medical School. In: LINDENBAUM, S.; LOCK, M. **Knowledge, power, and practice**: the anthropology of medicine and everyday life.1994. p.81-107.

GUIMARÃES, R.G.M.; FERREIRA MC; VILLAÇA, F.M. O Debate Necessário: a importância da extensão universitária para a formação médica, **Cadernos ABEM**, v.4, n.10, p.69-78, 2008.

HENRIQUES R.L.M.; PINHEIROS R. Integralidade na produção de serviços de saúde e as políticas de educação. **Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem**, v.3, n.1, p.8, 2004.

LAMPERT, J.B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**. Tese de doutorado - Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, 2002.

LITTLEWOOD, S.; et al. Early practical experience and the social responsiveness of clinical education: systematic review. **British Medical Journal**, v. 331, p.387-390, 2005.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. EPU, São Paulo, 1986. 99p.

MAGALDI, C. Centro de Saúde Escola: crônicas e reminiscências. In: CYRINO, A.P.P; MAGALDI, C. Org. **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.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.P; MAGALDI, C. Org. **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.149-173.

MALTA, D.C.; et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.2, p.433-444, 2004.

MATTOS, R.A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.M.; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p.39-64.

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

MENDES, R.T.; SILVA, P.E.M.R.; MOYSÉS M.A.A. Aprendizado de medicina nos serviços de atenção primária e no contato com a comunidade. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.29, p.420-428, 1996.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Pacto de gestão**: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. PESTANA DA SILVA; M.V.C.; MENDES E.V. Belo Horizonte, 2004. 80p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, Hucitec, 2004. 269p.

MOURA, A. Efeitos de experiências de práticas precoce em ambientes clínicos e comunitários. **Educação em poucas palavras**. v.1, n.3, p.13-15, 2006.

NOGUEIRA, R.P. **Do físico ao médico moderno**: a formação social da prática médica. São Paulo: Editora UNESP, 2007. 175p.

OLIVEIRA, J.E.D. Plano de Ensino Médico na Faculdade de Botucatu, em São Paulo. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.2, n.8, p.323-330, 1966.

OLIVEIRA, N.A.; et al. Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.32, n.3, p.333-346, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE-OPAS. As transformações da profissão médica e sua influência sobre a educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v.16, n.1/3, p.48-52, 1992.

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

PEREIRA, J.C.M. **A explicação sociológica na medicina social**. São Paulo: Editora UNESP, 2005. 277p.

PEROSA, J.P.B.; ROMANHOLI, R.M.Z.; CYRINO, V.G. Constatações e desafios. In: CYRINO, E.G.; et al. Org. **A universidade na comunidade**: educação médica em transformação. Botucatu, Eliana Goldfarb Cyrino,

editor, 2005.p.139-156.

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.

PREARO, A.Y. **O ensino de pediatria na atenção básica em saúde:** entre as fronteiras do modelo biomédico e a perspectiva da integralidade do cuidado - um estudo de caso. Tese de doutorado, Faculdade de Medicina de Botucatu. Botucatu (SP), 2007.

PUCCINI, P.T.; CECÍLIO, L.C.O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública.** v.20, n.5, p.1342-1353, 2004.

RAMOS-CERQUEIRA, A.T.A.; LIMA, M.C. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação.** v. 6, n.11, p.107-116, 2002.

RUDDUCK, J. **Developing a gender policy in secondary Schools.** Buckingham: Open University Press, 1994.142p.

SCHRAIBER, L.B. **Educação médica e capitalismo:** um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1989. 133p.

_____. **O médico e seu trabalho:** limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993. 229p.

_____. **O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança.** São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. 254p.

SCILIAR, M. **O Olhar Médico:** crônicas de medicina e saúde. São Paulo: Ágora, 2005.

SILVA, L.A.S.R. A Educação Médica e a Reforma Sanitária. **Cadernos Saúde Pública**. V.2, n.4, p.493-504, 1986.

SILVEIRA, R.; LEAL, O.; LOFEGO, J. Saúde da família no curso de medicina da Universidade Federal do Acre. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R.A. Org. **Ensino-Trabalho-Cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS**. Rio de Janeiro, IMS/UERJ:CEPESQ:ABRASCO, 2006. p.15-32.

SIMPSON, M. et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. **British Medical Journal**. v.303, p.1385-1387, 1991.

TAVARES, D.M.S.; et al. Interface ensino, pesquisa, extensão nos cursos de graduação da saúde na Universidade Federal do Triângulo Mineiro. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.15, n.6, 2007.

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.

TREZZA, E. M. C.; PREARO, A. Y. Saúde da criança: curso de graduação médica em centros de saúde, creches e escolas. **Divulgação Saúde Debate**, v.11, p.26-29, 1995.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA, Faculdade de Medicina de Botucatu. (UNESP-FMB) Conselho de Curso. **Minuta de institucionalização do NAP**. Botucatu (SP), 2001.

_____. 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), **Formulário B**. Botucatu (SP), 2002b.

_____. Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos

Cursos de Medicina (PROMED), **Anexo V – Estratégias e Recursos**. Botucatu (SP), 2002c.

_____. Conselho de Curso. **ATA da reunião do NAP**. Botucatu (SP), 2004.

_____. Núcleo de Apoio Pedagógico. **Memória do Seminário de Avaliação do Promed**. Rio de Janeiro (RJ), 2005a.

_____. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), **Oficina de formulação do Projeto Pró-saúde**. Botucatu (SP), 2005b.

_____. Conselho de Curso. **ATA da reunião da Congregação**. Botucatu (SP), 2006.

_____. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). **Informe final dos resultados das atividades desenvolvidas no Pró-saúde da FMB-UNESP**. Botucatu (SP), 2007.

_____. Disponível em: <<http://www.fmb.unesp.br>> Acesso em 05 maio 2009.

VAITSMAN, J; ANDRADE, G.R.B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**; v.10, n.3, p.599-613, 2005.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

AMORETTI, R. A Educação Médica, diante das necessidades sociais de saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.**, 29(2): 136, 2005.

BARBIERI, F. B. **A Rede UNIDA e o Movimento de Mudança na Formação dos Profissionais de Saúde**. Dissertação (mestrado)-Universidade Estadual de Londrina, Londrina (PR), 2006.

BLANK, D. A propósito de cenários e atores: de que peça estamos falando? Uma luz diferente sobre o cenário da prática dos médicos em formação. **Rev. Bras. Educ. Med.**, 30(1): 27-31, 2006.

CAMPOS, F.E; TONON, M.L.; OLIVEIRA JÚNIOR, M. Org. O processo histórico de construção do SUS. Caderno planejamento e gestão em saúde. In: CUNHA, J.P.P.; CUNHA, R.E. **Gestão municipal de saúde: textos básicos**. Belo Horizonte: Coopmed, 2007. p.288-301.

COOKE, M. et al. American Medical Education 100 Years after the Flexner Report - Review Article, **New Engl J Medicine**, 355 (13):1339-1344, 2006.

CYRINO EG, **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. Tese de doutorado, Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, São Paulo, 2002.

GREEN L.A.; YAWN, B.P.; LANIER D.; et al. The ecology of medical care revisited. **New Engl J Méd**, 344:2021-5, 2001.

LAMPERT, J.B. Ato médico e a formação médica para entender as necessidades de saúde da sociedade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, sup, p.18-25, 2005.

MAGZOUN, M.E., SCHMIDT H.G. A taxonomy of community-based medical education. **Academic Medicine**, v75, n7, p699-707, 2000.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs) **Agir em Saúde** - um desafio para o público. 3.ed. São Paulo/ Buenos Aires: Ed. Hucitec/ Lugar Editorial, 2007.

MERHY, E. E.; CAMPOS, G. W. S.; CECILIO, L. C. O. (orgs.) **Inventando a Mudança na Saúde**. 3. ed. São Paulo/ Buenos Aires: Ed. Hucitec/ Lugar Editorial,2006.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. Org. **Os Caminhos do Pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. 308p

RAMOS, V. Prever a medicina das próximas Décadas: que implicações para o planejamento da educação médica? **Acta Médica Portuguesa**, 2:171-179, 1988.

REGO, S. **A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

ROCHA, J.S.Y.; A Medicina preventiva – caminhos e práxis. In: CYRINO, A.P.P.; MAGALDI, C. **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.7-13

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica**. Trad. Ângela L. de Souza. Graal, Rio de Janeiro.

SCHRAIBER, L.B; MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidades de Saúde e Atenção Primária. In: SCHRAIBER, L.B; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. org. **Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 2000. p.29-47.

SCHWARTZMAN, S. **A Qualidade no espaço universitário: conceitos, modelos e situação atual**. Trabalho preparado para o I Congresso

Internacional “Qualidade e Excelência na Educação”. Universidade Gama Filho, RJ, 1993.

TANAKA, O.; MELO, C. Anexo 2 – como operacionalizar um grupo focal. In: **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente** – um modo de fazer. São Paulo: Edusp, 2001.

VICTORA, C.G.; KNAUTH, D.R.; HASSEN, M.N.A. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 136p.

WHITE, K.L., WILLIAMS T.F.; GREENBER B.G. The ecology of medical care. **New Engl J Med**, 265:885-92, 1961.

Anexas

ANEXO 1. A ESTRUTURA DO CURRÍCULO MÉDICO DA FMB EM 2008

Resolução UNESP 75 de dezembro de 2004, alterada pela Resolução UNESP 63/06.

1ª Série

DISCIPLINAS E ESTÁGIOS	CARGA HORÁRIA
01. Anatomia Humana	432
02. Anatomia Radiológica	36
03. Bioestatística I	30
04. Bioestatística II	36
05. Biofísica	108
06. Biologia Celular	72
07. Bioquímica	144
08. Embriologia	108
09. Enfermagem Aplicada a Medicina	72
10. Histologia	144
11. Interação Universidade Serviço Comunidade I *	100
12. Introdução à Medicina	42
13. Saúde Coletiva I (Bioética e Ética Médica – 4 h, Ciências Sociais Aplicada à Saúde – 16 h, Epidemiologia – 16 h)	36
CARGA HORÁRIA TOTAL	1360
14. Educação Física (optativa)	30
15. Informática Aplicada a Medicina (optativa)	72

* A disciplina será ministrada aos alunos ingressantes a partir de 2007.

2ª Série

DISCIPLINAS E ESTÁGIOS	CARGA HORÁRIA
01. Bioestatística III	20
02. Fisiologia	360
03. Genética Humana e Molecular	144
04. Imunologia	108
05. Microbiologia	140
06. Moléstias Infecciosas e Parasitárias I – Relações entre Hospedeiro, Parasita e Meio Ambiente	20
07. Parasitologia	200
08. Patologia Geral	144
09. Saúde Coletiva II (Bioética e Ética Médica – 6 h, Ciências Sociais Aplicada a Saúde – 18 h, Epidemiologia – 18 h, Nutrição em Saúde Pública – 10 h)	52
10. Semiologia em Clínica Médica I	180
CARGA HORÁRIA TOTAL	1368

Obs: A disciplina de Interação Universidade Serviço Comunidade II (100 horas), será ministrada alunos matriculados na 2ª série a partir de 2007.

3ª Série

DISCIPLINAS E ESTÁGIOS	CARGA HORÁRIA
01. Farmacologia Geral	144
02. Neuroanatomia	72
03. Patologia Clínica I	54
04. Patologia Especial I (Cardiologia – 45 h, Gastroenterologia – 45 h, Hepatologia – 45 h, Ginecologia – 45 h)	180
05. Psicologia Médica	108
06. Saúde Coletiva III (Bioética e Ética Médica – 16 h, Ciências Sociais)	180

Aplicada à Saúde – 28 h, Epidemiologia – 28 h, Administração em Saúde – 48 h, Saúde Pública – 12 h, Nutrição em Saúde Pública – 48 h)	
07. Semiologia em Clínica Médica II	216
08. Semiologia em Dermatologia	72
09. Semiologia em Ginecologia e Obstetrícia	72
10. Semiologia em Neurologia	72
11. Semiologia em Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço	36
12. Semiologia em Pediatria	108
13. Semiologia em Psiquiatria	72
14. Semiologia Radiológica	24
CARGA HORÁRIA TOTAL	1410

Obs: A disciplina de Interação Universidade Serviço Comunidade III (76 horas), será ministrada aos alunos matriculados na 3ª série a partir de 2007.

4ª Série

DISCIPLINAS E ESTÁGIOS	CARGA HORÁRIA
01. Anestesiologia Clínica	15
02. Cirurgia Cardiovascular	50
03. Cirurgia Pediátrica	30
04. Cirurgia Plástica	30
05. Clínica Médica (Cardiologia – 70 h, Endocrinologia e Metabologia – 65h, Gastroenterologia e Nutrição – 65 h, Reumatologia – 15 h)	215
06. Dermatologia Geral	30
07. Ginecologia e Fisiopatologia da Reprodução	72
08. Introdução à Medicina de Urgência	20
09. Medicina do Trabalho	75
10. Medicina Legal	30
11. Medicina Nuclear (disciplina de apoio)	20
12. Moléstias Infecciosas e Parasitárias II – História Natural das Doenças	60
13. Neurologia I (Neuropediatria)	12
14. Obstetrícia e Fisiopatologia da Reprodução	72
15. Oftalmologia	107
16. Oncologia	20
17. Ortopedia, Traumatologia e Cirurgia de Mão	15
18. Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço	20
19. Patologia Clínica II (disciplina de apoio)	24
20. Patologia Especial II (Nefrologia – 30h, Pneumologia – 30h, Neurologia, Endocrinologia e Dermatologia – 54h, Hematologia – 30h)	144
21. Pediatria I (Gastroenterologia Pediátrica e Suporte Nutricional – 15h, Metabolismo e Nutrição Pediátrica – 30 h, Nefrologia Pediátrica – 15h, Pneumologia Pediátrica e Alergia Respiratória – 15h, Pediatria Social – 45h, Clínica Pediátrica Geral – 45h, Laboratório Pediátrico – 15 h, Medicina do Adolescente – 15h, Cardiologia Pediátrica – 15h)	210
22. Psicologia do Desenvolvimento I	50
23. Psicologia do Desenvolvimento II (disciplina de apoio)	10
24. Radiodiagnóstico (disciplina de apoio)	20
25. Radioterapia (disciplina de apoio)	20
26. Reanimação e Assistência Ventilatória	15
27. Terapêutica Médica	22
28. Urologia (Urologia Geral – 45h, Urologia Infantil – 15h)	60
CARGA HORÁRIA TOTAL	1468

5ª Série

DISCIPLINAS E ESTÁGIOS	CARGA HORÁRIA
01. Clínica Cirúrgica I (Cirurgia Vascular – 129h, Cirurgia Torácica – 94h, Urologia Geral – 100h, Urologia Infantil – 29h)	352
02. Clínica Cirúrgica II (Ortopedia, Traumatologia e Cirurgia de Mão)	176
03. Dermatologia Infecciosa e Parasitária	88
04. Ginecologia e Obstetrícia I (Ginecologia – 152h, Mastologia – 24h e Obstetrícia – 176h)	352
05. Medicina Interna I (Clínica Médica Geral e Emergência Clínica – 104h, Cardiologia – 36h, Reumatologia – 18h, Gastroenterologia – 18h)	176
06. Medicina Interna II (Nefrologia – 56h, Hematologia – 52h, e Pneumologia – 36h)	144
07. Moléstias Infecciosas e Parasitárias III – Internato	120
08. Neurologia Clínica	88
09. Neurologia II (Neuropediatria)	20
10. Pediatria II (Pediatria Geral – 107h, Medicina do Adolescente – 30h, Gastroenterologia Pediátrica – 60h, Endocrinologia Pediátrica – 30h, Hepatologia Pediátrica – 15h, Imunologia Pediátrica – 15h, Reumatologia Pediátrica – 30h, Nefrologia Pediátrica – 30h, Pneumologia Pediátrica – 15h)	332
11. Psiquiatria	88
12. Estágio Optativo (De livre escolha do aluno entre os relacionados abaixo)	176
CARGA HORÁRIA TOTAL	2112

6ª Série

DISCIPLINAS E ESTÁGIOS	CARGA HORÁRIA
01. Clínica Cirúrgica III (Gastroenterologia Cirúrgica – 240h, Cirurgia Geral – 40h)	280
02. Ginecologia e Obstetrícia II (Ginecologia – 120h, Mastologia – 20h, Obstetrícia – 140h)	280
03. Medicina Interna III (Clínica Médica Geral e Emergência Clínica – 88h, Endocrinologia e Metabologia – 48h, Reumatologia – 16h, Pneumologia – 16h, Gastroenterologia – 16h, Cardiologia – 32h, Nutrologia – 32h, Geriatria e Gerontologia – 32h)	280
04. Pediatria III (Pediatria Geral – 24h, Gastroenterologia Pediátrica – 10h, Hepatologia Pediátrica – 13h, Imunologia Pediátrica – 13h, Pneumologia Pediátrica – 13h, Reumatologia Pediátrica – 13h, Nefrologia Pediátrica – 13h, Cardiologia Pediátrica – 13h, Medicina Intensiva Pediátrica 28h, Neonatologia – 120h, Medicina Intensiva Neonatal – 20h)	280
05. Pronto Socorro	280
06. Saúde Coletiva IV (Bioética e Ética Médica – 14h, Ciências Sociais Aplicada à Saúde – 42h, Epidemiologia – 64h, Administração em Saúde – 62h, Nutrição em Saúde Pública – 50h, Saúde Pública – 48h)	280
07. Urgências e Emergências Cirúrgicas: Anestesiologia (Anestesiologia Clínica – 60h, Reanimação e Assistência Ventilatória – 60h, Terapia Antálgica e Cuidados Paliativos – 20h) Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço – 90h, Neurocirurgia – 50h.	280
CARGA HORÁRIA TOTAL	1960
TOTAL GERAL	9854

ANEXO 2. ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

Abertura

- Apresentação do Coordenador, do Relator e dos Alunos
- Explicação sobre o estudo, para que possam entender um pouco da pesquisa (da coleta de dados pela metodologia de Grupo Focal e a necessidade do preenchimento do termo de consentimento)
- Leitura do termo de consentimento livre e esclarecido e assinatura dos participantes.
- Agradecimento aos alunos por terem aceitado participar do estudo e pelo comparecimento no grupo focal.

Roteiro de perguntas

Aquecimento: Tornar-se médico na FMB - UNESP

- Queria que cada um de vocês comentasse por que escolheu estudar Medicina e como foi isto?
- Como foi o momento da escolha, da decisão de fazer medicina, há quanto tempo pensavam nessa possibilidade, as motivações?
- Agora, seis anos depois, como avaliam todo este processo pelo qual passaram...? Vocês poderiam comentar como foi vivência destes 6 anos e como avaliam as distintas fases que passaram: básico, clínico e o internato?

O IUSC: A experiência de aprendizado na comunidade – o IUSC

- Vamos conversar um pouco sobre a experiência do IUSC. Como foi isso? O que significou para vocês? O que teve de positivo e negativo nesta experiência, olhando para trás (agora, seis anos depois).

ANEXO 3. TABELA DE CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA DOS 90 ALUNOS INGRESSANTES NO CURSO MÉDICO DA FMB SEGUNDO INFORMAÇÕES DA FICHA DE INSCRIÇÃO NO VESTIBULAR DE 2003 NA FMB - UNESP.

CARACTERÍSTICAS	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Sexo		
Masculino	32	35,6
Feminino	58	64,4
Como você classifica a sua cor de pele		
Branca	79	87,8
Parda	5	5,6
Preta	0	0,0
Amarela	6	6,7
Indígena	0	0,0
Idade em 31 de dezembro de 2008 (6º ano)		
23 anos ou menos	11	12,2
24 anos	21	23,3
25 anos	31	34,4
26 anos	18	20,0
27 a 30 anos	9	10,0
Onde você cursou Ensino Fundamental (antigo 1º Grau)?		
Todo em escola pública	13	14,4
Todo em escola particular	61	67,8
Maior parte em escola pública	8	8,9
Maior parte em escola particular	8	8,9
Que tipo de curso de Ensino Médio (antigo 2º Grau) você concluiu ou concluirá?		
Magistério	0	0,0
Ensino médio comum	89	98,9
Ensino técnico agrícola, industrial, comercial	1	1,1
Educação de jovens e adultos (Supletivo)	0	0,0
Outro	0	0,0
Onde você cursou o Ensino Médio (antigo 2º Grau)?		
Todo em escola pública	5	5,6
Todo em escola particular	80	88,9
Maior parte em escola pública	2	2,2
Maior parte em escola particular	3	3,3
Você freqüenta ou freqüentou cursinho?		
Não	11	12,2
Sim, menos de um semestre	1	1,1
Sim, um semestre	2	2,2
Sim, um ano	27	30,0
Sim, mais de um ano	49	54,4
Você já iniciou algum curso superior?		
Não	85	94,4
Sim, mas o abandonei	3	3,3
Sim, estou cursando	1	1,1
Sim, e já o concluí	1	1,1

CARACTERÍSTICAS	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Qual é o nível de instrução de seu pai?		
Analfabeto	0	0,0
Ensino Fundamental (antigo 1º Grau) incompleto	6	6,7
Ensino Fundamental (antigo 1º Grau) completo	3	3,3
Ensino Médio (antigo 2º Grau) completo	12	13,3
Superior incompleto	9	10,0
Superior completo	60	66,7
Qual é o nível de instrução de sua mãe?		
Analfabeta	0	0,0
Ensino Fundamental (antigo 1º Grau) incompleto	1	1,1
Ensino Fundamental (antigo 1º Grau) completo	7	7,8
Ensino Médio (antigo 2º Grau) completo	19	21,1
Superior incompleto	8	8,9
Superior completo	55	61,1
Qual é a profissão de seu pai ou responsável?		
Proprietário ou administrador de grande ou média empresa	8	8,9
Proprietário ou administrador de pequeno negócio	22	24,4
Profissional liberal, professor ou técnico de nível superior	56	62,2
Técnico de nível médio	2	2,2
Operário com pouca qualificação	1	1,1
Não exerce atividade remunerada	1	1,1
Qual é a profissão de sua mãe ou responsável?		
Proprietária ou administradora de grande ou média empresa	2	2,3
Proprietária ou administradora de pequeno negócio	11	12,2
Profissional liberal, professora ou técnica de nível superior	49	54,4
Técnica de nível médio	2	2,2
Operária com pouca qualificação	3	3,3
Não exerce atividade remunerada	23	25,6
Qual é a renda total mensal de sua família?		
Até 1,9 SM ou até R\$ 399,00	0	0,0
De 2,0 a 4,9 SM ou de R\$ 400,00 a R\$ 999,00	4	4,4
De 5,0 a 9,9 SM ou de R\$ 1000,00 a R\$ 1999,00	17	18,9
De 10,0 a 14,9 SM ou de R\$ 2000,00 a R\$ 2999,00	17	18,9
De 15,0 a 19,9 SM ou de R\$ 3000,00 a R\$ 3999,00	19	21,1
De 20,0 SM ou mais: R\$ 4000,00 ou mais	33	36,7
Quantas pessoas vivem da renda familiar indicada na pergunta anterior?		
Uma	0	0,0
Duas	2	2,2
Três	14	15,6
Quatro	38	42,2
Cinco	33	36,7
Seis ou mais	3	3,3

Fonte: VUNESP – 2003

ANEXO 4. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Ao aluno _____ do 6º ano de graduação médica da FMB:

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 do Projeto: "O ENSINO DE GRADUAÇÃO MÉDICA NA COMUNIDADE: VIVÊNCIAS E PERCEPÇÕES DE ALUNOS"

Objetivo: compreender os sentidos da experiência vivenciada pelo aluno de graduação da FMB no Programa Interação Universidade, Serviço e Comunidade (IUSC).

Espera-se com este estudo, contribuir para o aprimoramento do Programa IUSC, bem como na produção de conhecimento útil para o aperfeiçoamento da educação médica no Brasil, especialmente para as experiências que apóiam a operacionalização das novas diretrizes curriculares (2001).

O estudo será realizado mediante a aplicação de entrevistas com os alunos do atual 6º ano médico, os quais vivenciaram o referido Programa no período de 2003 a 2005. As entrevistas serão gravadas para posterior transcrição e análise; e logo após seu uso serão destruídas. A eventual utilização de trechos da entrevista em posterior publicação será feita de modo a assegurar o sigilo da identidade dos informantes.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I. Declaro estar ciente sobre os objetivos do estudo sob responsabilidade do Dra Maria Regina Pires Uliana. Estou ciente de que as informações que fornecerei serão utilizadas para este estudo, sendo preservada a minha identificação pessoal.

II. Declaro concordar em participar deste estudo e que estou ciente que o Dra Maria Regina estará disponível para responder a quaisquer perguntas e de que posso retirar este meu consentimento a qualquer tempo, sem 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.

Botucatu, ____/ ____/ 2010

Sujeito da pesquisa: (Nome) _____

(Assinatura) _____

Pesquisador responsável: Maria Regina Pires Uliana

(Assinatura) _____

ANEXO 5. TABELA DE OBJETIVOS E ATIVIDADES DO IUSC NOS TRÊS PRIMEIROS ANOS DE IMPLANTAÇÃO (2003, 2004, 2005).

	OBJETIVO GERAL:	OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	ESTRATÉGIAS
1º a 2003	1- reconhecer a real situação de vida e de saúde da comunidade (como vivem, porque adoecem e morrem os cidadãos) e ainda participar das estratégias de proteção e cuidados à saúde desenvolvidas através da rede de atenção básica do Município de Botucatu.	<ul style="list-style-type: none"> - 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 <i>pela</i> comunidade ou <i>para</i> a comunidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - 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: pro da área de abrangência.
2º a 2004	1- Desenvolver uma formação médica que propicie uma atuação humanizada junto à população. 2- Desenvolver 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 a rede de atenção básica do Município de Botucatu;	<ul style="list-style-type: none"> -Dar continuidade ao acompanhamento de crianças e suas famílias da área de abrangência para qual tenha sido designado durante o primeiro ano de medicina; -Desenvolver atividade educativa em uma escola da área onde cada grupo está situado, integrando o reconhecimento da criança em idade escolar, da escola e de suas condições de vida; -Participar ativamente em atividades desenvolvidas <i>pela</i> comunidade ou <i>para</i> a comunidade, dentro de um plano de ação visando contribuir para buscar soluções para problemas identificados no trabalho com a comunidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Visitas e acompanhamento das crianças e suas famílias identificando situações que exijam cuidados do serviço de saúde da área de abrangência (gravidez, hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, doenças respiratórias, desnutrição, DST, etc.); -Redigir relatório sobre a família, constando todos os dados levantados (condições sócio-econômicas; composição familiar; história(s) de saúde/doença na família; recursos utilizados); - Realização de inquérito em uma classe na escola da área de atuação de cada grupo; - Realização do exame parasitológico de fezes das crianças de uma classe de 1ª série do Ensino Fundamental e das crianças acompanhadas; - Trabalho educativo com alunos de primeira série, centrado nas questões de meio ambiente, saneamento básico, lixo, contaminação por parasitas e prevenção. - Integração com UBS ou USF para encaminhamento das crianças com casos de parasitose identificados e para atendimento médico da criança; - Planejamento e execução de atividades visando a busca de soluções para os problemas prioritários identificados, dentro de uma visão de promoção da saúde.
3º a 2005	1- Desenvolver uma formação médica que propicie uma atuação	* Participar do acompanhamento e controle dos principais	Desenvolvimento de Ações / Habilidades * Participar do acompanhamento

	<p>humanizada junto à população.</p> <p>2- Manter o desenvolvimento de 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 a rede de atenção básica do Município de Botucatu;</p>	<p>problemas de saúde das famílias de referência (com base em protocolo, p.ex., PA, glicemias alteradas, peso das crianças, etc) que utilizam o serviço de saúde de cada área de abrangência.</p> <p>* Desenvolver ações de promoção, educação e prevenção junto às famílias de referência e à comunidade da área de abrangência da UBS/USF, com ênfase ao meio ambiente e ambiente de trabalho;</p>	<p>médico, das consultas e procedimentos realizados às famílias de referência, acompanhando a realização de exames complementares (Rx de tórax, tomografia, endoscopia, etc.).</p> <p>* Realização, sob supervisão, de procedimentos e cuidados no domicílio, tais como curativos, SNG, bolsas coletoras etc;</p> <p>* Aprendizagem prática de semiologia e prática de Raciocínio Clínico e Medicina Baseada em Evidências;</p> <p>Participar de atividades programáticas em Saúde do Adulto (consulta médica, atividade de grupo, busca ativa, etc.):</p> <p>* Saúde do Adulto: Ênfase à hipertensão, diabetes, saúde mental e outras doenças mais prevalentes na comunidade.</p> <p>* Acompanhar o atendimento médico e participar das atividades de grupo e outras previstas no protocolo do programa;</p> <p>* Aprofundar conhecimentos das condições de vida e saúde e participar da intervenção sobre problemas detectados.</p> <p>Estratégias para conhecimento e desenvolvimento de relações éticas e da dimensão psicológica do trabalho médico e em saúde envolvendo alunos, professores e comunidade.</p> <p>* Ética na relação aluno/comunidade, aluno/equipe e aluno/paciente e aluno/ instrutor clínico;</p> <p>* Trabalhar na prática com conceitos de ética médica;</p> <p>* Acompanhamento de consultas para discussão da relação médico-paciente;</p> <p>* Enfatizar o processo de comunicação e a relação aluno/profissional/comunidade;</p> <p>* Aspectos de psicologia do trabalho em grupo e da relação médico x paciente e médico x comunidade;</p> <p>Estratégias para conhecimento sobre controle social</p> <p>* Participação nas reuniões e atividades do Conselho Gestor da Unidade de Saúde (CONUS);</p> <p>* Participação nas reuniões do CMS quando forem discutidos assuntos de interesse à comunidade;</p> <p>* Apoio e participação em atividades desenvolvidas pela comunidade ou para a comunidade;</p>
--	--	--	---

Fonte: UNESP, 2003, 2004,2005.

ANEXO 6. TABELAS DE OBJETIVOS E ATIVIDADES DO IUSC DO 1º, 2º E 3º ANOS DE GRADUAÇÃO NO ANO DE 2008.

	OBJETIVO GERAL:	OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	ESTRATÉGIAS
1º a 2008	1- Propiciar aos alunos de graduação médica a construção de estratégias que possibilitem o desenvolvimento de ações para o cuidado integral e promoção de saúde junto à comunidade, em parceria com a rede de atenção básica do município de Botucatu (UBS/USF).	<p>* Identificar equipamentos sociais, redes de apoio e recursos disponíveis para a promoção da saúde e qualidade de vida no território;</p> <p>* Conhecer e utilizar métodos e técnicas apropriadas para o reconhecimento da situação de vida e necessidades de saúde da comunidade (como vivem, porque adoecem e morrem os cidadãos);</p> <p>* 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 profissional com a família com ênfase na criança;</p> <p>* Desenvolver a compreensão dos múltiplos determinantes do processo saúde-doença, aproximando-se de dimensões da realidade sócio-política e cultural do trabalho do médico, de profissionais de saúde e da população;</p> <p>* Sistematizar o trabalho desenvolvido para fins de avaliação, produção de conhecimento, publicações e/ou participação em evento(s) científico(s).</p>	<p>a) Trabalho Grupal:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Atividades de integração ✓ Discussão de textos e/ou vídeos ✓ Elaboração teórico-prática das atividades a serem desenvolvidas. <p>b) Elaboração do Diagnóstico Situacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realização de visitas de reconhecimento do território das UBS com ou sem Estratégia de Saúde da Família. ✓ Identificação dos problemas de saúde da população e seus determinantes, através de: <ul style="list-style-type: none"> ▪ conferências e entrevistas com profissionais de saúde ▪ entrevistas com lideranças comunitárias ▪ entrevistas com as famílias acompanhadas pela disciplina ▪ entrevistas com moradores do território ▪ conhecimento de dados demográficos e epidemiológicos do território- (integração com a Disciplina Saúde Coletiva). ✓ Realização de diagnóstico comunitário através de: reconhecimento das condições de vida da população que reside e trabalha na região; identificação dos recursos comunitários e rede de apoio social. <p>c) Acompanhamento da criança e sua família</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconhecer as condições de vida de famílias das crianças menores de um ano, indicadas pelas UBS ou USF por meio de: conferências e entrevistas com profissionais de saúde. ▪ realização de visitas domiciliares tematizadas. ▪ desenvolvimento de habilidades comunicacionais. ▪ realização de atividades de educação e prevenção à saúde. - Desenvolver atividades de educação e prevenção à saúde com ênfase no BRINCAR.
2º a 2008	1- Propiciar aos alunos de graduação médica a construção de estratégias que possibilitem o desenvolvimento de ações para o cuidado e promoção da saúde	<p>* Aprofundar os conhecimentos em relação às condições de vida e saúde das famílias do território para a qual tenha sido designado no ano anterior (1º ano);</p>	<p>a) Visitas Domiciliares</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dar continuidade às visitas iniciadas no 1º ano, com ênfase na família; identificando situações que exijam cuidados do serviço de saúde. - Problematização de situações iniciadas nas visitas às famílias;

	<p>junto à comunidade, em parceria com a rede de atenção básica do município de Botucatu (UBS/USF).</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolver habilidades de escuta, comunicação, capacidade de reflexão crítica e compromisso ético; * Desenvolver e ampliar repertório referente ao trabalho em grupo e com o outro, em relação dialógica; * Elaborar e desenvolver atividade educativa segundo a demanda levantada nas áreas integrando o reconhecimento do território e das condições de vida de seus moradores à proposta a ser executada; * Elaborar e implementar plano de ação educativa como parte integrante do bloco temático de Integração Básico-Clínic; * Promover a integração com as disciplinas do 2º ano no desenvolvimento de atividades educativas; * Planejar e sistematizar o trabalho desenvolvido para fins de avaliação, produção de conhecimento, publicações e/ou participação em evento(s) científico(s). 	<ul style="list-style-type: none"> - Subsídios teóricos sobre temas correlatos. b) Vivências na Atenção Básica à Saúde <ul style="list-style-type: none"> ▪ Visitas nas UBS/USF para conhecer o funcionamento de um serviço de Atenção Básica; ▪ Discussões teóricas sobre SUS e Atenção Básica. c) Educação e Comunicação em Saúde <ul style="list-style-type: none"> ▪ Discussões teórico-práticas de Educação em Saúde (dialógica); ▪ Problematização de situações vivenciadas na comunidade; ▪ Realização de atividades de Educação em Saúde considerando: <ul style="list-style-type: none"> - as informações sobre as demandas de saúde identificadas no 1º ano; - a integração dos conhecimentos das disciplinas afins e contando com as parcerias das Secretarias Municipais de Saúde e Educação, das UBS/USF ou outros equipamentos sociais; - a existência de ações de Educação em Saúde já vigorando nas respectivas áreas de abrangência . d) Produção do Conhecimento <ul style="list-style-type: none"> Sistematizar o trabalho desenvolvido semestralmente para fins de avaliação, produção de conhecimento, publicações e/ou participação em evento(s) científico(s).
<p>3º a 2008</p>	<p>1- Propiciar aos alunos de graduação médica do 3º ano, a construção de estratégias que possibilitem o desenvolvimento de ações para o cuidado e promoção da saúde junto a comunidade, em parceria com a rede de atenção básica do Município de Botucatu (UBS/USF).</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Propiciar ao aluno de 3º ano de graduação, uma formação médica com subsídios teórico-práticos, visando desenvolver um atendimento clínico que respeita as especificidades e necessidades de cada usuário. * Ampliar sua prática de registro em prontuário tornando-o mais completo, ou seja, com informações que contemplem também a história psico-social dos usuários. * Integrar os conhecimentos de semiologia e raciocínio clínico através do atendimento e 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar atendimento médico (supervisionado) baseando-se no roteiro de "Anamnese Ampliada", aprofundando conhecimentos da história de vida e saúde dos pacientes. - Realizar, atendimento e cuidados no domicílio, sempre acompanhado de um membro da equipe de saúde. - Participar de atividade de grupo realizadas nas Unidades, visitas domiciliares, reuniões de integração dos profissionais da unidade, entre outras. - Acompanhar os usuários com retornos semanais ou quinzenais, ampliando a compreensão do processo de saúde-doença e melhorando a maneira de promover saúde individualmente. - Realizar discussões de casos visando o desenvolvimento de habilidades, subsidiando os alunos

		<p>acompanhamento de usuários adultos que freqüentam a UBS/USF.</p> <p>* Aprofundar conhecimento sobre a realidade dos atendimentos em UBS/USF, bem como o funcionamento destas Unidades dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).</p> <p>* Propiciar ao aluno que inicia a prática clínica, a visualização das doenças mais prevalentes na comunidade e seu grau de complexidade.</p> <p>* Incentivar os alunos a participarem das atividades desenvolvidas pela comunidade e para a comunidade (p. ex.: CONUS).</p>	<p>com referências sobre comunicação inter-pessoal e ética médica.</p>
--	--	---	--

Fonte: UNESP, 2008a, 2008b, 2008c.

**ANEXO 7. PROGRAMA DE INTERAÇÃO UNIVERSIDADE SERVIÇOS –
COMUNIDADE (IUSC) – 2003.**



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

**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
	16h	Central de Aulas	Tema: a criança e a família Profa Dra Agueda Beatriz Pires Rizzatto Tema: Crescimento e desenvolvimento/vacinas Profa Dra Ercília Maria Carone Trezza 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
	16h	Central de aulas	Prof Dr Antonio Luiz Caldas Jr 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)