

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA**  
**“Julio de Mesquita Filho”**  
**Faculdade de Medicina de Botucatu**  
**Departamento de Saúde Pública**  
**Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

**A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O ENSINO: TENSIONAMENTOS E  
POTENCIALIDADES NAS PRÁTICAS  
PEDAGÓGICO-ASSISTENCIAIS**

**Tiago Rocha Pinto**

**Botucatu**  
**2013**

**Tiago Rocha Pinto**

**A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O ENSINO: TENSIONAMENTOS E  
POTENCIALIDADES NAS PRÁTICAS  
PEDAGÓGICO-ASSISTENCIAIS**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva (área de concentração: Saúde Pública).

**Orientação: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eliana Goldfarb Cyrino**

**Botucatu  
2013**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

### **A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O ENSINO: TENSIONAMENTOS E POTENCIALIDADES NAS PRÁTICAS PEDAGÓGICO-ASSISTENCIAIS**

**Tiago Rocha Pinto**

#### **BANCA EXAMINADORA**

**Profª Drª Eliana Goldfarb Cyrino** - *Orientadora*  
Depto. de Saúde Pública - FMB - UNESP.

**Profª Drª Laura Macruz Camargo Feuerwerker**  
Depto. de Prática de Saúde Pública - Universidade de São Paulo - USP.

**Profº Drº Marcelo Dalla Vecchia**  
Depto. de Psicologia - Universidade de São João Del Rey - MG.

**Profª Drª Sueli Terezinha Ferreira Martins**  
Depto. de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria - FMB - UNESP.

**Profª Drª Alice Yamashita Prearo**  
Depto. de Pediatria - FMB - UNESP.

**Botucatu, 30 de agosto de 2013.**

## DEDICATÓRIA

Aos meus queridos pais Cícero e Geni, por sua abdicação e esforço em minha formação como homem e como profissional.

À minha amada esposa Ana Tereza Spirandeli Cruz, minha grande companheira nas conquistas e nos momentos mais difíceis.

Ao meu filho Ian Gael, por me dar uma nova razão de viver e me inspirar a ser uma pessoa cada dia melhor.

À minha filha que está por vir, que com certeza, continuará a me trazer alegrias e a iluminar minha vida.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço especialmente a Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eliana Goldfarb Cyrino, com quem pude aprender muito durante esses anos. Por me dar a oportunidade de concretizar esse sonho, acreditar no meu potencial e me favorecer experiências que ampliaram meus horizontes.

Ao Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Antônio de P.P. Cyrino, com quem pude trabalhar junto por dois anos como tutor do PET-Saúde e me auxiliou muito a compreender mais sobre a educação médica na atenção primária à saúde por meio das reflexões e vivências realizadas.

Aos companheiros do grupo de pesquisa de formação profissional em saúde, pelos muitos momentos de estudo, discussão, contribuições e enriquecimento de meu trabalho, especialmente à Cássia Marisa Manoel, Renata Romanholi, Marina Vilardi, Vitória, Daniele Godoy e demais pessoas que passaram por este processo.

Aos meus superiores e colegas de trabalho do NASF, IMES e Unidades de Saúde, pelo incentivo em minha formação e compreensão nos momentos em que me ausentei e que pouco contribuí nas atividades.

Aos meus companheiros da ABRAPSO- Núcleo-Cuesta, pelos espaços de reflexão teórica, de compartilhamento das angústias e dificuldades vivenciadas no cotidiano, mas também pelos momentos de encontro e confraternização.

À Prof<sup>a</sup> Sueli T. F. Martins, minha grande mestra desde a graduação, pelo seu incentivo e exemplo de coerência em tudo que faz.

Aos funcionários do NAP, em especial, ao Marcelo, Renata e a Beth por sempre mostrarem-se solícitos e a me apoiar em tudo que precisei.

A todos os profissionais entrevistados que, solidariamente,

contribuíram ao relatar suas experiências e a objetivar este trabalho.

Aos professores Laura M.C. Feuerwerker, Sueli T.F. Martins, Marcelo Dalla Vecchia e Alice Yamashita Prearo, por suas valiosas contribuições na Qualificação e na Defesa desta Tese.

Às professoras Janete Pessuto Simonetti, Wanda Maria Junqueira Aguiar e Mara Regina Lemes De Sordi, por terem aceitado colaborar comigo na condição de suplentes da banca.

Aos meus irmãos, Luciano, Camila e Carina que apesar da distância continuam a torcer por mim e a conquistar meus objetivos junto comigo.

Aos meus sogros Touché e Guilherme e às minhas sogras Elieth e Cristina, com quem sempre pude contar e a me sentir amparado em verdadeiros pais e mães que são em minha vida.

A todos meus amigos, familiares e alunos que sempre me deram apoio e me encorajaram a acreditar que podia ir mais longe.

Muito obrigado!

## RESUMO

A constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe consigo uma série de aspectos envolvidos na organização do sistema de saúde e no modo com que são ofertados os cuidados em saúde. Da mesma forma, as instituições formadoras também buscaram se adequar frente a estas novas exigências, o que possibilita uma articulação das instituições formadoras com os serviços de saúde e em especial, com a Atenção Primária à Saúde (APS). Este estudo analisou os tensionamentos e potencialidades da interação entre estudantes de graduação, em formação profissional, em uma universidade pública e trabalhadores no cotidiano da Atenção Primária à Saúde e; especificamente investigou as implicações que ocorrem para os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde que recebem alunos de uma disciplina, a Interação Universidade, Serviços e Comunidade (IUSC). Para tanto, realizou-se pesquisa qualitativa, por meio de entrevistas semi-estruturadas com profissionais de diferentes categorias profissionais e dos diferentes serviços da APS de um município de médio porte do Estado de São Paulo, num total de 24 entrevistas. Os dados foram analisados segundo à Abordagem Histórico - Cultural, através da elaboração de núcleos de significação e de sentido de acordo com o método explicativo de Vigotski. Os dados obtidos permitiram a estruturação de núcleos de significação e de sentido, agrupados em três eixos de análise, caracterizados como: 1) As possibilidades e potencialidades da Atenção Primária à Saúde na formação e desenvolvimento de profissionais e estudantes para o trabalho no SUS; 2) Tensões e entraves para consolidação e operacionalização das atividades de ensino na Atenção Primária à Saúde e 3) Avaliação das problemáticas e desafios a serem enfrentados no ensino na Atenção Primária à Saúde. Foi possível identificar que os profissionais de saúde concebem de forma positiva a interação e contato com alunos na APS, apesar de destacar que ainda existem aspectos problemáticos a serem superados, como a limitação do tempo e do espaço físico das Unidades e uma melhor articulação entre todos os envolvidos. Observaram-se inúmeras possibilidades de ganho com esta experiência, como o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção em saúde e o aumento da qualificação de profissionais e alunos diante da troca de saberes. Também foi possível constatar que os cenários da APS têm se constituído enquanto campo fundamental e necessário de aprendizagem aos futuros profissionais de saúde para uma formação que leve em consideração e atenda aos preceitos do SUS. De modo mais particular, a Interação Universidade, Serviços e Comunidade (IUSC) tem se consolidado como estratégia potente e eficaz no favorecimento da formação dos alunos sob esta perspectiva, contribuindo para o desenvolvimento de habilidades comunicacionais, de uma escuta mais qualificada, para o aprendizado do trabalho em equipe e de uma concepção ampliada do processo saúde-doença. Salientamos que tal objeto de investigação aponta para necessidade de uma série de ajustes e pactuações entre os órgãos formadores, unidades de saúde e gestores encarregados desta articulação, para que tanto os alunos quanto os serviços de saúde possam ser beneficiados. No mais, se compreende que a adequação das problemáticas apresentadas poderá favorecer ainda mais no fortalecimento e consolidação da APS na formação dos alunos em consonância com os princípios do SUS e, acima de tudo, em profissionais conhecedores e comprometidos com as necessidades de saúde da população brasileira.

**Palavras Chave:** Ensino na comunidade; Atenção Primária à Saúde; Abordagem Histórico-Cultural; Educação Médica; Educação de Profissionais de Saúde.

## ABSTRACT

The Unified Health System (SUS) constitution brought in itself several aspects involved as many as the system organization and the way healthcares are offered. Likewise, the forming institutions are also seeking to suit themselves on those new demands, which enables the speech between the forming institutions with health services, in particular, with Primary Health Attention (APS). Therewith, this study sought analyzes the tensionings and interaction possibilities between professional training students and workers in *Primary Health Attention's* diurnal. Thereby, a qualitative research was held trough semi-structured interviews applied on workers from several categories and the manifold APS's services of a medium sized city from São Paulo state, making 24 interviews. The data corpus were analyzed over Historic- Cultural Approach, through meaning and sense cores concoction according to explaining Vigotski's method. The obtained information allowed us to build up signification and sense cores, grouped in three analysis' axis, characterized as: 1) The possibilities and potentials of *Atenção Primária à Saúde* in the training and development of professionals and students that will work in the *SUS*; 2) Tensions and barriers in teaching on *Primary Health Attention* consolidation and operationalisation and 3) Already faced problems and challenges Appraisal. It was possible identify that health professionals conceive in a positive form the interaction with the *APS* students, regardless of them highlight that still exists some problematic aspects to be overcome, as the time limitation and the Unities' roominess, as well as a better join among all involved. It was observed several advantages with that experience, such as the promotion and preventive health development and the increasing professionals and students qualification up the knowledge exchanging. It was also possible to find that *APS'* sceneries have been constituted while needful and fundamental field to the future professionals leaning for a graduation that takes into account and complies with the *SUS* precepts. In a more particular way, the *Interação Universidade, Serviços e Comunidades (IUSC)* has been consolidated as a potent and effective strategy on the students formation under this perspective, contributing for the communicational skills, for a more qualified listening, for the cooperative working applied on the sickness-health process. We accentuate that such investigating objective points to a chain of adjusts and covenantnesses among the forming agencies, health units, and charged managers of that articulation, for both, students and health services may be benefited. Moreover, it is understood the presented problems adequacy could favor further the *APS* strengthenment and consolidation on students formation in line the *SUS* principles and, above all, on knowledgeable professionals committed to brazilian people health necessities.

**Keywords:** Teaching in the communities; Primary Health Attention; Historic-Cultural Approach; Medical Education; Health Professionals Education.

"As palavras só têm sentido se nos ajudam a ver o mundo melhor.  
Aprendemos palavras para melhorar os olhos.  
Há muitas pessoas de visão perfeita que nada vêem...  
O ato de ver não é coisa natural.  
Precisa ser aprendido!"

*Rubem Alves*

## **LISTA DE QUADROS**

- Quadro 1 - Síntese do Plano de Ensino do IUSC. \60
- Quadro 2 - Objetivos específicos da disciplina IUSC I, II e III. \64
- Quadro 3 - Perfil dos profissionais com relação à idade, tempo de formação e de trabalho na Unidade de Saúde. Botucatu, 2012.\85
- Quadro 4 - Categorização em núcleos de significação e de sentidos. \91

## LISTA DE FIGURAS

|                                                      |     |
|------------------------------------------------------|-----|
| Figura 1 - Distribuição por gênero. Botucatu, 2012.  | \86 |
| Figura 2 - Formação Profissional. Botucatu, 2012.    | \86 |
| Figura 3 - Local de formação. Botucatu, 2012.        | \87 |
| Figura 4 - Formação complementar. Botucatu, 2012.    | \88 |
| Figura 5 - Tutoria e preceptoria. Botucatu, 2012.    | \89 |
| Figura 6 - Atuação em outros locais. Botucatu, 2012. | \90 |

## **LISTA DE ANEXOS**

|                                                                                 |      |
|---------------------------------------------------------------------------------|------|
| Anexo 1 - Aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa                             | \171 |
| Anexo 2 - Aprovação da mudança de orientador e do título do projeto de pesquisa | \172 |
| Anexo 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido                            | \173 |
| Anexo 4 - Roteiro de Entrevista                                                 | \174 |
| Anexo 5 - Exemplificação de uma entrevista na integra                           | \175 |

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

### **ABS**

atenção Básica à Saúde

### **ABEM**

Associação Brasileira de Educação Médica

### **ACS**

Atenção Comunitária de Saúde

### **AIS**

Ações Integradas de Saúde

### **APS**

Atenção Primária à Saúde

### **CFM**

Conselho Federal de Medicina

### **CINAEM**

Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico

### **CSE**

Centro de Saúde Escola

### **DCN**

Diretrizes Curriculares Nacionais

### **ESF**

Estratégia de Saúde da Família

### **FCMBB**

Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu

### **FMB**

Faculdade de Medicina de Botucatu

### **IDA**

Integração Docente Assistencial

### **IES**

Instituição de Ensino Superior

### **IUSC**

Interação Universidade, Serviços e Comunidade

### **MS**

Ministério da Saúde

### **MEC**

Ministério da Educação

**MHD**

Materialismo Histórico Dialético

**NAP**

Núcleo de Apoio Pedagógico

**NASF**

Núcleo de Apoio à Saúde da Família

**OMS**

Organização Mundial de Saúde

**OPAS**

Organização Panamericana de Saúde

**PACS**

Programa de Agentes Comunitários

**PET-SAÚDE**

Programa de Educação para o Trabalho

**PITS**

Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde

**PPP**

Projeto Político Pedagógico

**PROMED**

Prog. de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina

**PRÓ-SAÚDE**

Prog. Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

**SUS**

Sistema Único de Saúde

**UBS**

Unidade Básica de Saúde

**USF**

Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

|                  |     |                        |
|------------------|-----|------------------------|
| \ APRESENTAÇÃO   | \16 |                        |
| \ 1 - INTRODUÇÃO | \22 |                        |
|                  | \22 | \ 1.1 - A EDIÇÃO       |
|                  |     | \ 1.1.1 - MODELO       |
|                  | \30 | \ 1.1.2 - OBJETIVO     |
|                  | \37 | \ 1.1.3 - AVALIAÇÃO    |
|                  | \44 | \ 1.1.4 - APLICAÇÃO    |
|                  | \49 | \1.2 - A FASE          |
|                  |     | \1.2.1 - OBJETIVO      |
|                  | \55 | \ 1.2.2 - APLICAÇÃO    |
|                  | \62 | \ 1.2.3 - AVALIAÇÃO    |
| \2 - OBJETIVO    |     |                        |
| \67              |     | \2.1 - OBJETIVO        |
|                  | \67 | \ 2.2 - OBJETIVO       |
| \3 - METODOLOGIA |     |                        |
| \69              |     | \ 3.1 - A APLICAÇÃO    |
|                  | \78 | \3.2 - DESENVOLVIMENTO |
|                  |     | \ 3.2.1 - APLICAÇÃO    |
|                  | \80 | \ 3.2.2 - AVALIAÇÃO    |
|                  |     | \ 3.3 - A CONCLUSÃO    |

\81

|      |                         |
|------|-------------------------|
|      | \ 4 - APRESENTAÇÃO      |
| \85  |                         |
|      | \ 4.1 - CARACTERÍSTICAS |
| \85  |                         |
|      | \ 4.2 - ANÁLISE         |
| \90  |                         |
|      | \ EIXO 1 - AVALIAÇÃO    |
| \95  |                         |
|      | \ EIXO 2 - TÓPICOS      |
| \119 |                         |
|      | \ EIXO 3 - FERRAMENTAS  |
| \143 |                         |

|      |                     |
|------|---------------------|
|      | \ 5 - CONSIDERAÇÕES |
| \149 |                     |

|      |               |
|------|---------------|
|      | \ REFERÊNCIAS |
| \157 |               |

|      |          |
|------|----------|
|      | \ ANEXOS |
| \171 |          |

## APRESENTAÇÃO

A TAREFA DE REALIZAR O PRESENTE TRABALHO EXIGIU QUE EU RETORNASSE ÀS MINHAS RAÍZES, ME FAZENDO PENSAR COMO TAL TEMÁTICA FOI SENDO FOMENTADA EM INQUIETAÇÕES E MOTIVAÇÕES NO DECORRER DA MINHA VIDA.

FILHO DE BANCÁRIO, TIVE UMA INFÂNCIA MARCADA PELAS TRANSFERÊNCIAS DE CIDADES DE MEU PAI, TENDO ESTUDADO O ENSINO FUNDAMENTAL EM CINCO ESCOLAS DE CIDADES DIFERENTES. EMBORA ISSO TENHA ME TRAZIDO MUITO SOFRIMENTO QUANDO CRIANÇA, TAMBÉM CONTRIBUIU PARA QUE EU E MEUS TRÊS IRMÃOS DESENVOLVÊSSEMOS A CAPACIDADE DE ADAPTAÇÃO FRENTE AO NOVO E INUSITADO.

NA ADOLESCÊNCIA, TAL VIVÊNCIA HAVIA INFLUENCIADO EM MINHA ESCOLHA PROFISSIONAL NA ÁREA DE HUMANAS, E O CURSO DE PSICOLOGIA SE COLOCOU COMO UMA OPÇÃO INTERESSANTE QUE CONVERGIA COM MEUS ANSEIOS DE CONHECIMENTO SOBRE O SER HUMANO.

A APROXIMAÇÃO COM A PSICOLOGIA SOCIAL, SAÚDE PÚBLICA E MENTAL NA GRADUAÇÃO SE DEU ATRAVÉS DE PROFESSORES, DISCIPLINAS, ENCONTROS E ESTÁGIOS, POSSIBILITANDO-ME A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO OLHAR SOBRE A PRÓPRIA PSICOLOGIA, TRAZENDO A IDENTIFICAÇÃO COM ESSE CAMPO DE TRABALHO E COM A ABORDAGEM HISTÓRICO-CULTURAL.

APÓS MINHA FORMAÇÃO EM LICENCIATURA EM 2002, REALIZEI MINHA PRIMEIRA PÓS-GRADUAÇÃO LATU SENSO, O CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DO TELELACRI - “VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES” - OFERECIDA PELO INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. TAL CURSO FOI IMPORTANTE TANTO PARA MINHA SENSIBILIZAÇÃO SOBRE ESSA QUESTÃO QUANTO PARA ABRIR OUTROS CAMINHOS NA ÁREA DA SAÚDE.

JÁ FORMADO, COMECEI A PARTICIPAR, EM BOTUCATU, DO CURSO DE APRIMORAMENTO EM PSICOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA, REALIZADO NO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA E OFERECIDO PELO DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNESP-BOTUCATU. SOB ORIENTAÇÃO DA PSICÓLOGA GENI M. G. ROLLO E COM O APOIO DE TODA EQUIPE, PASSEI A VIVENCIAR NESSE ESPAÇO UMA NOVA ETAPA DE APRENDIZAGEM E DE CONSTRUÇÃO DO MEU PAPEL DE PSICÓLOGO, BEM COMO CONHECER DE FATO

AS PROBLEMÁTICAS DA SAÚDE MENTAL NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE E DA REDE DE SERVIÇOS EM SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO.

EM 2004, A CONVITE DO PROFº DRº MARCELO DALLA VECHIA E DA PROFª DRª SUELI TEREZINHA FERREIRA MARTINS, COMECEI A PARTICIPAR DE REUNIÕES NO DEPARTAMENTO DE NEUROLOGIA, PSICOLOGIA E PSIQUIATRIA DA UNESP-BOTUCATU, NAS QUAIS DISCUTÍAMOS ENTRE OUTRAS TEMÁTICAS, A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA, A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL. TAIS QUESTÕES INTEGRAVAM O PROJETO “ESTRATÉGIAS DE FORMAÇÃO E INTERVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL JUNTO A EQUIPES DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA”, QUE CONTAVA COM TRABALHOS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, MESTRADO E DOUTORADO, TODOS SOB A COORDENAÇÃO DA PROFª DRª SUELI.

COM BASE NOS TRABALHOS QUE JÁ VINHAM SENDO DESENVOLVIDOS NAQUELE PROJETO, INICIEI A FORMULAÇÃO DE UMA PROBLEMÁTICA QUE SE MOSTRAVA PERTINENTE JUNTO AOS DADOS COLETADOS E QUE AINDA NÃO ERA ALVO ESPECÍFICO DE INVESTIGAÇÃO: A DIFICULDADE QUE AS EQUIPES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ENCONTRAVAM EM REALIZAR ENCAMINHAMENTOS PARA NÍVEIS MAIS ESPECIALIZADOS EM SAÚDE MENTAL. DESSA FORMA, CONSTRUÍMOS MINHA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO COM O TÍTULO “ENCONTROS E DESENCONTROS: A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E SUA RELAÇÃO COM A REDE DE SERVIÇOS E DISPOSITIVOS SUBSTITUTIVOS EM SAÚDE MENTAL”, TAMBÉM DESENVOLVIDA NO PROGRAMA DE MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA DA FMB-UNESP.

NO FINAL DE 2004, TAMBÉM COMECEI A TRABALHAR NA ASSOCIAÇÃO DE USUÁRIOS, FAMILIARES E TRABALHADORES DA SAÚDE MENTAL EM BOTUCATU - ASSOCIAÇÃO ARTE E CONVÍVIO - AAC - ONDE PUDE ATUAR DURANTE TRÊS ANOS COMO PSICÓLOGO E ADQUIRIR UMA GRANDE VIVÊNCIA, SEJA NA COMPREENSÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO, COMO NO APRENDIZADO CONTÍNUO NESSE EQUIPAMENTO SUBSTITUTIVO ATRAVÉS DE SUAS AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E INCLUSÃO SOCIAL POR MEIO DE OFICINAS DE GERAÇÃO DE RENDA.

ANSIOSO POR EXPERENCIAR NA PRÁTICA AQUILO QUE ESTAVA DESENVOLVENDO EM MEUS ESTUDOS, FUI REALIZAR NOVAMENTE UMA PÓS-GRADUAÇÃO OFERECIDA PELA FMB-UNESP, DESTA VEZ, NO PROGRAMA DE

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA, QUE ME CAPACITOU PARA O INGRESSO EM MEU ATUAL CAMPO DE TRABALHO COMO PSICÓLOGO NO NÚCLEO DE APOIO à SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF - NO MUNICÍPIO DE BOTUCATU.

COMO PROFESSOR DE APOIO E TUTOR DO ENTÃO PROJETO INTERAÇÃO UNIVERSIDADE, SERVIÇO E COMUNIDADE - IUSC - COM ALUNOS DO 2º ANO DE GRADUAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA, TIVE A OPORTUNIDADE DE ACOMPANHAR E SUPERVISIONAR ALUNOS EM UNIDADES DE SAÚDE DURANTE OS ANOS DE 2006 E 2007. NESTA EXPERIÊNCIA, PUDE VIVENCIAR AS REFORMULAÇÕES DO ENSINO MÉDICO NA COMUNIDADE, BEM COMO SUAS CONQUISTAS E DIFICULDADES NO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM EM MUITOS DE SEUS ASPECTOS RELACIONADOS.

EM 2010, PUDE RETOMAR ESSA EXPERIÊNCIA ATRAVÉS DA PARTICIPAÇÃO COMO PRECEPTOR NO PROGRAMA PET-SAÚDE COM ALUNOS DE MEDICINA E ENFERMAGEM. COM O PROJETO “CONSTRUINDO TECNOLOGIAS DE ATENÇÃO AO DIABETES MELITUS TIPO 2: DOS CAMPOS PROBLEMÁTICOS ÀS ESTRATÉGIAS DE APOIO AO AUTOCUIDADO” SOB A COORDENAÇÃO DO PROFº DRº ANTÔNIO DE P. P. CYRINO. MAIS UMA VEZ, PUDE VIVENCIAR NOS CENÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA à SAÚDE A BUSCA POR UMA FORMAÇÃO ATENTA ÀS EXIGÊNCIAS DE UM PROFISSIONAL MAIS QUALIFICADO PARA ATUAR FRENTE ÀS DEMANDAS E NECESSIDADES QUE O NÍVEL PRIMÁRIO DE ATENÇÃO REQUER.

NESTE MESMO ANO, PASSEI A MINISTRAR AULAS COMO PROFESSOR NO CURSO DE PSICOLOGIA DO INSTITUTO MUNICIPAL DE ENSINO SUPERIOR DE SÃO MANUEL - IMES- E NO INÍCIO DE 2012, A SER RESPONSÁVEL PELA DISCIPLINA “MEDIDAS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE NA COMUNIDADE” E A SUPERVISIONAR O ESTÁGIO DE “PSICOLOGIA SOCIAL COMUNITÁRIA” JUNTO A EQUIPAMENTOS SOCIAIS E DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO MANUEL.

ATRAVÉS DESTAS VIVÊNCIAS COMO ALUNO, PROFESSOR E PESQUISADOR NO CAMPO DA SAÚDE E, EM ESPECIAL, DA ATENÇÃO PRIMÁRIA à SAÚDE, TENHO ME DEPARADO COM VÁRIAS PROBLEMÁTICAS RELACIONADAS à FORMAÇÃO DOS ALUNOS QUE INTERFEREM DIRETAMENTE NO COTIDIANO E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DAS UNIDADES.

TAIS EXPERIÊNCIAS ME LEVARAM A PROCURAR A PROFª DRª ELIANA. G. CYRINO E A EXPOR ALGUMAS IDÉIAS QUE COMEÇAVAM A SE ESTRUTURAR COMO POSSIBILIDADES PARA A REALIZAÇÃO DO PROJETO DE DOUTORADO.

DIANTE DA SUA PRONTIDÃO EM ME ACEITAR COMO ALUNO, COMECEI A ESTRUTURAR UM PROJETO DENTRO NA LINHA DE PESQUISA “DESENVOLVIMENTO E ANÁLISE DE TECNOLOGIA E PROCESSOS PARA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE”. NESSA LINHA TEMÁTICA, ESTÃO INCLUÍDOS ESTUDOS QUE VISAM AO DESENVOLVIMENTO, APLICAÇÃO E AVALIAÇÃO DE PROJETOS SOBRE FORMAÇÃO PEDAGÓGICA, PRÁTICA DOCENTE, QUALIDADE DO ENSINO DE SAÚDE COLETIVA E DO ENSINO EM SERVIÇOS DE SAÚDE E NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE, A INVESTIGAÇÃO SOBRE INOVAÇÃO, REFORMA OU MUDANÇA NO ENSINO DAS GRADUAÇÕES E O PROCESSO DE EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE.

DESSA FORMA, O PRESENTE TRABALHO É INTEGRANTE DESTES PROJETO MAIOR INTITULADO “INTEGRAÇÃO UNIVERSIDADE, SERVIÇOS DE SAÚDE E COMUNIDADE NA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP: CONSTRUINDO NOVAS PRÁTICAS DE FORMAÇÃO E PESQUISA”, COM FINANCIAMENTO DA CAPES, ENQUANTO PROJETO DE APOIO AO ENSINO E À PESQUISA CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM ENSINO NA SAÚDE / PRÓ-ENSINO NA SAÚDE / EDITAL Nº 024/2010, PERÍODO 2011-2015.

TODAS AS PESQUISAS QUE VÊM SE REALIZANDO NESTE PROJETO ENTRELAM-SE COM O TRABALHO DESENVOLVIDO NA GESTÃO DA MUDANÇA CURRICULAR NO INTERIOR DA FMB E NA PARTICIPAÇÃO MAIS AMPLA EM MOVIMENTOS NACIONAIS E INTERNACIONAIS ORIENTADOS PARA A MUDANÇA NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE. ENTRE OUTRAS QUESTÕES, O GRUPO DE PESQUISA TEM PROCURADO MAIOR APROXIMAÇÃO DO CAMPO DAS HUMANIDADES NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE, APOSTANDO NO TRABALHO COM NARRATIVAS COMO INSTRUMENTO EDUCACIONAL QUE PODE PROVOCAR MUDANÇAS NA FORMA COMO ESTUDANTES COMPREENDEM A SI MESMO E AOS OUTROS.

NESSA PERSPECTIVA, É NOTÓRIO QUE CADA VEZ MAIS AS REFORMAS CURRICULARES NOS CURSOS MÉDICOS, ASSIM COMO AS EXPERIÊNCIAS DE INSERÇÃO DE ALUNOS EM FORMAÇÃO NO CAMPO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE TÊM SIDO ESTIMULADAS E IMPLEMENTADAS EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL.

RECONHECEMOS QUE DIARIAMENTE ALUNOS EM FORMAÇÃO EM DIFERENTES GRAUS DE ADIANTAMENTO E ESPECIALIDADES TRANSITAM PELOS CORREDORES DAS UNIDADES DE SAÚDE E PODEM INTERFERIR EM SUA

DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO E ATENDIMENTO à POPULAÇÃO, SENDO NECESSÁRIA UMA SÉRIE DE NEGOCIAÇÕES E AJUSTES PARA QUE TANTO PROFISSIONAIS QUANTO ALUNOS POSSAM SER BENEFICIADOS POR ESTA EXPERIÊNCIA.

TRABALHOS COMO DE FEUERWERKER (2004), TESSER (2008), LAMPERT *ET AL* (2009), SISSON (2009), MARINS (2004), VIEIRA *ET AL* (2007), FERREIRA; SILVA E AGUERA (2007) E CAMPOS; FOSTER (2008) TÊM RESSALTADO O GRANDE SALTO QUALITATIVO PARA A FORMAÇÃO DOS ALUNOS QUE DESDE OS PRIMEIROS ANOS DA GRADUAÇÃO SE UTILIZAM DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE ENQUANTO CAMPO DE APRENDIZAGEM, POR SE ADEQUAREM MELHOR PROFISSIONALMENTE AOS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

BUSCANDO APRESENTAR A PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES QUANTO A ESSE PROCESSO, ASSIM COMO DAS IMPLICAÇÕES DESTA INTERAÇÃO PARA AS UNIDADES DE SAÚDE, O PRESENTE ESTUDO APRESENTA ALGUNS APONTAMENTOS SOBRE ESTA PROBLEMÁTICA DESTACANDO ALGUNS QUESTIONAMENTOS.

COMO A CONSTANTE PRESENÇA DE ALUNOS NO DIA-A-DIA DAS UNIDADES INTERFERE EM SUA DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO? É RELEVANTE PARA OS PROFISSIONAIS DAS UNIDADES TEREM CONTATO COM ESSES ALUNOS OU ISSO GERA MAIS TRANSTORNOS E DIFICULDADES? EXISTE HOMOGENEIDADE NA VISÃO DAS DIFERENTES CATEGORIAS PROFISSIONAIS, BEM COMO ENTRE OS DIFERENTES SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA à SAÚDE EM RELAÇÃO AOS ALUNOS? AS UNIDADES DE SAÚDE ESTÃO ORGANIZADAS E SEUS PROFISSIONAIS ESTÃO PREPARADOS PARA RECEBER ALUNOS EM FORMAÇÃO? COMO MINIMIZAR AS DIFICULDADES E OTIMIZAR AS POTENCIALIDADES DA INTERAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE COM OS ALUNOS EM APRENDIZADO?

SEM TER A PRETENSÃO DE ESGOTAR ESTAS QUESTÕES, BUSCAMOS ANALISAR AS POTENCIALIDADES E DIFICULDADES NA INTERAÇÃO ENTRE ALUNOS EM FORMAÇÃO PROFISSIONAL E OS TRABALHADORES DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA à SAÚDE. DESSA FORMA, ESPERA-SE PODER COMPREENDER E AMPLIAR O FOCO DE ANÁLISE SOBRE ESTE FENÔMENO AO OUVIR OS PROFISSIONAIS QUE ATUAM DIRETAMENTE NO CONTATO COM OS ALUNOS, E APRESENTAR ELEMENTOS QUE POSSAM AUXILIAR INSTITUIÇÕES

FORMADORAS, PROFISSIONAIS E GESTORES EM PACTUAÇÕES E ARTICULAÇÕES NA ADEQUAÇÃO DO ENSINO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA à SAÚDE.

COM ISSO, APRESENTO O ESTUDO “A ATENÇÃO PRIMÁRIA à SAÚDE E O ENSINO: TENSIONAMENTOS E POTENCIALIDADES NAS PRÁTICAS PEDAGÓGICO-ASSISTENCIAIS”, TRABALHO QUE SE RELACIONA DIRETAMENTE COM O MEU COTIDIANO ENQUANTO PROFESSOR E PROFISSIONAL DA ÁREA DA SAÚDE E COM O DESEJO DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA PAUTADA NA ABORDAGEM HISTÓRICO-CULTURAL, POR SER A PERSPECTIVA TEÓRICA QUE INSTRUMENTALIZA MINHA PRÁTICA PROFISSIONAL E MEU TRABALHO COMO PESQUISADOR.

ASSIM, NA INTRODUÇÃO, REALIZAREMOS UMA BREVE EXPOSIÇÃO SOBRE AS ESTRATÉGIAS E AÇÕES VISANDO à REORIENTAÇÃO CURRICULAR NA EDUCAÇÃO MÉDICA PARA, EM SEGUIDA, APRESENTARMOS DISCUSSÃO SOBRE A FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU NESTE PROCESSO DE REFORMA CURRICULAR. NUM SEGUNDO MOMENTO, APRESENTAREMOS OS OBJETIVOS DA PESQUISA, BEM COMO AS BASES METODOLÓGICAS NAS QUAIS ELA SE PAUTA, OU SEJA, A ANÁLISE DE SIGNIFICAÇÃO VIGOTSKIANA NA ABORDAGEM HISTÓRICO - CULTURAL. NA SEQUÊNCIA, DESTACAREMOS A ELABORAÇÃO DO BANCO DE DADOS E A ANÁLISE DOS RESULTADOS, RESSALTANDO AS INFORMAÇÕES OBTIDAS DE ACORDO COM O REFERENCIAL TEÓRICO ADOTADO.

## I- INTRODUÇÃO

## **1 - INTRODUÇÃO**

### **1.1 - A EDUCAÇÃO MÉDICA EM TRANSFORMAÇÃO: ESTRATÉGIAS, POSSIBILIDADES E AÇÕES PARA A REORIENTAÇÃO CURRICULAR**

#### **1.1.1 - MOVIMENTOS DE REFORMA DOS MODELOS ASSISTENCIAIS E SUAS INFLEXÕES NA EDUCAÇÃO E PRÁTICA MÉDICA**

NO INÍCIO DO SÉCULO XIX, O CAPITALISMO JÁ ESTAVA CONSOLIDADO COMO FORMA HEGEMÔNICA DA ORGANIZAÇÃO DA PRODUÇÃO DO MUNDO DESENVOLVIDO DA ÉPOCA, MARCADO PELA EXPLORAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO E PELAS CONDIÇÕES INSALUBRES E DEGRADANTES ÀS QUAIS OS TRABALHADORES ERAM SUBMETIDOS. NESSE CONTEXTO, A TEORIA PREVALECENTE DA ORIGEM DAS DOENÇAS AINDA ERA ALGO SEMELHANTE À MIASMÁTICA, QUE ELUDIA AS QUESTÕES SOCIAIS. DIANTE DESTAS CONDIÇÕES, A CONTRA-HEGEMONIA PASSA A GESTAR MOVIMENTOS DE TRANSFORMAÇÃO SOCIAL, DE CARÁTER SOCIALISTA, DESENVOLVENDO UM NOVO CONCEITO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA. ESSE MOVIMENTO FOI CHAMADO DE MEDICINA SOCIAL - E SEU PRINCIPAL EXPOENTE, VIRCHOW - AFIRMAVA QUE AS DOENÇAS ERAM CAUSADAS PELAS MÁS CONDIÇÕES DE VIDA, PROPONDO MUDANÇAS NAS LEIS, OBJETIVANDO SUPERAR A EXPLORAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO E GARANTIR MELHORES CONDIÇÕES DE SUA REPRODUÇÃO (ROS, 2004).

AS PRIMEIRAS CONCEPÇÕES DE UMA MEDICINA SOCIAL PAUTADA NA CONSCIÊNCIA DAS RELAÇÕES ENTRE MEDICINA E SOCIEDADE NA INDUSTRIALIZAÇÃO E NOS CONSEQUENTES PROBLEMAS SOCIAIS LEVARAM VÁRIOS INVESTIGADORES A ESTUDAR A INFLUÊNCIA DE FATORES COMO POBREZA E O TRABALHO NOS PROBLEMAS DE SAÚDE. ASSIM NASCE A CONCEPÇÃO DE QUE SE ENTENDE A SAÚDE E A EDUCAÇÃO COMO CONDIÇÕES DO BEM ESTAR, E A OBRIGAÇÃO DO ESTADO EM PROVIDENCIAR PARA QUE O MAIOR NÚMERO DE PESSOAS TENHA ACESSO, ATRAVÉS DA AÇÃO PÚBLICA, AOS MEIOS DE MANUTENÇÃO E PROMOÇÃO TANTO DA SAÚDE QUANTO DA EDUCAÇÃO (ROSEN, 1979).

A MEDICINA SOCIAL COMO DESENVOLVIDA NA FRANÇA NO SÉCULO XVIII OU A SAÚDE PÚBLICA DESENVOLVIDA NA INGLATERRA DO SÉCULO XIX FORAM MOVIMENTOS QUE SE PAUTARAM PELA COMPREENSÃO DE QUE AS

CONDIÇÕES DE VIDA, OS CUIDADOS COM O SANEAMENTO E A OCUPAÇÃO DOS ESPAÇOS URBANOS, OU SEJA, AS MEDIDAS MAIS GERAIS DE HIGIENE TINHAM MAIOR IMPACTO SOBRE OS INDICADORES DE SAÚDE QUE AS PRÁTICAS MÉDICAS PROPRIAMENTE DITAS. É INTERESSANTE LEMBRAR QUE GRANDES REFORMADORES SOCIAIS DAQUELES MOVIMENTOS FORAM MÉDICOS E QUE ELES PRÓPRIOS SE ENGAJAVAM NAS GRANDES LUTAS POLÍTICAS E SOCIAIS DE SEU TEMPO (DONNANGELO; PEREIRA, 1976).

O SÉCULO XIX TAMBÉM ASSISTIU À CONSOLIDAÇÃO DA MEDICINA MODERNA, COM AS CARACTERÍSTICAS QUE SOBREVIVEM ATÉ OS NOSSOS DIAS. A PRINCIPAL E MAIS PROFUNDA REFERE-SE À VERDADEIRA RUPTURA QUE O PENSAMENTO MÉDICO FAZ EM RELAÇÃO AO PENSAMENTO MÉDICO DOS SÉCULOS ANTERIORES. SEGUNDO O FILÓSOFO FRANCÊS MICHEL FOUCAULT (2004), É UMA RUPTURA E NÃO UMA EVOLUÇÃO DO PENSAMENTO MÉDICO. COM A MEDICINA MODERNA, A DOENÇA PASSA A SER ENUNCIADA, LOCALIZADA NA MATERIALIDADE DOS CORPOS, MAIS EXATAMENTE AO NÍVEL DOS ÓRGÃOS E TECIDOS. A DOENÇA ADQUIRE UMA NOVA VISIBILIDADE PARA OS MÉDICOS.

NUM PERÍODO DE GRANDE EFERVESCÊNCIA NA SEGUNDA METADE DO SÉCULO XIX, COMO O FRACASSO DA REVOLUÇÃO SOCIALISTA NA ALEMANHA, A PRODUÇÃO DO MANIFESTO DO PARTIDO COMUNISTA POR MARX E ENGELS E DO ATO DE SAÚDE PÚBLICA NA INGLATERRA, PASSAVA-SE A PENSAR A SAÚDE COLETIVA SOB OUTRA ÓTICA. GANHOU FORÇA À INTERVENÇÃO DO ESTADO DE UMA MANEIRA MAIS COMPLEXA, EMBORA O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA, AINDA CONTINUASSE A SER CENTRADO NO BIOLÓGICO. COM OS AVANÇOS DA BACTERIOLOGIA, DA IMUNOLOGIA E DA MICROBIOLOGIA, AS INTERVENÇÕES SE DERAM DE FORMA FOCAIS EM DETERMINADOS GRUPOS QUE COLOCAVAM EM RISCO O RESTO DA POPULAÇÃO (ROSEN, 1979). VALE RESSALTAR QUE TRATA-SE DE UMA POSIÇÃO PAUTADA POR ESTES AVANÇOS, MAS NÃO POR UM PROJETO EMANCIPATÓRIO DE SAÚDE COLETIVA.

CONDUZIDA PELO PENSAMENTO LIBERAL E SIMULTANEAMENTE À TEORIA DOS GERMES DE PASTEUR, A MEDICINA SOCIAL ENTRA EM DECLÍNIO. A HEGEMONIA INSTALA IDEOLOGICAMENTE UM JEITO DE PENSAR E, COM ELE, A BACTERIOLOGIA ABRE "... A PORTA AO HIGIENISMO NA SAÚDE PÚBLICA E AO DESENVOLVIMENTO DE TECNOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO PARA AS "UNICAUSAS" E PARA OS MEDICAMENTOS QUE ERRADICASSEM AQUELA "CAUSA" (ROS, 2004, P.229).

FRENTE AO DECLÍNIO DA MEDICINA SOCIAL MENDES-GONÇALVES (1979) DESTACA QUE HÁ UMA EXTENSÃO DA LÓGICA ANATOMO-PATOLÓGICA PARA A LÓGICA EPIDEMIOLÓGICA E A CONSOLIDAÇÃO DO HOSPITAL, CORPORIFICADO COMO UM “ACORDO ESTRATÉGICO” ENTRE O PRESTÍGIO DA CLÍNICA E O PRAGMATISMO DA CIRURGIA. O HOSPITAL DESSA FORMA SE CONSOLIDOU COMO LOCAL INDISPENSÁVEL DE EXERCÍCIO DO TRABALHO MÉDICO, DE CONCENTRAÇÃO TECNOLÓGICA E DE CAPITAL, E LEVOU AS NECESSÁRIAS MODIFICAÇÕES NO PROCESSO DE TRABALHO QUE SE EXPRESSARAM PRINCIPALMENTE NA FRAGMENTAÇÃO DO ATO CLÍNICO EM NUMEROSAS PRÁTICAS ESPECIALIZADAS, CUJAS TENTATIVAS DE CONCILIAÇÃO DESSAS ORDENS DE FATORES APRESENTARAM-SE ATRAVÉS DE DIVERSOS ESQUEMAS DE REFORMA MÉDICA (DONNANGELO; PEREIRA, 1976).

O ESTUDO CONDUZIDO POR FLEXNER E PUBLICADO EM 1910 IMPULSIONOU A PRIMEIRA IMPORTANTE REFORMA NA EDUCAÇÃO MÉDICA. NO QUE FICOU CONHECIDO COMO “RELATÓRIO FLEXNER” É APRESENTADO UMA EXTENSA AVALIAÇÃO DO PADRÃO EDUCACIONAL DE ESCOLAS MÉDICAS AMERICANAS E CANADENSES, APONTANDO OS DESNÍVEIS DE QUALIDADE EXISTENTES ENTRE PROFISSIONAIS GRADUADOS EM DIFERENTES ESCOLAS (FLEXNER, 1910). TODAVIA, FOI CONSIDERADA UMA REFORMA DE ORDEM “CIENTIFICISTA”, AO PROPOR UMA RECONFIGURAÇÃO DA PRÁTICA EDUCACIONAL DAS ESCOLAS MÉDICAS “ESSENCIALMENTE COMO UMA CAPACITAÇÃO TÉCNICA, CIENTIFICAMENTE FUNDADA” (SCHRAIBER, 1989).

ROS (2004) AINDA NOS LEVA A REFLETIR AO AFIRMAR QUE:

“O CHAMADO MODELO FLEXNERIANO - E CHAMAR DESTA FORMA É MAIS UM MECANISMO IDEOLÓGICO PARA ALIENAR - PODERIA SER CHAMADO DE MEDICINA POSITIVISTA OU MODELO UNICAUSAL, OU MODELO DA JOHNS HOPKINS, OU MODELO DA ROCKEFELLER FOUNDATION, OU MODELO NORTE-AMERICANO, OU MODELO DE MEDICINA DO CAPITAL. CONSOLIDA-SE NOS EUA, E CULPA-SE HOJE UM HOMEM, ESCONDENDO DE NOVO, DESSA FORMA, AS RELAÇÕES SOCIAIS E ECONÔMICAS EMBUTIDAS NA PROPOSTA” (P.231).

ORIUNDO DOS MOVIMENTOS HIGIENISTA E SAÚDE PÚBLICA TRADICIONAL, O MOVIMENTO REPRESENTADO PELA MEDICINA INTEGRAL SE EXPRESSOU NO INTERIOR DA EDUCAÇÃO MÉDICA COM A MEDICINA PREVENTIVA QUE SE DESTACA NAS DÉCADAS DE 1940 E 1950 NOS EUA E INGLATERRA, COMO A NECESSIDADE DO ESTADO EM DAR RESPOSTAS À SAÚDE COLETIVA. DIANTE DA EXCLUSÃO DE PARCELAS CRESCENTES DA

POPULAÇÃO, O QUE SE CONSTATOU FOI QUE PREVENIR ERA MUITO MAIS VANTAJOSO E BARATO, MANTENDO, COM ISSO, INTOCADO O SISTEMA DE SAÚDE TRADICIONAL (ROSEN, 1979).

A MEDICINA INTEGRAL TINHA COMO OBJETIVO APRIMORAR A MEDICINA INDIVIDUAL E SUPERAR SEU CARÁTER FRAGMENTÁRIO, RELACIONADO À CRESCENTE ESPECIALIZAÇÃO DA PRÁTICA, BASEADO NA CONCEPÇÃO GLOBALIZADORA DO OBJETO INDIVIDUAL DA PRÁTICA: O PACIENTE COMO TOTALIDADE BIOPSISSOCIAL. ESTA PROPOSIÇÃO COLOCARIA DIANTE DAS ESCOLAS MÉDICAS A NECESSIDADE DE FORMAR UM NOVO TIPO DE PROFISSIONAL, QUE DEVERIA TER POR BASE UMA ATUAÇÃO QUE CONSIDERASSE A COMPLEXIDADE DO PACIENTE, ABRANGENDO-O DENTRO DO CONTEXTO FAMILIAR.

BUSCAVA-SE A FORMAÇÃO DE UM NOVO PROFISSIONAL QUE, COM OUTRA ATITUDE, PUDESSE FAZER FRENTE AOS PROBLEMAS DA PRÁTICA MÉDICA, INCLUSIVE COM A INTRODUÇÃO DA MEDICINA PREVENTIVA NOS CURSOS MÉDICOS. TAMBÉM NOVAS DISCIPLINAS FORAM INSERIDAS NO CURRÍCULO, COMO A PSICOLOGIA, CIÊNCIAS SOCIAIS E A ANTROPOLOGIA, DE FORMA A PROMOVER UMA “INTEGRAÇÃO DOS CAMPOS DO CONHECIMENTO BIOLÓGICO E DO CONHECIMENTO HUMANÍSTICO”; COMO DESENVOLVER ATIVIDADES INTEGRADORAS DAS DISCIPLINAS MEDIANTE A REALIZAÇÃO DE PROGRAMAÇÃO CONJUNTA ENTRE O ENSINO EXTRA-HOSPITALAR COM ATIVIDADES QUE POSSIBILITASSEM “CONTATO DIRETO COM A FAMÍLIA E O MEIO SOCIAL DO PACIENTE, ENQUANTO FORMAS DE PRÁTICAS EDUCATIVAS QUE POSSIBILITASSEM A VISÃO GLOBAL DO INDIVÍDUO” (SCHRAIBER, 1989).

APESAR DISSO, ALGUMAS PROPOSIÇÕES DA MEDICINA PREVENTIVA ENCONTRAM RETICÊNCIAS E CRÍTICAS QUE SÃO EXPLICITADAS NO CLÁSSICO ESTUDO “O DILEMA PREVENTIVISTA” (AROUCA, 1975), AO RECONHECER QUE A IDEIA DE INTEGRAÇÃO NÃO ESTÁ NA ARTICULAÇÃO DE CONHECIMENTOS, MAS DE REPETIÇÃO DO MESMO DISCURSO EM TANTOS MOMENTOS QUANTO POSSÍVEL DO ENSINO, DE MODO A OBTER-SE UM CONSENSO PELA “INCULCAÇÃO”. OBSERVA-SE AINDA QUE O IDEÁRIO PREVENTIVISTA, AO CONCENTRAR-SE SOBRE O SUJEITO, DEIXA DE LADO O CONJUNTO DAS RELAÇÕES SOCIAIS QUE O DETERMINARAM.

NO FINAL DA DÉCADA DE 1960, O MUNDO CAPITALISTA SENTIU AS MANIFESTAÇÕES DE UMA GRAVE CRISE EM SUAS EXPRESSÕES MAIS

PROFUNDAS, CRISE QUE, APESAR DE SER ECONÔMICA, APRESENTOU-SE COMO UMA CRISE POLÍTICA, IDEOLÓGICA E SOCIAL. A MEDICINA E AS PRIMEIRAS CONCEPÇÕES DE SAÚDE COLETIVA IMPULSIONARAM AS TENTATIVAS DE REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE A PRÁTICA DOMINANTE E OS SUPOSTOS TEÓRICOS SOBRE OS QUAIS ELA SE PAUTAVA. ASSIM AS PRIMEIRAS CONTESTAÇÕES COMEÇARAM A GESTAR UMA CORRENTE DE PENSAMENTO CRÍTICO DENTRO DA MEDICINA, NO MEIO FRANCÊS, ENTRE OS NEGROS E OS CHICANOS DOS EUA, AO EXIGIR CONTROLE E REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS COMUNITÁRIOS. AS NOVAS PROPOSIÇÕES, NO ENTANTO, ADQUIRIAM MAIOR IMPULSO ONDE SE ARTICULARAM ÀS LUTAS OPERÁRIAS, COMO NA ITÁLIA, OU ÀS NECESSIDADES DE UM AMPLO MOVIMENTO POPULAR, COMO EM ALGUNS PAÍSES LATINO-AMERICANOS (LAURELL, 1979).

CONTUDO, ATÉ ESSE MOMENTO, LAURELL (1979) AFIRMAVA QUE A MEDICINA CONTINUAVA A SER EXERCIDA NOS HOSPITAIS COM UM ENFOQUE AINDA CLÍNICO-BIOLOGICISTA. ASSIM, MESMO A SAÚDE PÚBLICA, QUE DEVERIA ASSIMILAR MAIS FACILMENTE A PROPOSIÇÃO DE DETERMINAÇÃO SOCIAL DA DOENÇA, DADA A SUA ORIENTAÇÃO COLETIVA, SEGUIA DESENVOLVENDO UMA PRÁTICA COMO SE AS CARACTERÍSTICAS PRINCIPAIS QUE DETERMINAM A DISTRIBUIÇÃO DESIGUAL DA DOENÇA NA SOCIEDADE FOSSEM BIOLÓGICAS OU SE DEVESSEM A PROBLEMAS DE UM AMBIENTE CONTAMINADO. DA MESMA FORMA, AROUCA (2003, P.172) APRESENTA QUE “O QUE TEMOS É UMA NOMEAÇÃO DO SOCIAL, JÁ QUE ELE NÃO APARECE COMO UM MECANISMO EXPLICATIVO, MAS SIM É SIMPLEMENTE REFERIDO, OU COMO UM CARÁTER DOS INDIVÍDUOS OU COMO UM ENVOLTÓRIO DO MODELO”.

NESSE PERÍODO NOS EUA, TEM-SE A CONFIGURAÇÃO DO MODELO CONHECIDO COMO MEDICINA COMUNITÁRIA, SURGIDA DO FRACASSO NA TENTATIVA DE MUDANÇA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E NA EDUCAÇÃO MÉDICA FRENTE À NECESSIDADE DE ESTENDER OS RECURSOS DE SAÚDE ÀS CAMADAS DA POPULAÇÃO DE BAIXA RENDA SEM ACESSO À ASSISTÊNCIA EM SAÚDE (PLANOS, SEGUROS, FILANTROPIA, MEDIDAS ESTATAIS). TEVE-SE O INÍCIO: DA CONSTRUÇÃO DE TECNOLOGIAS APROPRIADAS A CADA NÍVEL DE ASSISTÊNCIA; A HIERARQUIZAÇÃO EM NÍVEIS DE COMPLEXIDADE; PRÁTICAS ALTERNATIVAS E DE BAIXO CUSTO, ASSIM COMO O OBJETO PASSOU A SER O INDIVÍDUO DENTRO DE UMA COMUNIDADE ASSISTIDO ATRAVÉS DE INTERVENÇÕES PONTUAIS E ISOLADAS (DONNANGELO; PEREIRA, 1976; ROSEN, 1979).

EM SÍNTESE, A MEDICINA COMUNITÁRIA FOI CARACTERIZADA COMO A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NAS AÇÕES DE UMA MEDICINA INTEGRAL, CONSTITUINDO-SE EM UMA NOVA ESTRATÉGIA DO ESTADO NO CAMPO DA SAÚDE. “A MEDICINA COMUNITÁRIA NÃO APARECE, NESSE CONTEXTO, COMO UM NOVO MOVIMENTO TEÓRICO-IDEOLÓGICO NO CAMPO DA SAÚDE, TAL COMO ANTERIORMENTE HAVIA SIDO A MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL” (ALMEIDA, 2011, P.48).

A FORMAÇÃO MÉDICA, HISTORICAMENTE, TEM SIDO INFLUENCIADA E FORTALECIDA POR DIFERENTES FATORES, NUMA COMBINAÇÃO ARTICULADA DE TODOS OS CAMPOS DE FORÇA, GERADOS PELAS QUESTÕES RELACIONADAS À SAÚDE QUE SE REDEFINE PERMANENTEMENTE EM TERMOS CONJUNTURAIS. NOS ÚLTIMOS ANOS, É CRESCENTE A COMPREENSÃO DE DIVERSOS ÓRGÃOS E SETORES SOBRE A COMPLEXIDADE DA EDUCAÇÃO MÉDICA, BEM COMO SOBRE O IMPACTO DOS CONDICIONANTES EXTERNOS E GLOBAIS NOS PROCESSOS DE MUDANÇA (AROUCA, 2003).

A DISCUSSÃO SOBRE A MUDANÇA NA FORMAÇÃO MÉDICA E DOS DEMAIS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, INTENSIFICADA CRESCENTEMENTE NAS ÚLTIMAS DÉCADAS, ALCANÇOU O ESPAÇO GLOBAL E ESSE DEBATE VEM MOBILIZANDO PODER POLÍTICO E ARTICULAÇÕES SOCIEDADE-ESTADOS SOCIEDADE EM CORRESPONDENTES TOMADAS DE DECISÕES. ESTE DEBATE ABRANGE A PRÓPRIA DISCUSSÃO SOBRE A NECESSIDADE DE CRIAR MECANISMOS INSTITUCIONAIS E ORÇAMENTÁRIOS PARA VIABILIZAR OS SISTEMAS NACIONAIS DE SAÚDE, A EXEMPLO DOS MOVIMENTOS RECENTES PELA DEFESA DA SAÚDE PÚBLICA.

DEVIDO A VÁRIOS FATORES, MAS ESPECIALMENTE DAQUELES RELACIONADOS AO GASTO PÚBLICO NA ÁREA DA SAÚDE E À CRISE DO “WELFARE STATE”, PROJETO DE HEGEMONIA DESENVOLVIDO PELAS CLASSES DOMINANTES EUROPEIAS APÓS A 2ª GUERRA MUNDIAL, OS PAÍSES EUROPEUS INICIARAM, A PARTIR DA DÉCADA DE 1980, SEUS PRÓPRIOS PROCESSOS DE REFORMA. NESSE PERÍODO, A AGENDA DE REFORMA PAUTOU-SE EM: MANTER A COBERTURA UNIVERSAL; SUBSTITUIR O PADRÃO KEYNESIANO DE SISTEMAS DE PRODUÇÃO SOCIAL COM EIXO ESTATAL; DESENVOLVER ESFORÇOS VISANDO À META DE “SAÚDE PARA TODOS”, DA OMS; FORTALECER O PRIMEIRO NÍVEL DE ATENÇÃO E INTRODUIZIR INSTRUMENTOS DE CONTROLE GLOBAL DE CUSTOS (ALMEIDA, 2011, P.18).

NUM ESTUDO DAS RELAÇÕES ENTRE EDUCAÇÃO E PRÁTICA MÉDICA NA ORDEM CAPITALISTA, SCHRAIBER (1989) APONTOU A NATUREZA CONTRADITÓRIA DA ESCOLA MÉDICA E PROCUROU MOSTRAR COMO AS PROPOSTAS EXISTENTES DE REFORMA DA EDUCAÇÃO MÉDICA REALIZARAM A REDUÇÃO DAS CONTRADIÇÕES ESTRUTURAIS A MEROS DESAJUSTES DE CONTEÚDO TÉCNICO.

PARTINDO DOS TIPOS DE RACIONALIDADE SUBJACENTES ÀS PROPOSTAS QUE ANALISOU, A AUTORA AS AGRUPA EM DUAS MODALIDADES ÀS QUAIS DENOMINOU: A) MODALIDADES DE EDUCAÇÃO INTEGRATIVA (A QUE CORRESPONDEM, PRINCIPALMENTE, ÀS TEMÁTICAS DA MEDICINA INTEGRAL, PREVENTIVA E DE FAMÍLIA); B) MODALIDADE DE EDUCAÇÃO VOLTADA PARA A COBERTURA DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DO CONJUNTO DA POPULAÇÃO (AS QUAIS CIRCUNSCREVEM A MEDICINA COMUNITÁRIA E DE INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL).

A PRIMEIRA MODALIDADE, ABORDANDO AS NECESSIDADES SOCIAIS SOB O ÂNGULO DO CUIDADO MÉDICO-INDIVIDUAL, CENTRA-SE NA URGÊNCIA DA MODIFICAÇÃO DO CARÁTER FRAGMENTÁRIO DA QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS FORMADOS PELA ESCOLA. A ESTRATÉGIA DAS PROPOSTAS DE REFORMA COM ESSA ORIENTAÇÃO RESIDE NA SUPERAÇÃO DO PARCELAMENTO CURRICULAR AGRUPANDO CONHECIMENTOS NOVOS OU JÁ EXISTENTES, ALTERANDO O CONTEÚDO E ORGANIZAÇÃO DAS DISCIPLINAS CURRICULARES E ADOTANDO NOVAS TÉCNICAS DIDÁTICAS E NOVOS CENÁRIOS DE PRÁTICA JUNTO À FAMÍLIA E À COMUNIDADE.

A SEGUNDA MODALIDADE POR SUA VEZ, ABORDANDO AS NECESSIDADES SOCIAIS SOB O ÂNGULO DA EXTENSÃO DO CUIDADO MÉDICO, CENTRA-SE NA MUDANÇA DO PADRÃO DE ATIVIDADES ESCOLARES, ATRAVÉS DE UM COMPROMISSO DA ESCOLA COM A EXTENSÃO DA COBERTURA DOS SERVIÇOS MÉDICOS À POPULAÇÃO. REDEFINE O CUIDADO MÉDICO PRIORITÁRIO, CARACTERIZANDO O NÍVEL PRIMÁRIO COMO NÍVEL DE ATENÇÃO E NÃO COMO ESTRATÉGIA DE MUDANÇA DO SISTEMA DE SAÚDE.

DE ACORDO COM A AUTORA, ESSAS PROPOSTAS DE REFORMA FORAM CONDENADAS AO FRACASSO, HAJA VISTA QUE AS RELAÇÕES ENTRE PRÁTICA E EDUCAÇÃO MÉDICA NÃO PODEM SER CONCEBIDAS COMO RELAÇÕES DE RECÍPROCA AUTONOMIA, E MUITO MENOS COMO RELAÇÕES EM QUE AS CARACTERÍSTICAS DA PRÁTICA MÉDICA RESULTEM DOS PADRÕES

EDUCACIONAIS, MAS, MUITO PELO CONTRÁRIO, É A DINÂMICA PRÓPRIA DA PRÁTICA MÉDICA QUE EXPLICA A DINÂMICA RELATIVAMENTE SUBORDINADA DA EDUCAÇÃO MÉDICA (SCHRAIBER, 1989).

SEGUNDO BRIANI (2001) O ENSINO INTEGRADO DAS DISCIPLINAS REQUER UM PROFISSIONAL QUE SEJA ELE PRÓPRIO UM PROFESSOR-INTEGRADOR, E ESTE PROFISSIONAL AINDA NÃO SE ENCONTRA NAS FACULDADES DE MEDICINA OU MESMO DE OUTRAS ÁREAS. OS PROCESSOS DE INTERLOCUÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE DIFERENTES ÁREAS DE CONHECIMENTO, COM O OBJETIVO DE CONFIGURAR NOVAS DISCIPLINAS NAS QUAIS O ENSINO SE DÊ DE FORMA INTEGRADA, DEVEM PASSAR POR UMA COMPREENSÃO DO QUE FOI LEGITIMADO COMO DISCIPLINAS ESSENCIAIS, QUE POSSIBILITEM UMA RUPTURA E UMA TRANSGRESSÃO DAS BARREIRAS DISCIPLINARES.

“NUM MOMENTO EM QUE SE PROCURA DOTAR O ENSINO MÉDICO DE APORTES DE DISCIPLINAS DE CONTEÚDO HUMANÍSTICO, HÁ QUE PERGUNTAR ATÉ QUE PONTO A MEDICINA ESTÁ REALMENTE ABERTA A UMA MUDANÇA PARADIGMÁTICA DESTA ORDEM, ACEITANDO COMPARTILHAR COM A EDUCAÇÃO, A FILOSOFIA, A SOCIOLOGIA, A HISTÓRIA DA CIÊNCIA, A LINGUAGEM, APENAS PARA CITAR ALGUMAS, A CONSTRUÇÃO DE NOVOS SIGNIFICADOS PARA O ENSINO E A PRÁTICA MÉDICA” (BRIANI, 2001, P.77).

SE A INTEGRAÇÃO DE ÁREAS QUE TRADICIONALMENTE COMPARTILHAM DO CURRÍCULO PLENO DO CURSO DE MEDICINA AINDA ESBARRA NA FALTA DE ABERTURA PARA O ENTENDIMENTO DE OUTRAS VISÕES DO OBJETO DO CONHECIMENTO MÉDICO, ESTA ABERTURA TEM SIDO PRATICAMENTE INEXISTENTE PARA AS CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS, SEM AS QUAIS, HOJE, NÃO SE EXPLICA O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA. ESTA FALTA DE ABERTURA, POR VEZES TRADUZIDA EM VERDADEIROS PRECONCEITOS, PROVÉM DE UMA VISÃO SEGUNDO A QUAL A LEGITIMIDADE DA CIÊNCIA ESTÁ DIRETAMENTE ASSOCIADA À PESQUISA LABORATORIAL, AVALIADA POR MÉTODOS QUANTITATIVOS, COMO SE OUTROS CAMPOS NÃO TIVESSEM LEGITIMIDADE CIENTÍFICA (BRIANI, 2001).

PROBLEMATIZANDO ESTAS QUESTÕES, ROS (2004) NOS APRESENTA TRÊS NÍVEIS DE DIFICULDADE PARA ALCANÇAR MUDANÇAS NO PENSAMENTO, NO ENSINO E NA PRÁTICA MÉDICA:

“A) ESTRUTURAIS EXTERNAS - AS QUE ENVOLVEM O CAPITALISMO INTERNACIONAL E NACIONAL. DA ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO COMÉRCIO AO COMPLEXO MÉDICO-INDUSTRIAL. AS DO GOVERNO, COMO A ESTRUTURA DO MEC, A LÓGICA DO MINISTÉRIO DA CIÊNCIA E TECNOLOGIA; B) ESTRUTURAIS INTERNAS -

DEPENDENTES DO CONTEXTO SOCIAL: COMO SE CONSTRÓI UM ESTILO DE PENSAMENTO; C) CONJUNTURAIS - GED (GRATIFICAÇÃO NAS UNIVERSIDADES FEDERAIS); NÃO CONTRATAÇÃO DE MAIS PROFESSORES; PROFESSORES QUE NÃO ACREDITAM EM EDUCAÇÃO; FALTA DE DISPONIBILIDADE HORÁRIA PARA REUNIÕES; NÃO HAVER DEDICAÇÃO EXCLUSIVA; A ESTRUTURAÇÃO DOS GRUPOS DEPARTAMENTAIS; A NÃO-PRÁTICA ACADÊMICA; A SEPARAÇÃO BÁSICO-PROFISSIONALIZANTE; O RECONHECIMENTO DE LIDERANÇA PARA CHAMAR UMA REUNIÃO SÓ SE FOR DO “SEU TIME” (P.236).

A INFLUÊNCIA DO MERCADO DE TRABALHO E DA ADOÇÃO DE RECURSOS TECNOLÓGICOS CADA VEZ MAIS AVANÇADOS NA PRÁTICA MÉDICA TRAZ REFLEXOS INEGÁVEIS PARA O ENSINO. A SOLUÇÃO PARA A CRISE DA SAÚDE, NO ENTANTO, NÃO SERÁ ENCONTRADA APENAS NOS PROJETOS DE MUDANÇA NA EDUCAÇÃO MÉDICA, DEPENDENDO MUITO MAIS DA MANEIRA COMO A SOCIEDADE ENCARA A CONSTRUÇÃO DA SAÚDE.

PERANTE A CRISE CONTEMPORÂNEA DA MEDICINA OCIDENTAL, NA QUAL AINDA IMPERA A VISÃO BIOLOGICISTA, A FRAGMENTAÇÃO DO SABER MÉDICO E O ALTO CUSTO DOS EQUIPAMENTOS, EXAMES UTILIZADOS E TECNOLOGIA MÉDICA, TÊM ACARRETADO PERDA DA TERMINALIDADE DO ATO MÉDICO E POUCA CONSIDERAÇÃO À SUBJETIVIDADE E CULTURA DO DOENTE (GROSSEMAN; PATRÍCIO, 2004).

ALÉM DISSO, A FRAGILIZADA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE TEM CONTRIBUÍDO PARA A INSATISFAÇÃO DE GRANDE PARTE DE USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE. TAL CRISE TEM IMPULSIONADO MOVIMENTOS DE MUDANÇA, PARA O RESGATE DE UMA MEDICINA QUE CONTEMPLE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA, ABORDANDO O SER HUMANO NAS DIMENSÕES BIOPSISSOCIAIS. NA ESTEIRA DESSE RACIOCÍNIO, CAMINHAM AS DISCUSSÕES E O PROCESSO DE MUDANÇA TAMBÉM NO ENSINO MÉDICO, MOSTRANDO ACENTUADA E CRESCENTE TENSÃO PARADIGMÁTICA NA EDUCAÇÃO MÉDICA, NAS ÚLTIMAS DÉCADAS (OLIVEIRA, 2007).

POR ISSO, RODRIGUES (2002) AFIRMA QUE É IMPORTANTE TER PRESENTE QUE O ENVOLVIMENTO FORTE NA FORMAÇÃO DOCENTE É UMA CONDIÇÃO FUNDAMENTAL PARA SE AVANÇAR NA MUDANÇA DA FORMAÇÃO DOS ALUNOS DE MEDICINA. MAIS IMPORTANTE SERÁ COMPREENDER QUE SE O PROCESSO DE MUDANÇA É PERMANENTE E DETERMINADO SOCIAL, ECONÔMICA E POLITICAMENTE, AO MESMO TEMPO SÃO TAMBÉM PERSISTENTES AS RESISTÊNCIAS A MUDANÇAS.

SABENDO QUE A TENDÊNCIA DE MUDANÇA CAMINHA NA DIREÇÃO DA

RESULTANTE DESSAS POSIÇÕES, É ESSENCIAL INTENSIFICAR AS ARTICULAÇÕES, INTRA E EXTRA ESCOLA MÉDICA, NO SENTIDO DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇOS DE SAÚDE, O QUE REFLETIRÁ NÃO SÓ NA FORMAÇÃO DISCENTE, MAS TAMBÉM PROPICIARÁ MELHOR PREPARO E ENGAJAMENTO DOCENTE NA CONSOLIDAÇÃO DO PARADIGMA DA INTEGRALIDADE DA SAÚDE (OLIVEIRA, 2007).

CABE RESSALTAR QUE AINDA SÃO INÚMEROS OS DESAFIOS DE UM MUNDO DO TRABALHO QUE LEGITIMA VASTAMENTE O MANDATO SOCIAL DOS OPERADORES DO TRABALHO MÉDICO PERMEADOS POR FATORES POLÍTICOS-INTITUCIONAIS, MAS QUE SE MATERIALIZAM NAS DIFERENTES FORMAS DE RELAÇÕES DE TRABALHO. DIANTE DISSO, UMA SÉRIE DE INVESTIMENTOS NA MUDANÇA DA FORMAÇÃO MÉDICA - EDUCAÇÃO PELO TRABALHO TEM SIDO DESENVOLVIDOS EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL, ALGUNS DOS QUAIS SERÃO OBJETO DE REFLEXÃO NESSE TRABALHO.

#### **1.1.2 - O ENSINO NA COMUNIDADE NO BRASIL: POLÍTICAS E INCENTIVOS à REDEFINIÇÃO DOS CENÁRIOS DE APRENDIZAGEM.**

ESTUDOS E AVALIAÇÕES DO ENSINO MÉDICO NO BRASIL CONTEMPORÂNEO MOSTRAM QUE A MAIORIA DOS CURSOS DE MEDICINA SE ENCONTRA AINDA ORGANIZADA DE ACORDO COM AS PROPOSIÇÕES DE FLEXNER, OU SEJA, COM FOCO NO BINÔMIO DOENÇA-LESÃO ORGÂNICA (MODELO UNICAUSAL BIOLOGICISTA) COM POUCA CONSIDERAÇÃO AOS ASPECTOS SOCIAIS, PSICOLÓGICOS, SOCIAIS E CULTURAIS (ALMEIDA, 2011).

COM A REFORMA UNIVERSITÁRIA DE 1968, O CONTEÚDO CURRICULAR DAS ESCOLAS MÉDICAS AJUSTOU-SE AO MODELO FLEXNERIANO, QUE TORNOU OBRIGATÓRIO O ENSINO CENTRADO NO HOSPITAL E OFICIALIZOU A SEPARAÇÃO ENTRE CICLO BÁSICO E PROFISSIONAL. EMBORA ESSA REFORMULAÇÃO TENHA MODERNIZADO O ENSINO MÉDICO AO PROPOR UMA FORMAÇÃO COM BASE CIENTÍFICA, NELE IMPRIMIU CARACTERÍSTICAS MECANICISTAS, BIOLOGICISTAS E INDIVIDUALIZANTES. ASSIM, FICOU ESTABELECIDO UM MODELO FORMADOR QUE FRAGMENTAVA O CONHECIMENTO POR MEIO DO ESTUDO DO CORPO HUMANO SEGUNDO ÓRGÃOS E SISTEMAS, ESTIMULAVA A ESPECIALIZAÇÃO PROFISSIONAL E ATENDIA AOS INTERESSES DO COMPLEXO MÉDICO-INDUSTRIAL (NOGUEIRA,

2009).

NA SEGUNDA METADE DA DÉCADA DE 1970, SURGIA NO BRASIL UM GRANDE ATOR SOCIAL COLETIVO - O MOVIMENTO SANITÁRIO -, QUE SE CARACTERIZAVA POR LUTAR CONTRA A DITADURA, CONTRA A FORMA DE ATENÇÃO CENTRADA NO COMPLEXO MÉDICO-INDUSTRIAL E A FAVOR DA NECESSIDADE DE ASSOCIAR A SAÚDE PÚBLICA E A ASSISTÊNCIA MÉDICA EM UM SÓ MINISTÉRIO. A PARTIR DA REALIZAÇÃO DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, EM 1986, DESENHOU-SE, ENTÃO, O PROJETO DE CONSTRUÇÃO DE UM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE PAUTADO NUMA CONCEPÇÃO AMPLIADA DE SAÚDE E NO LEMA - "SAÚDE COMO DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO". A APROVAÇÃO DA NOVA CONSTITUIÇÃO EM 1988 E DAS LEIS ORGÂNICAS EM 1990 GARANTIU LEGALMENTE O SUS (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE) DENTRO DOS PRINCÍPIOS DA UNIVERSALIDADE, INTEGRALIDADE, EQUIDADE, HIERARQUIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE (BRASIL, 1988).

DA DÉCADA DE 1990 ATÉ HOJE, O SUS VEM ENFRENTANDO INÚMEROS OBSTÁCULOS PARA A SUA CONSOLIDAÇÃO EFETIVA COMO SISTEMA UNIVERSAL, HUMANIZADO E DE QUALIDADE. DESDE A SUA CRIAÇÃO, O DRÁSTICO SUBFINANCIAMENTO VEM SENDO UM PROBLEMA CRUCIAL A SER SOLUCIONADO. POR OUTRO LADO, A NECESSIDADE DE REFORMULAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL EMERGIU COMO QUESTÃO PRIORITÁRIA, COLOCANDO A EXPANSÃO DA ATENÇÃO BÁSICA COMO UM DESAFIO ESTRATÉGICO.

EM 1991, A ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA (ABEM), O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM) E MAIS NOVE INSTITUIÇÕES RELACIONADAS À PROFISSÃO MÉDICA CONSTITUÍRAM A COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL NACIONAL DE AVALIAÇÃO DAS ESCOLAS MÉDICAS (CINAEM) COM A FINALIDADE DE AVALIAR A EDUCAÇÃO MÉDICA E FOMENTAR O APERFEIÇOAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE (LAMPERT, 2004).

NA PRIMEIRA FASE DO PROJETO DESENVOLVIDO PELA CINAEM, TRAÇOU-SE UM PERFIL DAS ESCOLAS MÉDICAS BRASILEIRAS A PARTIR DE UM ROTEIRO ELABORADO PELA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). EM DECORRÊNCIA DOS RESULTADOS OBTIDOS NESSA FASE, FORAM IDENTIFICADAS ALGUMAS QUESTÕES IMPORTANTES, QUE FORAM CONTEMPLADAS NUMA SEGUNDA FASE DO PROJETO, TAIS COMO: OS MÉTODOS PEDAGÓGICOS, O SISTEMA DE AVALIAÇÃO DOCENTE E DISCENTE E A

PROPOSTA CURRICULAR. EM 1998, A TERCEIRA FASE DO PROJETO CINAEM, CHAMADA “TRANSFORMAÇÃO DO ENSINO MÉDICO NO BRASIL”, CONTOU COM ADESAO SIGNIFICATIVA DAS ESCOLAS MÉDICAS PARA UM MOVIMENTO DE MUDANÇAS CUJO OBJETIVO MAIOR SERIA O REAL ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO (SIQUEIRA, 2006; LAMPERT, 2004).

NESSE SENTIDO, DIVERSOS AUTORES RESSALTAM QUE A EDUCAÇÃO MÉDICA TEM PASSADO POR MODIFICAÇÕES DE TODA ORDEM, QUE PERPASSAM POR SUA DOUTRINA E NA PRÁTICA DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL ATRELADA À CONTEMPORANEIDADE DE UM MUNDO GLOBALIZADO E BALIZADA POR PARÂMETROS BIOLOGICISTAS, HUMANÍSTICOS E ÉTICOS, MAS ULTIMAMENTE, TAMBÉM PELOS ASPECTOS POLÍTICOS E COMUNITÁRIOS RELACIONADOS ÀS MUDANÇAS NOS SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE, NA IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (FEUERWERKER, 2004; TESSER, 2008; LAMPERT *ET AL*, 2009; SISSON, 2009).

“A PRÁTICA EM EXPERIMENTAÇÃO, SUBMETIDA AQUI AO ENSAIO TEXTUAL, ACOLHE COMO EXIGÊNCIA POLÍTICA UM SISTEMA DE GESTÃO QUE, AO MESMO TEMPO, OFEREÇA PROPOSTAS DE TRANSFORMAÇÃO DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS, BASEANDO-SE NA REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O TRABALHO EM SAÚDE E A EXPERIMENTAÇÃO DA ALTERIDADE COM OS USUÁRIOS. PERMITE, ASSIM, QUE O QUOTIDIANO DE RELAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO DA GESTÃO SETORIAL E ESTRUTURAÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE SE INCORPORE AO APRENDER E AO ENSINAR, FORMANDO PROFISSIONAIS PARA A ÁREA DA SAÚDE, MAS FORMANDO PARA O SUS” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, P.43).

DIANTE DESTE QUADRO, É NOTÓRIO O INTERESSE PELA TRANSFORMAÇÃO, REFORMAS E MUDANÇAS NA EDUCAÇÃO MÉDICA VÊM AUMENTANDO NAS DUAS ÚLTIMAS DÉCADAS COM ENVOLVIMENTO DE EDUCADORES, PESQUISADORES, GESTORES, ESTUDANTES, PROFISSIONAIS E ENTIDADES DA ÁREA COMO O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM) E A ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA (ABEM) ALÉM DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS) E DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (MEC), À MEDIDA QUE CRESCEU A PERCEPÇÃO DE QUE SEM PROFISSIONAIS FORMADOS COM UM NOVO PERFIL SE TORNAVA MUITO DIFÍCIL À TAREFA DE REORGANIZAR MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE, CONFORME PRECONIZADO PELO SUS, IDENTIFICADOS COM OS PRINCÍPIOS DE INTEGRALIDADE, HUMANIZAÇÃO E QUALIDADE DA ATENÇÃO (OLIVEIRA *ET AL*, 2008; BRASIL, 2001A, 2002, 2005B). NESTE IDEÁRIO, ROS (2004, P.242) RESSALTA QUE:

“NÃO SE TRATA DE ABANDONAR A PRÁTICA MÉDICA CLÍNICA TRADICIONAL, MAS REDIMENSIONÁ-LA, RESSIGNIFICÁ-LA, ENQUADRÁ-LA NUMA PRÁTICA HUMANIZADA, CRÍTICA, REFLEXIVA, QUE VEJA A PESSOA COMO UM TODO EM SUAS RELAÇÕES E QUE AMPLIE AS POSSIBILIDADES DE RESOLUBILIDADE. EM SUMA, CONTRIBUIR PARA QUE O POVO REAJA ÀS SITUAÇÕES DE OPRESSÃO FÍSICA, MENTAL E SOCIAL, E POSSA SER MAIS FELIZ. E ISSO INCLUI AS POSSIBILIDADES PARA QUE O MÉDICO TAMBÉM POSSA SER”.

AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS (DCN) PARA OS CURSOS DA ÁREA DA SAÚDE LANÇADAS EM 2001, INDICARAM UMA CONCEPÇÃO MAIS AMPLA DE SAÚDE E ESTABELECEM COMO HORIZONTE DESEJÁVEL PARA A ORGANIZAÇÃO DOS CURSOS OS CURRÍCULOS INTEGRADOS, QUE POSSIBILITASSEM SUPERAR A ORGANIZAÇÃO DISCIPLINAR E ARTICULAR VÁRIAS DISCIPLINAS EM TORNO DE TEMÁTICAS RELEVANTES E ESTIMULANTES. APONTARAM TAMBÉM COMO NECESSIDADE O PAPEL ATIVO DOS ESTUDANTES NO PROCESSO DE ENSINO- APRENDIZAGEM, PROPONDO UMA MUDANÇA DA ÊNFASE NOS CONTEÚDOS PARA O PROCESSO DE APRENDIZAGEM ATIVA E INDEPENDENTE, E A SUPERAÇÃO DA DICOTOMIA ENTRE TEORIA E PRÁTICA, VALORIZANDO O TRABALHO ARTICULADO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE E POPULAÇÕES (BRASIL, 2001B).

PARA A ORGANIZAÇÃO CURRICULAR DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA, AS DCN ASSINALAM QUE ESSE MÉDICO DEVE TER FORMAÇÃO GENERALISTA, HUMANISTA, CRÍTICA E REFLEXIVA E, DENTRO DE PRINCÍPIOS ÉTICOS, SER UM PROFISSIONAL PROMOTOR DA SAÚDE INTEGRAL DO SER HUMANO E CAPAZ DE TRABALHAR EM EQUIPE. ALÉM DISSO, DEIXAM CLARA A NECESSIDADE DO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM SE DESENVOLVER NOS PRÓPRIOS LOCAIS DA PRÁTICA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.

AS DCN DELINEARAM O PERFIL QUE O MÉDICO DEVE ALCANÇAR AO CONCLUIR O CURSO DE GRADUAÇÃO, COM A PREMISA DE SAIR COM COMPETÊNCIAS PARA TRABALHAR EM EQUIPE, DAR CONTA DE ATENDER COM QUALIDADE ÀS NECESSIDADES MAIS FREQUENTES DE SAÚDE E, EM ESPECIAL, SABENDO CONSTRUIR O CONHECIMENTO A PARTIR DA FORMULAÇÃO DE PROBLEMAS ENCONTRADOS NO DIA-A-DIA DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL E DAR SOLUÇÕES ADEQUADAS (BRASIL, 2001B).

DE ACORDO COM FEUERWERKER E CAPOZZOLO (2013) AS DCN REPRESENTAM AINDA UM MARCO SIGNIFICATIVO NA REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SAÚDE:

“PRIMEIRO PORQUE, PELA PRIMEIRA VEZ, A NECESSIDADE DE APROXIMAÇÃO DAS GRADUAÇÕES EM SAÚDE AO SUS E SEUS PRINCÍPIOS FICOU EXPRESSA EM UMA RECOMENDAÇÃO EXPLÍCITA DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO - ATÉ ENTÃO ESSA ERA UMA BANDEIRA DE PARCELAS DOS PROFESSORES E DOS ESTUDANTES ENVOLVIDOS NOS MOVIMENTOS DE MUDANÇA E DE DIFERENTES ATORES VINCULADOS À EFETIVAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE. AS DIRETRIZES SE TORNARAM O PRIMEIRO MARCO LEGAL A AMPARAR INICIATIVAS, MAIS OU MENOS BEM-SUCEDIDAS, DE INCLUIR NOS MARCOS REGULATÓRIOS DA EDUCAÇÃO SUPERIOR ELEMENTOS QUE FAVORECERAM MAIOR SINTONIA ENTRE POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE” (P.38-39).

TAMBÉM NO ÂMBITO INTERNACIONAL ESTE TEMA TEM MERECIDO MAIOR ATENÇÃO. A ADEQUAÇÃO DA FORMAÇÃO MÉDICA À ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE JÁ VINHA SENDO DISCUTIDA A PARTIR DA CONFERÊNCIA DE ALMA ATA E SE INTENSIFICOU NO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO SUS (OMS/OPAS, 1978). ISTO TEM LEVADO A QUESTIONAMENTOS, PROPOSIÇÕES E INÚMEROS DEBATES SOBRE ENSINO MÉDICO, EM CONGRESSOS DE EDUCAÇÃO MÉDICA, ENCONTROS DE GESTORES, REUNIÕES, SEMINÁRIOS, CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE, ALÉM DE REVISTAS E TESES.

EXEMPLOS DE GRANDE IMPORTÂNCIA DESSE INTERESSE PROGRESSIVO SÃO: A CONFERÊNCIA MUNDIAL DE EDUCAÇÃO MÉDICA DE EDIMBURGO, EM 1988, QUANDO, POR DELEGAÇÃO DA FEDERAÇÃO PAN-AMERICANA DE FACULDADES E ESCOLAS MÉDICAS (FEPAFEM), A ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA (ABEM) ORGANIZOU E SUBMETEU À DISCUSSÃO NA CONFERÊNCIA, DOCUMENTOS NACIONAIS QUE DERAM ORIGEM AO PROJETO “EDUCAÇÃO MÉDICA NAS AMÉRICAS” (CHAVES; ROSA, 1990); A SEGUNDA CONFERÊNCIA DE EDIMBURGO (WORLD, 1991); O “ENCONTRO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO MÉDICA” (OPAS, 1997); E, AINDA NO INÍCIO DA DÉCADA DE 90, O “PROGRAMA (OU PROJETO) UNI”, QUE SE CARACTERIZOU PELA PARCERIA ONDE UNIVERSIDADES LATINO-AMERICANAS ASSOCIARAM-SE A SERVIÇOS DE SAÚDE E A ORGANIZAÇÕES DA COMUNIDADE PARA TRABALHAR PROGRAMAS DE TRANSFORMAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL, O FORTALECIMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E DA ORGANIZAÇÃO COMUNITÁRIA (KISIL; CHAVES, 1994). DOS VINTE E TRÊS PROJETOS EM 11 PAÍSES DA AMÉRICA LATINA, SEIS FORAM NO BRASIL, DOS QUAIS LONDRINA E MARÍLIA FORAM REFERÊNCIAS DESSAS PRIMEIRAS INICIATIVAS.

NO BRASIL, A PARTIR DE 2001, OS MINISTÉRIOS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO TÊM FORMULADO POLÍTICAS DESTINADAS A PROMOVER MUDANÇAS NA FORMAÇÃO E NA DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DOS CURSOS DA ÁREA DE SAÚDE; PROGRAMA DE INCENTIVO ÀS MUDANÇAS CURRICULARES NOS CURSOS DE MEDICINA (PROMED); VER-SUS, UMA ESTRATÉGIA DE VIVÊNCIA NO SUS PARA ESTUDANTES DOS CURSOS DE SAÚDE; PROGRAMA DE INTERIORIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE (PITS); PÓLOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DO SUS; E, JÁ NO FINAL DE 2005, O PROGRAMA NACIONAL DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE (PRó-SAÚDE) E O PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA SAÚDE (PET-SAÚDE) (BRASIL, 2002, 2004, 2005A, 2005B, 2005C, 2008).

EM RELAÇÃO AO PROMED EM PARTICULAR, ELABORADO E INICIADO NOS ANOS 2001 E 2002, FOI DE EXTREMA RELEVÂNCIA PARA IMPLANTAÇÃO DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA OS CURSOS DE MEDICINA. A IMPORTÂNCIA DESSA PROPOSTA E SUA POTENCIALIDADE DE PROMOVER TRANSFORMAÇÕES EXIGIA UMA ATENÇÃO E CUIDADOS MAIS DETALHADOS, QUANTO À SUA ESTRUTURAÇÃO, SEUS RESULTADOS, SEUS DESDOBRAMENTOS NESTES TRÊS A QUATRO ANOS E QUANTO À SUA AVALIAÇÃO. DO RELATÓRIO DESTA ANÁLISE-AVALIAÇÃO (BRASIL, 2005B) DESTACAM-SE INFORMAÇÕES QUE PODERIAM REPRESENTAR IMPORTANTE APRENDIZADO E ELEMENTOS ESSENCIAIS PARA UTILIZAÇÃO OPORTUNA NA CONSTRUÇÃO DA MUDANÇA NA EDUCAÇÃO MÉDICA.

NESSE RELATÓRIO, A RELAÇÃO ENSINO-SERVIÇO FOI MUITO ENFATIZADA, MAS PARECE TER FICADO MUITO NA ÓTICA DAS ESCOLAS, FALTOU A PRESENÇA DO GESTOR DA SAÚDE NO PROMED, E, DIANTE DISSO, ESSA QUESTÃO FOI BASTANTE MODIFICADA NO NOVO PROGRAMA DE AMPLIAÇÃO DO INCENTIVO ÀS MUDANÇAS CURRICULARES (PRó-SAÚDE), LANÇADO EM FINS DE 2005, PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE, EM PARCERIA COM O MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, SENDO CONSENSO A IMPORTÂNCIA DE SE MONTAR, CONCOMITANTEMENTE, UM MODELO DE ACOMPANHAMENTO, APOIO E AVALIAÇÃO (BRASIL, 2005C).

NESSE IDEÁRIO, É IMPORTANTE RESSALTAR O LANÇAMENTO DO APRENDER SUS, EM 2004, COMO UM CONJUNTO DE ESTRATÉGIAS PARA VIABILIZAR E FORTALECER RELAÇÕES DE COOPERAÇÃO ENTRE INSTITUIÇÕES

DE EDUCAÇÃO SUPERIOR E O SISTEMA DE SAÚDE EM TODOS OS ÂMBITOS (ENSINO, PRODUÇÃO DE CONHECIMENTOS E PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS). A IMPLEMENTAÇÃO DAS DIRETRIZES CURRICULARES, PELO LADO DA EDUCAÇÃO, EM 2001, E A ADOÇÃO DA INTEGRALIDADE COMO EIXO ORIENTADOR DOS PROCESSOS DE FORMAÇÃO, PELO LADO DA SAÚDE, ERAM OS EIXOS DA POLÍTICA PARA A MUDANÇA NA GRADUAÇÃO DAS PROFISSÕES DA SAÚDE (BRASIL, 2004).

DE MODO SEMELHANTE, O PET-SAÚDE FOI CONCEBIDO COMO UMA POLÍTICA PÚBLICA DESAFIADORA À CONSOLIDAÇÃO DO SUS, TENDO COMO OBJETIVO A VALORIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, ESPECIFICAMENTE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF). COM O FOCO NA FORMAÇÃO PERMANENTE DE TODOS OS SUJEITOS ENVOLVIDOS, COLOCOU-SE COMO POSSIBILIDADE DE MUDANÇA NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DA ÁREA DE SAÚDE NO NÍVEL UNIVERSITÁRIO E, PRINCIPALMENTE, PARA IMPLANTAÇÃO DE PROJETOS COLETIVOS NA ESF.

NO RELATÓRIO DA 14ª CNS, REALIZADA EM 2011, TAMBÉM É POSSÍVEL OBSERVAR ÊNFASE NA EDUCAÇÃO PERMANENTE, NAS REFORMAS CURRICULARES, NOS PLANOS DE CARREIRA E, ENTRE ESTAS VÁRIAS RECOMENDAÇÕES NO CAMPO DA EDUCAÇÃO E DA GESTÃO DO TRABALHO. DURANTE ESTE PERÍODO, FORAM DEFINIDAS 14 PRIORIDADES NO PLANO NACIONAL DE SAÚDE (PNS) PACTUADAS PELO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE E PELA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE (CIT). ENTRE ELAS: A GARANTIA DO ACESSO COM QUALIDADE EM TEMPO OPORTUNO PARA O SUS; O FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA; A BUSCA PELA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE ATRAVÉS DA IMPLANTAÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (BRASIL, 2012A).

O PNS APONTA AINDA PARA UM CONJUNTO DE MEDIDAS EDUCACIONAIS, REGULATÓRIAS E NO ÂMBITO DA GESTÃO DO TRABALHO, COMPREENDIDAS COMO NECESSÁRIAS PARA O SISTEMA. ALÉM DAS QUE JÁ FORAM CITADAS, CONSTAM: O PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA (PROVAB); O PROGRAMA DE FINANCIAMENTO ESTUDANTIL (FIES); O PROGRAMA TELESSAÚDE, A EXPANSÃO DAS RESIDÊNCIAS MÉDICAS E MULTIPROFISSIONAIS; O PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DA GESTÃO DO TRABALHO NA SAÚDE (PROGESUS) E A MESA NACIONAL DE NEGOCIAÇÃO DO SUS COMO

ESTRATÉGIAS PARA ENFRENTAMENTO DOS PROBLEMAS REFERENTES à FORMAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO, PROVIMENTO E FIXAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E CARREIRA (BRASIL, 2012A, 2012B).

O PROVAB, EM ESPECIAL, FOI ESTRUTURADO COMO UM PROGRAMA DESTINADO A PROVER PROFISSIONAIS DE SAÚDE NAS ÁREAS MAIS NECESSITADAS DO PAÍS E TAMBÉM INVESTIR EM UM PROCESSO DE FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, COM SUPERVISÃO DE INSTITUIÇÕES DE ENSINO RECONHECIDAS NACIONALMENTE. ALÉM DISSO, HÁ POSSIBILIDADE DE, AO FINAL DE UM ANO, O PROFISSIONAL ADQUIRIR PONTUAÇÃO NAS PROVAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA, CASO OBTENHAM BOM DESEMPENHO NA ATUAÇÃO (BRASIL, 2012A).

COM O OBJETIVO DE AMPLIAR O ESCOPO DOS PROJETOS INDUTORES DE MUDANÇA, FOI LANÇADO EM 2013 O PROGRAMA PET-SAÚDE/REDES, SELECIONOU PROJETOS A SEREM EXECUTADOS DURANTE O PERÍODO DE MAIO DE 2013 A ABRIL DE 2015. O PROGRAMA DEVE CONTEMPLAR PROJETOS QUE SE ALINHEM ÀS PRIORIDADES DEFINIDAS NA PERSPECTIVA DO FORTALECIMENTO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E QUE TENHAM COMO PRESSUPOSTOS A PROMOÇÃO DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇOS-COMUNIDADE E A EDUCAÇÃO PELO TRABALHO, POR MEIO DO FOMENTO DE GRUPOS DE APRENDIZAGEM TUTORIAL NO ÂMBITO DO DESENVOLVIMENTO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE. ESTRUTURA-SE DESSA FORMA COMO INSTRUMENTO PARA QUALIFICAÇÃO EM SERVIÇO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE, PARA ELABORAÇÃO DE NOVOS DESENHOS, APRIMORAMENTO E PROMOÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE, BEM COMO DE INICIAÇÃO AO TRABALHO E FORMAÇÃO DOS ESTUDANTES DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE, DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (BRASIL, 2013).

O DOCUMENTO AINDA DEFINE QUE AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO COMO ARRANJOS ORGANIZATIVOS DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, DE DIFERENTES DENSIDADES TECNOLÓGICAS, QUE INTEGRADAS POR MEIO DE SISTEMAS DE APOIO TÉCNICO, LOGÍSTICO E DE GESTÃO, BUSCAM GARANTIR A INTEGRALIDADE DO CUIDADO À SAÚDE. CARACTERIZAM-SE PELA FORMAÇÃO DE RELAÇÕES HORIZONTAIS ENTRE OS PONTOS DE ATENÇÃO COM O CENTRO DE COMUNICAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA, PELA CENTRALIDADE NAS NECESSIDADES EM SAÚDE DA POPULAÇÃO, PELA RESPONSABILIZAÇÃO NA

ATENÇÃO CONTÍNUA E INTEGRAL, PELO CUIDADO MULTIPROFISSIONAL, PELO COMPARTILHAMENTO DE OBJETIVOS E COMPROMISSOS COM OS RESULTADOS SANITÁRIOS E ECONÔMICOS (BRASIL, 2013).

TAMBÉM TORNA-SE IMPORTANTE DESTACAR QUE A FORMAÇÃO DE ESPECIALISTAS NO BRASIL, DIFERENTEMENTE DE ALGUNS PAÍSES CUJA FORMAÇÃO NÃO SE ENCERRA NA GRADUAÇÃO E O EGRESSO DO CURSO DE MEDICINA SE INSERE DE FORMA OBRIGATÓRIA EM PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE, A LÓGICA LIBERAL PERMITE O EXERCÍCIO LIVRE DA PROFISSÃO EM TODAS AS ESPECIALIDADES, CABENDO A ESCOLHA DE CADA INDIVÍDUO PELO SEU PROCESSO FORMATIVO (CARVALHO, 2013). HAJA VISTA QUE A LÓGICA DO MERCADO É O BALIZADOR DAS ESCOLHAS, ALGUMAS ESPECIALIDADES NECESSÁRIAS PARA O SUS NÃO SE MOSTRAM ATRATIVAS PARA OS PROFISSIONAIS, COMO É O CASO DA MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE, SEJA POR STATUS SEJA POR VALOR DE MERCADO.

DIANTE DESTA CONSTATAÇÃO, A 14ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE APONTOU PARA A NECESSIDADE DE AMPLIAR AS VAGAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL, COM ÊNFASE NA SAÚDE DA FAMÍLIA E DEMAIS ÁREAS EM QUE HÁ CARÊNCIA DE PROFISSIONAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, ATRELADAS ÀS POLÍTICAS DE INTERIORIZAÇÃO DA SAÚDE. (BRASIL, 2012A).

OS QUE OPTAM POR ATUAR NESTE CAMPO, MAJORITARIAMENTE, TÊM SE INSERIDO DIRETAMENTE NO MERCADO EM VEZ DE INICIAR SUA ATUAÇÃO POR UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA, UMA VEZ QUE A PROPOSTA REMUNERATÓRIA NOS SERVIÇOS É SUPERIOR À PROPOSTA DO PROGRAMA DE BOLSAS DE RESIDÊNCIA, ALÉM DE MUITAS VEZES O PROGRAMA DE FORMAÇÃO TAMBÉM NÃO É ATRATIVO. SOMA-SE A ISSO O FATO DESTES PROFISSIONAIS TEREM A OPÇÃO DE ADQUIRIR O TÍTULO DE ESPECIALISTA PELO SISTEMA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA (AMB), DEPOIS DE DOIS ANOS DE EXPERIÊNCIA, O QUE NÃO MOTIVA PARA O INGRESSO EM PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA DESTA NATUREZA (CARVALHO, 2013).

PARA ENFRENTAR ESTE PROBLEMA, O MINISTÉRIO PASSOU A RECONHECER, EM 2012, ATRAVÉS DA PORTARIA GM/MS Nº 3.083/2012, AS EQUIPES DE MÉDICOS RESIDENTES E PRECEPTORES NO CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES), PERMITINDO, ALÉM DAS BOLSAS

FEDERAIS, O FINANCIAMENTO DESTAS EQUIPES PELO PISO DE ATENÇÃO BÁSICA. ESTA FOI UMA DAS ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PARA REDUZIR A OCIOSIDADE DE VAGAS NA RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (RMFC), UMA VEZ QUE, COM FINANCIAMENTO, ESTAS EQUIPES PODEM SER REMUNERADAS ATRAVÉS DE EQUIPARAÇÃO DE SUA REMUNERAÇÃO AO VALOR DE MERCADO.

APESAR DOS ESFORÇOS, CARVALHO (2013) AFIRMA QUE AINDA Há FALHAS IMPORTANTES NA GRADUAÇÃO, SENDO A RESIDÊNCIA UMA SAÍDA PARA OS EGRESSOS DE MEDICINA COMPLEMENTAR SEU PROCESSO DE FORMAÇÃO MÉDICA, CONSIDERADO INCOMPLETO E INSUFICIENTE. Não Há OUTRA ESTRATÉGIA DE ESPECIALIZAÇÃO OU DE FORMAÇÃO CONTINUADA QUE POSSA SUPRIR ESTA NECESSIDADE. São POUCAS EXPERIÊNCIAS QUE CONSEGUIRAM INSTITUIR MESTRADOS PROFISSIONALIZANTES, ESPECIALIZAÇÕES OU PROCESSOS CONSISTENTES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE, O QUE TEM SIDO UM FATOR GERADOR DE ESCASSEZ DE ESPECIALISTAS NAS REGIÕES, SENDO A RESIDÊNCIA UMA MODALIDADE PREVISTA QUE ARTICULA TRABALHO (PRÁTICA) COM EDUCAÇÃO.

### **1.1.3 - A ATENÇÃO PRIMÁRIA à SAÚDE COMO CENÁRIO PRIVILEGIADO PARA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

A ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO CESTA RESTRITA DE SERVIÇOS BÁSICOS SELECIONADOS, VOLTADOS à POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE MAIOR POBREZA, PASSOU A SER HEGEMÔNICA PARA DIVERSAS AGÊNCIAS INTERNACIONAIS, COMO O BANCO MUNDIAL. NA AMÉRICA LATINA, TEVE AMPLA DIFUSÃO COM AÇÕES ORGANIZADAS EM PROGRAMAS VERTICAIS FOCALIZADOS, EM ESPECIAL, AQUELES DIRECIONADOS à PROTEÇÃO MATERNO-INFANTIL, AUMENTANDO A FRAGMENTAÇÃO E SEGMENTAÇÃO CARACTERÍSTICAS DOS SISTEMAS DE SAÚDE LATINO-AMERICANOS (CONILL *ET AL.*, 2010; CONILL; FAUSTO, 2007). NESSE CONTEXTO, PODE-SE DIZER QUE, NO BRASIL, O USO DO TERMO “ATENÇÃO BÁSICA” PARA DESIGNAR A ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SUS BUSCOU DIFERENCIAR AS POLÍTICAS PROPOSTAS PELO MOVIMENTO SANITÁRIO, DISTANCIANDO-AS DOS PROGRAMAS DE APS SELETIVOS E FOCALIZADOS, DIFUNDIDOS PELAS AGÊNCIAS INTERNACIONAIS.

O RELATÓRIO MUNDIAL DE SAÚDE DA OMS DE 2008, ATENÇÃO

PRIMÁRIA À SAÚDE: AGORA MAIS DO QUE NUNCA', DEU NOVO IMPULSO À REVITALIZAÇÃO DA APS. COMEMORANDO OS 30 ANOS DA DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, O INFORME APONTA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO COORDENADORA DE UMA RESPOSTA INTEGRAL EM TODOS OS NÍVEIS DE ATENÇÃO, NÃO MAIS UM PROGRAMA POBRE PARA POBRES'; INTEGRANDO UM CONJUNTO DE REFORMAS PARA A GARANTIA DE COBERTURA UNIVERSAL E INSTITUCIONALIZANDO A PARTICIPAÇÃO SOCIAL. RECONHECE QUE A ATENÇÃO PRIMÁRIA INTEGRAL DE QUALIDADE REQUER MAIS INVESTIMENTOS, E QUE DEVE SER PRIORIZADA, POIS REPRESENTA O MODO MAIS EFICIENTE DE APLICAÇÃO DE RECURSOS EM SAÚDE (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

O DOCUMENTO PROPÕE UMA ATENÇÃO PRIMÁRIA CENTRADA NA PESSOA QUE RESPONDA ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE INDIVIDUAIS E COLETIVAS, ESTABELEÇA UMA RELAÇÃO DURADOURA, GARANTA ATENÇÃO INTEGRAL E CONTÍNUA, RESPONSABILIZANDO-SE PELA SAÚDE DE TODOS OS INTEGRANTES DA COMUNIDADE - MULHERES E HOMENS, JOVENS OU VELHOS, AO LONGO DE TODO O CICLO VITAL, DO NASCIMENTO ATÉ A MORTE; PROMOVA A AUTONOMIA E PARTICIPAÇÃO DAS PESSOAS E ENFRENTA OS DETERMINANTES DA MÁ SAÚDE (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

NO DECORRER DESSE PROCESSO, VALE RESSALTAR QUE DESDE A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) EM 1994, ATÉ A SUA TRANSFORMAÇÃO EM ESTRATÉGIA NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA EM 2006, UM NOVO MODO DE ATENÇÃO TEM SIDO CONSOLIDADO EM GRANDE PARTE DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS COMO FORMA DE SE REVERTER O ANTIGO MODELO CURATIVO E HOSPITALOCÊNTRICO, ALÉM DE LEVAR A ASSISTÊNCIA A PARCELAS DA POPULAÇÃO ANTES EXCLUÍDAS OU PREJUDICADAS PELAS DIFICULDADES DE ACESSO À SAÚDE (BRASIL, 2001, 2006).

O PSF EXPANDIU-SE AO LONGO DA DÉCADA DE 2000 POR TODO O PAÍS SOB INDUÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE - POR MEIO DOS INCENTIVOS FINANCEIROS DO PAB VARIÁVEL, QUE PREVÊ PAGAMENTOS ADICIONAIS POR EQUIPE EM FUNCIONAMENTO -, ATINGINDO, EM 2011, MAIS DE 90% DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS, COM 32 MIL EQUIPES, E COBERTURA POPULACIONAL DE 52% (CERCA DE 100 MILHÕES DE HABITANTES). TODAVIA, UM OLHAR SOBRE AS EXPERIÊNCIAS EM CURSO DEMONSTRA GRANDE DIVERSIDADE HAJA VISTA ÀS IMENSAS DISPARIDADES INTER E

INTRARREGIONAIS E ÀS ENORMES DESIGUALDADES SOCIAIS QUE MARCAM A REALIDADE BRASILEIRA (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

FAZ-SE NECESSÁRIO DESTACAR QUE O PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS (PACS), EXISTENTE DESDE O INÍCIO DA DÉCADA DE 1990, EFETIVAMENTE INSTITUÍDO E REGULAMENTADO EM 1997, QUANDO SE INICIOU O PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO DE RECURSOS NO ÂMBITO DO SUS, JÁ TRAZIA EM SUAS ESTRATÉGIAS A REORIENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E DOMICILIAR, SENDO COMPREENDIDO ENQUANTO TRANSITÓRIO PARA A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF). O PACS, ASSIM COMO A ESF, INCORPORA E REAFIRMA EM SUAS ESTRATÉGIAS OS PRINCÍPIOS BÁSICOS DO SUS, COMO A UNIVERSALIDADE, DESCENTRALIZAÇÃO, INTEGRALIDADE E PARTICIPAÇÃO NA COMUNIDADE (BRASIL, 2001A).

NO MANUAL DO MINISTÉRIO DE SAÚDE SOBRE O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE 2001, AINDA ENFATIZA QUE ENTRE AS PRINCIPAIS AÇÕES DESENVOLVIDAS PELO PACS E PELA ESF ESTÁ A FIGURA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS), SENDO QUE ENTRE SUAS ATRIBUIÇÕES ESTÃO ATIVIDADES COMO: VISITAS MENSAIS A CADA FAMÍLIA; IDENTIFICAÇÃO DE SITUAÇÕES DE RISCO; REGISTRO DE PESOS E MEDIDAS DE CRIANÇAS ABAIXO DE DOIS ANOS; CAMPANHAS DE VACINAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DE PORTADORES DE DEFICIÊNCIA, COM ORIENTAÇÕES E APOIO NECESSÁRIO AOS FAMILIARES EM SUA PRÓPRIA RESIDÊNCIA.

EM LINHAS GERAIS, CADA EQUIPE DA ESF DEVE SER COMPOSTA POR NO MÍNIMO UM MÉDICO GENERALISTA, OU MÉDICO DA FAMÍLIA, UM ENFERMEIRO, DOIS AUXILIARES DE ENFERMAGEM E DE QUATRO A SEIS ACS, ESTES DEVEM ACOMPANHAR CERCA DE 4.000 HABITANTES, COM UM MÁXIMO DE 750 PESSOAS POR ACS E DE 12 ACS POR EQUIPE, ALÉM DE TER COMO REFERÊNCIA UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS) OU UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF), A QUAL É ASSEGURADO O ACESSO DA PESSOA NA REDE DO SUS (BRASIL, 2006).

A PORTARIA Nº 648 DE 28 DE MARÇO DE 2006, ALÉM DE PROPOR A ALTERAÇÃO DA DENOMINAÇÃO DE PROGRAMA PARA ESTRATÉGIA, TRAZ A POSSIBILIDADE DE INSERÇÃO DO CIRURGIÃO DENTISTA, AUXILIARES DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO OU TÉCNICOS EM HIGIENE DENTAL COMO INTEGRANTES DESTA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL, PREVENDO TAMBÉM A

ALOCaÇÃO DE DISTINTOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE, BEM COMO O APOIO DE EQUIPES MATRICIAIS DE OUTROS CAMPOS DA SAÚDE COLETIVA PARA FORNECER SUPORTE A ESTAS EQUIPES (BRASIL, 2006).

ESTE DOCUMENTO TAMBÉM ATRIBUI CARACTERÍSTICAS AO PROCESSO DE TRABALHO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, DESTACANDO-SE:

“IV - PRÁTICA DO CUIDADO FAMILIAR AMPLIADO, EFETIVADA POR MEIO DO CONHECIMENTO DA ESTRUTURA E DA FUNCIONALIDADE DAS FAMÍLIAS QUE VISA A PROPOR INTERVENÇÕES QUE INFLUENCIEM OS PROCESSOS DE SAÚDE-DOENÇA DOS INDIVÍDUOS, DAS FAMÍLIAS E DA PRÓPRIA COMUNIDADE; V - TRABALHO INTERDISCIPLINAR E EM EQUIPE, INTEGRANDO ÁREAS TÉCNICAS E PROFISSIONAIS DE DIFERENTES FORMAÇÕES; VI - PROMOÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES INTERSETORIAIS, BUSCANDO PARCERIAS E INTEGRANDO PROJETOS SOCIAIS E SETORES AFINS, VOLTADOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE, DE ACORDO COM PRIORIDADES E SOB A COORDENAÇÃO DA GESTÃO MUNICIPAL; VII - VALORIZAÇÃO DOS DIVERSOS SABERES E PRÁTICAS NA PERSPECTIVA DE UMA ABORDAGEM INTEGRAL E RESOLUTIVA, POSSIBILITANDO A CRIAÇÃO DE VÍNCULOS DE CONFIANÇA COM ÉTICA, COMPROMISSO E RESPEITO; VIII - PROMOÇÃO E ESTÍMULO À PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NO CONTROLE SOCIAL, NO PLANEJAMENTO, NA EXECUÇÃO E NA AVALIAÇÃO DAS AÇÕES” (BRASIL, 2006).

EM SEU IDEÁRIO, A ATENÇÃO PRIMÁRIA DEVE ABORDAR OS PROBLEMAS MAIS FREQUENTES DA COMUNIDADE, OFERECENDO SERVIÇOS DE PREVENÇÃO, CURA E REABILITAÇÃO PARA MAXIMIZAR A SAÚDE E O BEM-ESTAR. TENDO COMO “IMAGEM-OBJETIVO” ELA TEM CONDIÇÕES DE INTEGRAR A ATENÇÃO QUANDO HÁ MAIS DE UM PROBLEMA DE SAÚDE E LIDAR COM O CONTEXTO EM QUE A DOENÇA SE DESENVOLVE, ALÉM DE ORGANIZAR E RACIONALIZAR O USO DOS RECURSOS TANTO BÁSICOS QUANTO ESPECIALIZADOS.

POR ATUAR SOB A LÓGICA DA RESPONSABILIZAÇÃO TERRITORIAL, INTERSETORIALIDADE, DESCENTRALIZAÇÃO, PRIORIZAÇÃO DE GRUPOS POPULACIONAIS COM MAIOR RISCO DE ADOECIMENTO E EM UMA CONCEPÇÃO AMPLIADA DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA, A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA POSSIBILITA CARACTERÍSTICAS ESTRATÉGICAS PARA O SUS, TANTO NA OTIMIZAÇÃO DA RESOLUBILIDADE NO NÍVEL PRIMÁRIO DE ATENÇÃO, COMO NO ACOMPANHAMENTO LONGITUDINAL DOS USUÁRIOS ADSCRITOS EM SUA ÁREA DE ABRANGÊNCIA, COLOCANDO-SE DESSA FORMA COMO *LÓCUS* PRIVILEGIADO DE APRENDIZAGEM E FORMAÇÃO PROFISSIONAL (BRASIL, 2006). NESSA PERSPECTIVA LEITE *ET AL* (2012, P.115) ACRESCENTAM QUE:

“A APS DEVE CONSIDERAR O SUJEITO EM SUA SINGULARIDADE, COMPLEXIDADE, INTEGRALIDADE E INSERÇÃO SOCIOCULTURAL, E BUSCAR A PROMOÇÃO DE SUA SAÚDE, A PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS DOENÇAS E A REDUÇÃO DOS AGRAVOS QUE ESTEJAM COMPROMETENDO SUAS POSSIBILIDADES DE VIVER DE MODO SAUDÁVEL. NESSE SENTIDO, A UNIVERSIDADE RECONHECE SUA MISSÃO E SEU PAPEL COMO INSTITUIÇÃO FORMADORA COMPROMETIDA COM A TRANSFORMAÇÃO SOCIAL AO DESENVOLVER PROJETOS QUE INTEGRAM A TRIÁDE ENSINO - PESQUISA -EXTENSÃO”.

A CONSIDERAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO NÍVEL ADEQUADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA OS ALUNOS DE MEDICINA E DEMAIS PROFISSIONAIS DE SAÚDE é DETERMINADA PELO FATO DE QUE, NA COMUNIDADE, O ALUNO ESTÁ NUMA POSIÇÃO PRIVILEGIADA PARA APRENDER AS ATIVIDADES PREVENTIVAS, COMPREENDER A REALIDADE DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E SUA ABORDAGEM HOLÍSTICA, ASSIM COMO A COMPLEXIDADE E IMPORTÂNCIA DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE E DA LONGITUDINALIDADE DA ATENÇÃO, ALÉM DE COMPREENDER A ABORDAGEM DAS DOENÇAS PREVALENTES, TANTO AGUDAS COMO CRÔNICAS (VIEIRA *ET AL*, 2007; FERREIRA, SILVA, AGUERA, 2007; CAMPOS, FOSTER, 2008).

ALÉM DOS CURSOS DE MEDICINA, OUTROS CURSOS DA ÁREA DA SAÚDE TAMBÉM SE ENCONTRAM EM PROCESSO DE REVISÃO DE SEUS CURRÍCULOS PREOCUPADOS COM A RELAÇÃO ENTRE CONTEÚDOS E AMPLIAÇÃO DE CENÁRIOS DE PRÁTICAS DIVERSIFICADAS QUE SERÃO CADA VEZ MAIS PRESENTES NO FUTURO PROFISSIONAL DE SEUS ALUNOS. DIVERSAS PÓS-GRADUAÇÕES NA ÁREA DA SAÚDE TAMBÉM TÊM SURTIDO E UTILIZADO OS ESPAÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SEUS TERRITÓRIOS ENQUANTO CAMPO DE CONHECIMENTO E APRENDIZADO. UM EXEMPLO DISSO SÃO OS MESTRADOS PROFISSIONAIS, PROGRAMAS DE APRIMORAMENTO E DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA QUE TÊM PERMITIDO A UM NÚMERO CADA VEZ MAIOR DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE A CAPACITAÇÃO PARA ATUAR NESTE NÍVEL DE ATENÇÃO.

COM A PORTARIA Nº. 154 DE 2008 QUE DISPÕE SOBRE A CRIAÇÃO DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF), FOI POSSIBILITADA A CONSOLIDAÇÃO EM LEI DE UM NOVO CAMPO DE ATUAÇÃO PARA DIVERSAS CATEGORIAS QUE NÃO SE FAZIAM TÃO PRESENTES NO COTIDIANO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, NEM TÃO POUCO ERAM DE FÁCIL ACESSO PARA GRANDE PARTE DE SEUS USUÁRIOS. MESMO CONFIGURADAS PARA ATUAR NA

PERSPECTIVA DO MATRICIAMENTO ÀS EQUIPES DE APOIO, PROFISSIONAIS COMO: ASSISTENTES SOCIAIS, NUTRICIONISTAS, EDUCADORES FÍSICOS, FISIOTERAPEUTAS, TERAPEUTAS OCUPACIONAIS, FARMACÊUTICOS E PSICÓLOGOS ESTARÃO CADA VEZ MAIS PRESENTES NOS ESPAÇOS DAS UNIDADES DE SAÚDE, COMPONDO NOVOS CENÁRIOS E POSSIBILIDADES DE AÇÕES COM FIGURAS JÁ TRADICIONAIS COMO O MÉDICO, ENFERMEIRO E DENTISTA (BRASIL, 2008).

VALE DESTACAR QUE A TEMÁTICA SOBRE A “INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL” E AS RELAÇÕES ENTRE INSTITUIÇÕES EDUCATIVAS E DE SERVIÇOS FOI REITERADAMENTE DISCUTIDA NOS ANOS 1970 E 1980. CONSTITUI-SE COMO UMA DAS TENDÊNCIAS DA ÁREA DE FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS NA SAÚDE NA AMÉRICA LATINA E FOI LEVADA EM CONTA COMO CRITÉRIO ESSENCIAL NO PLANEJAMENTO DE MUITAS MUDANÇAS EDUCACIONAIS, APRESENTANDO ENORMES VARIAÇÕES: DESDE A SIMPLES UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS COMO ESPAÇOS DE PRÁTICA, ATÉ TENTATIVAS DE REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO EDUCATIVO AO REDOR DE UM NOVO MODELO DE REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS (ALMEIDA, 2001).

DIANTE DESSA REALIDADE, AS UNIVERSIDADES VÊM BUSCANDO SE ADEQUAR ÀS DIRETRIZES CURRICULARES DO CURSO DE MEDICINA, MEDIANTE A EXPANSÃO DO ENSINO PARA O NÍVEL PRIMÁRIO DE ATENÇÃO, PERMITINDO AO ALUNO UM CONTATO PRECOCE COM A COMUNIDADE EM QUE IRÁ ATUAR. ALÉM DISSO, OS CURRÍCULOS ESTÃO SENDO REORGANIZADOS PARA QUE OS ESTUDANTES TENHAM UM CONTATO LONGITUDINAL COM A ATENÇÃO BÁSICA, ESTAGIANDO EM DETERMINADA UNIDADE DE SAÚDE DURANTE TODO O CURSO. INICIALMENTE, OS ALUNOS TÊM NOÇÕES DE TERRITORIALIZAÇÃO, VERIFICAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE NA COMUNIDADE, CONHECIMENTOS DA ROTINA DE UM CENTRO DE SAÚDE E, AO LONGO DO CURSO, DESENVOLVEM AS HABILIDADES CLÍNICAS, FICANDO INCUMBIDOS DE ATENDER DETERMINADAS FAMÍLIAS, DESENVOLVER AÇÕES DE PREVENÇÃO E PARTICIPAR DAS ATIVIDADES DAS EQUIPES (VIEIRA *ET AL*, 2007; FERREIRA, SILVA, AGUERA, 2007; CAMPOS; FOSTER, 2008; CIRYNO *ET AL*, 2005A, 2007).

“A DISCUSSÃO AMPLA SOBRE OS DIFERENTES PARÂMETROS DA EDUCAÇÃO MÉDICA E DE FORMAÇÃO DE PESSOAL DE SAÚDE, NO BRASIL TEM, SEGURAMENTE, COMO PONTO CENTRAL A IMPLEMENTAÇÃO DO SUS E A ADEQUAÇÃO DESSA FORMAÇÃO ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO. NO QUE SE REFERE À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA - A PRINCIPAL POLÍTICA DE ORGANIZAÇÃO E DE REORIENTAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO NA

LÓGICA DA INTEGRALIDADE -, VERIFICAMOS QUE NÃO ESTAMOS FORMANDO PESSOAL NEM EM QUANTIDADE, NEM EM QUALIDADE NECESSÁRIAS PARA SUAS ATUAIS NECESSIDADES E OS DESAFIOS DE AMPLIAR ACESSO E MELHORAR A RESOLUTIVIDADE” (OLIVEIRA, 2007, P.158).

PARA TANTO, FEUERWERKER (2004) AFIRMA SER NECESSÁRIO TRANSFORMAR O PROJETO POLÍTICO-PEDAGÓGICO DOS ÓRGÃOS FORMADORES, OU SEJA, COMO AS INSTITUIÇÕES DE ENSINO VEEM O MUNDO, QUAIS SUAS CONCEPÇÕES DE CONHECIMENTO E DE ORGANIZAÇÃO DO ENSINO, QUAIS SÃO SUAS RELAÇÕES SOCIAIS E SEUS INTERLOCUTORES, BEM COMO O MÉDICO QUE SE QUER FORMAR. DESSA FORMA, É PRECISO DELIMITAR O QUE, QUANDO E O QUANTO SE QUER APRENDER, QUE DEVE ENVOLVER ALÉM DO CURRÍCULO OUTROS ATORES EXTERNOS ÀS ESCOLAS MÉDICAS.

“OU SEJA, É PRECISO DEFINIR COLETIVAMENTE QUAL A MUDANÇA PRETENDIDA. MESMO SABENDO QUE ESSA MUDANÇA VAI TRANSFORMAR-SE AO LONGO DO TEMPO (POIS A EXPERIMENTAÇÃO REVELA SEMPRE NOVAS E COMPLEXAS FACETAS DO OBJETO), É IMPORTANTE CONSTRUIR UM OBJETIVO COLETIVO, UMA DEFINIÇÃO SOBRE O “PARA ONDE” DO PROCESSO DE MUDANÇA” (P.23).

A PARTICIPAÇÃO DE ATORES EXTERNOS À COMUNIDADE INTERNA DA UNIVERSIDADE E À CORPORAÇÃO MÉDICA NOS MOVIMENTOS DE MUDANÇA CUMPRE PAPEL ESSENCIAL. É INDISPENSÁVEL CONSTRUIR RELAÇÕES DE COOPERAÇÃO INTERINSTITUCIONAL, OU SEJA, MECANISMOS DE CO-GESTÃO DO PROCESSO DE ENSINO APRENDIZAGEM E DE PRODUÇÃO DE SAÚDE ENTRE UNIVERSIDADE, SERVIÇOS DE SAÚDE E ORGANIZAÇÕES POPULARES. ISTO, POIS, ESTAS NECESSIDADES E POTENCIALIDADES NÃO SÃO HOMOGÊNEAS, HÁ GRUPOS COM INTERESSES DISTINTOS, PAPÉIS CONTRADITÓRIOS E MUTÁVEIS AO LONGO DO TEMPO, POR ISSO, A IMPORTÂNCIA DE RECONHECÊ-LOS PARA SE PREPARAR E DETERMINAR OS NOVOS RUMOS.

“SENDO ASSIM, É PRECISO INVESTIR NA SENSIBILIZAÇÃO DOS ATORES INSERIDOS NOS CENÁRIOS ONDE SE DESENVOLVEM OS CUIDADOS E O PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM. OPERACIONALMENTE, A UNIVERSIDADE DEVE SE PREOCUPAR EM IDENTIFICAR NECESSIDADES DOS SERVIÇOS E CENÁRIOS DE PRÁTICA, ESTABELECENDO PACTOS DE CONTRIBUIÇÃO DOCENTE/DISCENTE PARA TAIS SERVIÇOS. DEVEM ESTAR INCLUÍDOS NESTES PACTOS: NEGOCIAÇÃO DE ESPAÇOS, HORÁRIOS E TECNOLOGIAS PARA ADEQUAÇÃO DAS ATIVIDADES DO SERVIÇO E DAS PRÁTICAS EDUCACIONAIS. ALÉM DISSO, EM CONTRAPARTIDA, É FUNDAMENTAL A PARTICIPAÇÃO DE PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS E USUÁRIOS NAS DISCUSSÕES EDUCACIONAIS DE FORMAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE” (ALBUQUERQUE ET AL, P.358-359).

NESSE INTUITO, A MUDANÇA NO ENSINO REQUER A NECESSIDADE DE ARTICULAÇÃO COM SERVIÇOS, ENSINO E COMUNIDADE, QUE PERPASSAM PELA CRIAÇÃO DE ESPAÇOS ONDE SEJAM PLANEJADAS E EXECUTADAS EM CONJUNTO UMA “TEIA” DO CUIDADO EM SAÚDE. ALÉM DISSO, DÃO ÊNFASE A INTERSECÇÃO DE MÉTODOS DIDÁTICO-PEDAGÓGICOS DE ÁREAS, PRÁTICAS E VIVÊNCIAS, DE UTILIZAÇÃO DE HABILIDADES E TECNOLOGIAS, DE VALORIZAÇÃO DE PRECEITOS ÉTICOS E MORAIS E DA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO. COM ISSO, É NECESSÁRIO A DIVERSIFICAÇÃO DOS CENÁRIOS COMO ALTERNATIVA PARA CONSTRUÇÃO DE MODELOS ASSISTENCIAIS, ATÉ ENTÃO POUCO EXPLORADOS PELA ÁREA MÉDICA, QUE ENGLOBEM AÇÕES DE INTERCONSULTA, TERAPIAS DE GRUPO, GRUPOS DE AUTO-AJUDA, ESTÍMULO A ATIVIDADES FÍSICAS E DE LAZER, ASSIM COMO DE PRÁTICAS ALTERNATIVAS (MARINS, 2004).

NÃO É POSSÍVEL PENSAR A MUDANÇA NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SEM A DISCUSSÃO SOBRE A ARTICULAÇÃO ENSINO-SERVIÇO, CONSIDERANDO-A UM ESPAÇO PRIVILEGIADO PARA UMA REFLEXÃO SOBRE A REALIDADE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS E A NECESSIDADE DE TRANSFORMAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL VIGENTE EM UM MODELO QUE CONSIDERE COMO OBJETIVO CENTRAL AS NECESSIDADES DOS USUÁRIOS. “É PRECISO AMPLIAR OS ESPAÇOS DE DIÁLOGO E SENSIBILIZAÇÃO DE TODOS OS ATORES ENVOLVIDOS NESTE CONTEXTO PARA SUA CO-RESPONSABILIZAÇÃO NO QUE DIZ RESPEITO À FORMAÇÃO DE NOVOS PROFISSIONAIS E À PRESTAÇÃO DE CUIDADOS EM SAÚDE” (ALBUQUERQUE *ET AL*, 2008, P. 261-62).

APESAR DE TODO PROCESSO DE REDEFINIÇÃO PEDAGÓGICA E DE DIVERSIFICAÇÃO DOS CENÁRIOS DE APRENDIZAGEM OCORRIDO NOS ÚLTIMOS ANOS MATTOS (2004) NOS ALERTA QUE:

“(...) NO QUE DIZ RESPEITO À INTEGRALIDADE, AS MUDANÇAS NÃO TÊM SIDO TÃO EVIDENTES. ELAS ACONTECEM AQUI E ACOLÁ, MAS AINDA NÃO GANHARAM A GENERALIZAÇÃO NEM A VISIBILIDADE QUE ALMEJAMOS. EXATAMENTE POR ISSO, TALVEZ SEJA OPORTUNO DEDICAR MAIOR ATENÇÃO AO EXAME DESSAS EXPERIÊNCIAS, EM SUA MAIORIA LOCALIZADA, QUE TRANSFORMAM AS PRÁTICAS NA DIREÇÃO DA INTEGRALIDADE. HÁ QUE RECONHECÊ-LAS, ANALISAR AS CONDIÇÕES QUE TORNARAM POSSÍVEL SUA EMERGÊNCIA, REFLETIR SOBRE OS POTENCIAIS E OS LIMITES DE SUA DIFUSÃO. ANALISAR AS EXPERIÊNCIAS QUE SE PAUTAM PELA INTEGRALIDADE É UMA IMPORTANTE AGENDA DE PESQUISA” (P.1412).

DIANTE DESTE QUADRO, Há QUE SE RECONHECER A NECESSIDADE DE UM ESFORÇO CONJUNTO ENTRE OS DIVERSOS ÓRGÃOS E INSTITUIÇÕES ENCARGADOS DE ARTICULAR E DESENVOLVER PROPOSTAS DE FORMAÇÃO PARA O SUS. OCUPAR APENAS OS ESPAÇOS DOS EQUIPAMENTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE NÃO GARANTE QUE ANTIGOS PARADIGMAS E CONCEPÇÕES DE MUNDO SEJAM TRANSFORMADOS, SEM QUE ESTAS AÇÕES SEJAM ESTRUTURADAS VERDADEIRAMENTE EM MECANISMOS QUE PROBLEMATIZEM E PROVOQUEM UMA CONSTANTE REFLEXÃO SOBRE O PENSAR E O AGIR DE ALUNOS, DOCENTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

#### **1.1.4 - A PROPOSTA DO SUS E A EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA à SAÚDE.**

DESDE A CRIAÇÃO DO SUS EM 1988, SUA HISTÓRIA TEM SIDO MARCADA PELA BUSCA EM INSTITUIR A GESTÃO PARTICIPATIVA POR MEIO DE EXPERIÊNCIAS DE DEMOCRACIA DIRETA. PRIMEIRAMENTE, A PARTIR DA GARANTIA POR LEI, DE MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO POPULAR, QUE SE ENCONTRA NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL, NA LEI ORGÂNICA DA SAÚDE, LEI Nº 8.8080 DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 E MAIS ESPECIFICAMENTE NA LEI Nº 8.142 DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990, QUE INSTITUI OS CONSELHOS E CONFERÊNCIAS DE SAÚDE EM TODAS AS ESFERAS DE GOVERNO (BRASIL, 1990B, 2004).

CONTUDO, AO LONGO DESTE PROCESSO, PERCEBEU-SE QUE OS ESPAÇOS DE GESTÃO COMPARTILHADA NÃO PODERIAM FICAR RESTRITOS A ESTES ESPAÇOS DE CONTROLE SOCIAL. ASSIM SENDO, NOS ÚLTIMOS ANOS, AS POLÍTICAS DE SAÚDE VÊM PRODUZINDO NOVAS ESTRATÉGIAS QUE VISAM A EXTRAPOLAR A PRÁTICA DA PARTICIPAÇÃO POPULAR E GESTÃO COMPARTILHADA AOS ESPAÇOS FORMAIS DE CONTROLE SOCIAL, INCENTIVANDO A INSTITUIÇÃO DE ESPAÇOS COLETIVOS DE PARTICIPAÇÃO NO DIA-A-DIA DE TRABALHO DAS UNIDADES DE SAÚDE, ISTO, POIS, O PROCESSO DE PRODUÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE É DE UMA COMPLEXIDADE IMENSA, COM VÁRIOS SUJEITOS ENVOLVIDOS NESTE PROCESSO, COM INTERESSES, DESEJOS, NECESSIDADES, CULTURAS E HISTÓRIAS DISTINTAS.

A PROMOÇÃO E CUIDADO à SAÚDE NÃO DEPENDEM APENAS DE PROCEDIMENTOS “CLÁSSICOS”, COMO ACESSO A CONSULTAS, EXAMES E MEDICAMENTOS, OU SEJA, às CHAMADAS TECNOLOGIAS DURAS, MAS DE

ACESSO à INFORMAÇÃO, A DIREITOS BÁSICOS E CAPACIDADE DE ORGANIZAÇÃO DA VIDA EM COLETIVOS COMUNITÁRIOS, DEMOCRÁTICOS E SOLIDÁRIOS. (MERHY, 2002). AFIRMAÇÃO ESTA, QUE SE COADUNA AO ARTIGO 3º DA LEI Nº 8080/90, QUE CARACTERIZA ENTRE OS FATORES DETERMINANTES E CONDICIONANTES DA SAÚDE: A ALIMENTAÇÃO, A MORADIA, O SANEAMENTO BÁSICO, O MEIO AMBIENTE, O TRABALHO, A RENDA, A EDUCAÇÃO, O TRANSPORTE, O LAZER E O ACESSO A BENS ESSENCIAIS.

DESSA FORMA, É DE EXTREMA IMPORTÂNCIA INVESTIR NA FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, PARA QUE SE APROPRIEM DE METODOLOGIAS DE FACILITAÇÃO DE PROCESSOS COLETIVOS COMO REUNIÕES, PLANEJAMENTOS, TERRITORIALIZAÇÃO, ENTRE OUTROS. ESSAS METODOLOGIAS DE FACILITAÇÃO DE PROCESSOS PARTICIPATIVOS, COMPOSTAS POR TECNOLOGIAS DE ALTA COMPLEXIDADE E BAIXA DENSIDADE, SÃO DENOMINADAS TECNOLOGIAS LEVES, QUE DISPARAM PROCESSOS DE REFLEXÃO DE ATITUDES E VALORES TRANSFORMANDO O PROCESSO DE TRABALHO, O MODELO DE ATENÇÃO E POTENCIALIZANDO A PARTICIPAÇÃO SOCIAL (MERHY, 2002).

EM SETEMBRO DE 2003, O CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE APROVOU A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO E DESENVOLVIMENTO PARA O SUS: CAMINHOS PARA A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE. ESTE DOCUMENTO CARACTERIZA E DIRECIONA AÇÕES PARA A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE, ENFATIZANDO-A COMO UM PROCESSO DE APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA (QUE PROMOVE E PRODUZ SENTIDOS), CUJA APRENDIZAGEM SE DÁ EM ATO, ISTO É, NAS PRÁTICAS COTIDIANAS DO TRABALHO.

"PROPÕE-SE, PORTANTO, QUE OS PROCESSOS DE CAPACITAÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE TOMEM COMO REFERÊNCIA AS NECESSIDADES DE SAÚDE DAS PESSOAS E DAS POPULAÇÕES, DA GESTÃO SETORIAL E DO CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE, TENHAM COMO OBJETIVOS A TRANSFORMAÇÃO DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS E DA PRÓPRIA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E SEJAM ESTRUTURADOS A PARTIR DA PROBLEMATIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO" (BRASIL, 2004).

INICIALMENTE, EM 2003, A ÊNFASE NOS PROJETOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE ESTAVA MAIS VOLTADA PARA A REFLEXÃO DAS PRÁTICAS DO TRABALHO EM SAÚDE E CONSEQUENTEMENTE EM ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA OS TRABALHADORES DA SAÚDE. DOIS ANOS DEPOIS, EM SETEMBRO DE 2005, O MESMO CONSELHO NACIONAL

DE SAÚDE APROVOU O DOCUMENTO “DIRETRIZES NACIONAIS PARA O PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NO CONTROLE SOCIAL NO SUS”, AGREGANDO O CONCEITO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA O CONTROLE SOCIAL COMO:

“(...) PROCESSOS PEDAGÓGICOS QUE CONTRIBUEM PARA O DESENVOLVIMENTO DA AÇÃO DO SUJEITO SOCIAL EM TORNO DO CUMPRIMENTO DO DIREITO À SAÚDE E COM METODOLOGIAS PARTICIPATIVAS, ATRAVÉS DE PROCESSOS FORMAIS E INFORMAIS QUE VALORIZAM AS EXPERIÊNCIAS (VIVÊNCIAS) DAS PESSOAS” (BRASIL, 2006).

A EDUCAÇÃO PERMANENTE BUSCA SUPERAR AS CONCEPÇÕES TRADICIONAIS DE EDUCAÇÃO, DENOMINADAS POR PAULO FREIRE COMO EDUCAÇÃO BANCÁRIA, CARACTERIZADA COMO NÃO CRÍTICA, DESCONTEXTUALIZADA DA REALIDADE DO SUJEITO QUE ESTÁ INTERAGINDO COM A AÇÃO EDUCATIVA E VOLTADA PARA TRANSMISSÃO E REPRODUÇÃO DE CONTEÚDOS QUE NÃO ESTABELECEM NENHUMA RELAÇÃO COM O SABER E EXPERIÊNCIA DE QUEM ESTÁ “APRENDENDO” (FREIRE, 1978). TAMBÉM CHAMADA DE APRENDIZAGEM REPETITIVA, É COMPREENDIDA COMO UMA NOVA INFORMAÇÃO, É INTRODUZIDA SEM SER RELACIONADA COM O CONHECIMENTO PRÉVIO QUE A PESSOA TEM, LIMITANDO-SE A MEMORIZÁ-LA.

A EDUCAÇÃO PERMANENTE, POR SUA VEZ, BUSCA PRODUZIR PROCESSOS PEDAGÓGICOS PARA A APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA QUE AO CONTRÁRIO DA APRENDIZAGEM REPETITIVA TENTA INSTITUIR UMA NOVA ESTRATÉGIA PEDAGÓGICA, A FIM DE SUPERAR A FÓRMULA PEDAGÓGICA DAS CAPACITAÇÕES TRADICIONAIS. ISTO PORQUE SE OBSERVOU QUE AS CAPACITAÇÕES TRADICIONAIS NÃO ESTAVAM TENDO O RESULTADO ESPERADO, POIS OS CONTEÚDOS TRABALHADOS NÃO ESTAVAM SENDO COLOCADOS EM PRÁTICA NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS E CONSELHOS, TENDO EM VISTA QUE OS MESMOS TÊM SIDO ORGANIZADOS COM BASE NA TRANSMISSÃO DE CONHECIMENTOS DESCONTEXTUALIZADOS DA REALIDADE DOS SUJEITOS ENVOLVIDOS NA AÇÃO EDUCATIVA, NÃO LEVANDO EM CONTA SUAS REALIDADES, VIVÊNCIAS E SABERES PRÉVIOS (BRASIL, 2005, 2006).

NESSE SENTIDO, A EDUCAÇÃO PERMANENTE CONFIGURA-SE COMO UM PROCESSO PEDAGÓGICO QUE VISA A INTERAGIR A AQUISIÇÃO DE NOVOS CONHECIMENTOS COM OS SABERES E VIVÊNCIAS PESSOAIS E LOCAIS, POR

MEIO DA PRÁTICA REFLEXIVA SOBRE O CONTEXTO DAS AÇÕES EM SAÚDE E DE CONTROLE SOCIAL, FOMENTADOS POR PENSAMENTOS CRÍTICOS E COLETIVOS, EM “COMBUSTÍVEIS” PARA CRIAR NOVAS PRÁTICAS E CAPAZES DE TRANSFORMAR DESCONFORTOS E CONFLITOS (LAUER, 2010).

PENSAR ESSES ESPAÇOS DE FORMAÇÃO, CONFORME PROPOSTOS, PARTICIPATIVOS, NÃO HIERARQUIZADOS, DEMOCRÁTICOS, É TAMBÉM ESBARRAR NA HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO FORMAL. É DEPARAR-SE COTIDIANAMENTE COM TRABALHADORES QUE DEMANDAM AÇÕES EDUCATIVAS ESPECIALIZADAS, CENTRADAS EM UM MESTRE QUE SABE E TRANSMITE SEUS CONHECIMENTOS ÀQUELES QUE NADA CONHECEM.

FAZER EDUCAÇÃO PERMANENTE NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS É QUESTIONAR E DESCONSTRUIR RELAÇÕES DE PODER, QUE NÃO SÓ OPRIMEM; MAS, PRINCIPALMENTE, DESRESPONSABILIZAM OS TRABALHADORES DA CONSTRUÇÃO E REINVENÇÃO DE SEUS PROCESSOS DE TRABALHO. PROMOVER “RODAS DE CONVERSA” COM AS EQUIPES DE SAÚDE É EQUIPARAR OS DIVERSOS SABERES CONSTRUÍDOS DE FORMAS DISTINTAS (FORMAL OU INFORMALMENTE), AO LONGO DA VIDA DOS MÚLTIPLOS PROFISSIONAIS (CAMPOS, 2000).

NESSE SENTIDO, AO PRIVILEGIAR A REFLEXÃO SOBRE OS PROCESSOS DE TRABALHO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE QUE TAMBÉM EXERCE A FUNÇÃO DE PRECEPTORIA, AMPLIAM-SE AS POSSIBILIDADES DE APRIMORAMENTO DAS ATIVIDADES DE ENSINO-APRENDIZAGEM E DA PRÓPRIA ATIVIDADE ASSISTENCIAL, ELEMENTOS INSEPARÁVEIS DO SEU FAZER. ESTÁ IMBRICADA AÍ A DEFINIÇÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE, PROCESSO QUE COLOCA NO CENTRO DAS QUESTÕES O COTIDIANO DO TRABALHO OU DA FORMAÇÃO EM SAÚDE “QUE SE PERMEABILIZA PELAS RELAÇÕES CONCRETAS QUE OPERAM REALIDADES E QUE POSSIBILITA CONSTRUIR ESPAÇOS COLETIVOS PARA A REFLEXÃO E AVALIAÇÃO DE SENTIDO DOS ATOS PRODUZIDOS NO COTIDIANO” (CECCIM, 2005, P.161).

AO PROBLEMATIZAR ESTAS QUESTÕES, MARINS (2011) NOS FAZ PENSAR EM QUE PROFISSIONAIS PODEM SER QUALIFICADOS COMO PRECEPTORES PARA ATENDER A ESSA NOVA LÓGICA?

“DEVEM SER AQUELES CAPAZES DE ANALISAR AS RELAÇÕES DOS FATORES SOCIAIS, ECONÔMICOS, CULTURAIS, AMBIENTAIS, BIOLÓGICOS E PSÍQUICOS NO SERVIÇO DE SAÚDE E, ALÉM DISSO, DE EXECUTAR ATIVIDADES COM OUTRAS ÁREAS PROFISSIONAIS PARA MELHORAR AS CONDIÇÕES DE SAÚDE. CONVÉM

RESSALTAR UM ASPECTO: O TRABALHO EM EQUIPE PRECISA SER ARTICULADO. NÃO QUER DIZER QUE TODOS FARÃO SEMPRE AS MESMAS ATIVIDADES OU QUE SE TORNARÃO UM GRUPO HOMOGÊNEO, INDEPENDENTEMENTE DE SUAS FORMAÇÕES ESPECÍFICAS (...)" (P.50).

UM SERVIÇO QUE SE ORGANIZA CENTRADO EM AÇÕES CURATIVAS TERÁ SEMPRE SEUS FUNCIONÁRIOS SOBRECARREGADOS DE AFAZERES, “APAGANDO PEQUENOS INCÊNDIOS” A TODO TEMPO, SEM CONSEGUIR IDENTIFICAR DE ONDE VEM O FOGO. NESSE SERVIÇO, NUNCA HAVERÁ TEMPO PARA “PARAR DE TRABALHAR” E REUNIR-SE PARA REFLETIR SOBRE O QUE SE FAZ E O QUE SE PRODUZ A PARTIR DESSE FAZER (LAUER, 2010).

COM ISSO, TORNA-SE EVIDENTE A INDISSOCIABILIDADE ENTRE GESTÃO E CUIDADO. UMA GESTÃO HIERÁRQUICA E CENTRALIZADORA TENDERIA A PRODUZIR UMA CLÍNICA RESTRITA, CURATIVA, MÉDICO-CENTRADA, ENQUANTO A CO-GESTÃO POSSIBILITARIA A CRIAÇÃO DE UMA CLÍNICA AMPLIADA, TERRITORIALIZADA, GERADORA DE CO-RESPONSABILIZAÇÃO E AUTONOMIA DE CUIDADO TANTO PARA OS TRABALHADORES COMO PARA OS USUÁRIOS DA SAÚDE PÚBLICA (CAMPOS, 2000).

DA MESMA FORMA, CECCIM (2005) NOS LEMBRA QUE:

“(...) AQUILO QUE DEVE SER REALMENTE CENTRAL à EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE é SUA POROSIDADE à REALIDADE MUTÁVEL E MUTANTE DAS AÇÕES E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE; é SUA LIGAÇÃO POLÍTICA COM A FORMAÇÃO DE PERFIS DE PROFISSIONAIS E DE SERVIÇOS, A INTRODUÇÃO DE MECANISMOS, ESPAÇOS E TEMAS QUE GERAM AUTOANÁLISE, AUTOGESTÃO, IMPLICAÇÃO, MUDANÇA INSTITUCIONAL, ENFIM, PENSAMENTO (DISRUPTURA COM INSTITUÍDOS, FÓRMULAS OU MODELOS) E EXPERIMENTAÇÃO (EM CONTEXTO, EM AFETIVIDADE - SENDO AFETADO PELA REALIDADE/AFECÇÃO)” (P.162).

REFLETINDO SOBRE TODAS ESTAS PROPOSTAS QUE DEVERIAM ESTAR ACONTECENDO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, COMO UMA GRANDE RECONSTRUÇÃO DA PRÁTICA ALI TRABALHADA, A EDUCAÇÃO PERMANENTE TRANSFORMADORA TEM CONDIÇÕES NA PRESENÇA DA UNIVERSIDADE E DE SEUS SUJEITOS, ALUNOS E PROFESSORES, MOBILIZAR E PROVOCAR MOVIMENTOS PARA QUE ESTA EDUCAÇÃO ACONTEÇA NA PRÁTICA DO TRABALHO EM AÇÃO.

“UMA PROPOSTA DE AÇÃO ESTRATÉGICA PARA TRANSFORMAR A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E DOS PROCESSOS FORMATIVOS, AS PRÁTICAS DE SAÚDE E AS PRÁTICAS PEDAGÓGICAS IMPLICARIA TRABALHO ARTICULADO ENTRE O SISTEMA DE SAÚDE (EM

SUAS VÁRIAS ESFERAS DE GESTÃO) E AS INSTITUIÇÕES FORMADORAS. COLOCARIA EM EVIDÊNCIA A FORMAÇÃO PARA A ÁREA DA SAÚDE COMO CONSTRUÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SERVIÇO/ EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: AGREGAÇÃO ENTRE DESENVOLVIMENTO INDIVIDUAL E INSTITUCIONAL, ENTRE SERVIÇOS E GESTÃO SETORIAL E ENTRE ATENÇÃO À SAÚDE E CONTROLE SOCIAL” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, P.45).

ASSIM, AO PROPOR QUE UMA PARTE DA FORMAÇÃO DE MÉDICOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACONTEÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM TODOS OS ANOS DE FORMAÇÃO, ESPERA-SE CATALISAR ESPAÇOS COLETIVOS DE REFLEXÃO, AGREGANDO SABERES DISTINTOS QUE CONTRIBUAM PARA ALAVANCAR PROCESSOS DE FORMAÇÃO E DA PRÁTICA COTIDIANA BALIZADAS PELOS PRECEITOS DO SUS E COMPROMISSADOS COM AS NECESSIDADES DE SEUS USUÁRIOS.

VALE DESTACAR QUE A CONSTITUIÇÃO FEDERAL EM SEU ARTIGO 200, JÁ EXPLICITAVA A RESPONSABILIDADE DO SUS NA ORDENAÇÃO DA FORMAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE. ENTRETANTO, CONSTRUIR CONHECIMENTOS COLETIVAMENTE, A PARTIR DA REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE A PRÁTICA, DEMANDA TEMPO, ESPAÇO E PERSISTÊNCIA, E ESSAS CONDIÇÕES SÓ SE TORNAM VIÁVEIS A PARTIR DA REORGANIZAÇÃO DA GESTÃO E DO PROCESSO DE TRABALHO.

## **1.2 - A FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU NO PROCESSO DE REFORMA CURRICULAR.**

### **1.2.1 - O ENSINO NA COMUNIDADE NA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU.**

DESDE SUA FUNDAÇÃO EM 1962, A FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E BIOLÓGICAS DE BOTUCATU, APRESENTOU UMA PROPOSTA DE VALORIZAÇÃO DO ALUNO NO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM ATRAVÉS DA INTEGRAÇÃO DEPARTAMENTAL E DE DISCIPLINAS.

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. TODAVIA, AS

INFLUÊNCIAS EXERCIDAS NA FORMULAÇÃO DAS PRIMEIRAS INICIATIVAS DE ENSINO NA COMUNIDADE NA FMB FORAM DE OUTRO MOVIMENTO DE REFORMA MÉDICA, A MEDICINA COMUNITÁRIA (ULIANA, 2011).

DIANTE DE UM CONTEXTO BASTANTE FAVORÁVEL, FACILITADO PELO INTERESSE DOS ESTUDANTES, COMO PELA PARTICIPAÇÃO DIRETA DE DOCENTES DOS DEPARTAMENTOS E DISCIPLINAS (MEDICINA PREVENTIVA, MOLÉSTIAS TRANSMISSÍVEIS E INFECCIOSAS, PSICOLOGIA E PEDIATRIA), FOI ELABORADO EM 1969 O PROJETO DA PRIMEIRA EXPERIÊNCIA DE ENSINO EXTRAMUROS DA FMB DESENVOLVIDO EM ÁREA RURAL DO MUNICÍPIO NA UNIDADE SANITÁRIA DO LAGEADO (CYRINO, 2002).

DE INÍCIO, 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. NA OCASIÃO, O OBJETIVO ERA FAVORECER UM MAIOR DESENVOLVIMENTO TÉCNICO E APRENDIZADO VIVENCIAL NUM ESPAÇO FORA DO HOSPITAL, APROXIMANDO O ALUNO DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM AÇÕES DE PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE, COMO TAMBÉM ESTUDAR A ESTRUTURA EPIDEMIOLÓGICA CONDICIONANTE DAS DOENÇAS. (MAGALDI; GIAROLA; OLIVEIRA, 2002, P.151). POSTERIORMENTE O ESTÁGIO DE INTERNATO RURAL FOI AMPLIADO PARA OS MUNICÍPIOS DE TIMBURI, ANHEMBI, ITATINGA E PARDINHO, SENDO REALIZADO ATÉ 1985.

EM 1970, A INSTITUIÇÃO FOI PIONEIRA DENTRE AS FACULDADES MÉDICAS DO BRASIL NA EXPANSÃO DO INTERNATO E, COM A IMPLANTAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA NESTA ÉPOCA, POSSIBILITOU A APROXIMAÇÃO DO ENSINO MÉDICO DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE AO PROMOVER EXPERIÊNCIAS DE VIVÊNCIAS TAMBÉM EM OUTROS EQUIPAMENTOS SOCIAIS E DE SAÚDE DO MUNICÍPIO (CYRINO, 1997; CYRINO 2002).

O DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA (DSP) FOI CRIADO EM 1968, E, DESDE A SUA CONCEPÇÃO, FOI PRIORIDADE SUA INSERÇÃO NA GRADUAÇÃO MÉDICA, NAS ATIVIDADES DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA NA CIDADE E REGIÃO DE BOTUCATU E NA ELABORAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE SERVIÇOS. EM 1998, UM GRUPO DE DOCENTES DO DSP INICIOU A ELABORAÇÃO DE UMA NOVA MATÉRIA A SER MINISTRADA AO TERCEIRO ANO MÉDICO. A SAÚDE COLETIVA III FOI O RESULTADO DA JUNÇÃO DE DISCIPLINAS QUE NESTA

CONFIGURAÇÃO SERIAM OFERECIDAS PELA PRIMEIRA VEZ EM 1999. FORAM ELAS: EPIDEMIOLOGIA, NUTRIÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA, CIÊNCIAS SOCIAIS, ÉTICA E ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA (CYRINO; RIZZATO, 2004).

A PARTIR DE 1988, INICIOU-SE O PROCESSO DE REFORMA CURRICULAR QUE CULMINOU EM 1996 NA APROVAÇÃO DO NOVO CURRÍCULO PARA O CURSO DE MEDICINA. PARALELO A ISSO, A FMB FOI SELECIONADA ENTRE OUTRAS UNIVERSIDADES PARA DESENVOLVER O PROJETO UNI (FUNDAÇÃO KELLOGG) QUE PERMITIU O DESENVOLVIMENTO DE ATIVIDADES INOVADORAS NO ENSINO NA COMUNIDADE (CYRINO, 1997; CYRINO 2002).

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 NAS UNIDADES DOS CENTROS DE SAÚDE ESCOLA E UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, SOB SUPERVISÃO DE MÉDICOS DAS REFERIDAS UNIDADES E PROFISSIONAIS DA FMB (TREZZA; PREARO, 1995; PREARO, 2007; PREARO; RIZZATO; MARTINS, 2011).

A EXPERIÊNCIA CONJUNTA DE TRABALHO DOS DEPARTAMENTOS DE PEDIATRIA E DE SAÚDE PÚBLICA DA FMB EM RELAÇÃO À IMPLANTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA DE SAÚDE ESCOLAR DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU TAMBÉM MERECE SER DESTACADA, HAJA VISTA QUE SE CONCRETIZOU COMO MAIS UM CAMPO DE ESTÁGIO PARA ALUNOS NO 4º ANO DE GRADUAÇÃO MÉDICA, OFERTANDO DESTA FORMA A OPORTUNIDADE DE UMA VIVÊNCIA EM SAÚDE PÚBLICA, NA QUAL A INTERVENÇÃO MÉDICA ESTÁ ARTICULADA A OUTRAS INTERVENÇÕES INTERSETORIAIS E INTERDISCIPLINARES (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2002).

A PARTIR DE 2000, ATRAVÉS DE INCENTIVOS DO MEC E MS, PARA PARTICIPAÇÃO EM PROJETOS DE MUDANÇAS NA FORMAÇÃO SUPERIOR DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE COMO: PROGRAMA DE INCENTIVO ÀS MUDANÇAS CURRICULARES PARA AS ESCOLAS MÉDICAS DO BRASIL (PROMED), ENSINA - SUS, CURSO DE ATIVADORES E PRÓ-SAÚDE IMPULSIONARAM A FMB NA VIABILIZAÇÃO DE EXPRESSIVAS MUDANÇAS NO ENSINO FRENTE ÀS NOVAS ADEQUAÇÕES REQUERIDAS NAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS EM UMA FORMAÇÃO CONDIZENTE COM OS PRECEITOS DO SUS (CYRINO 2002; CYRINO ET AL 2005).

NESTE PERÍODO TAMBÉM OCORREU A REVISÃO DO INTERNATO, QUE

PASSOU A SER ORGANIZADO A PARTIR DE GRANDES ÁREAS E NÃO MAIS FOCADO NAS ESPECIALIDADES MÉDICAS. ATRAVÉS DESTAS POSSIBILIDADES DE MUDANÇA, A INSTITUIÇÃO FOI LEVADA A REVER A GRADE CURRICULAR DO 1º AO 4º ANO DO CURSO MÉDICO E, EM 2001, INICIOU-SE O PROCESSO DE DISCUSSÃO DO MODELO ATUAL DE ENSINO (CYRINO *ET AL*, 2005).

OUTRO ASPECTO QUE TAMBÉM DEVE SER ACRESCENTADO AO CONTEXTO DO PROCESSO DE REFORMULAÇÃO CURRICULAR NA FMB FOI A IMPLANTAÇÃO, EM 2001, DO NÚCLEO DE APOIO PEDAGÓGICO (NAP) - UM GRUPO DE TRABALHO COMPOSTO POR DISCENTES E DOCENTES DA INSTITUIÇÃO, QUE 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 UMA DAS 19 ESCOLAS MÉDICAS DO BRASIL SELECIONADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA PARTICIPAR DO PROMED, UMA VEZ QUE A FORMULAÇÃO DO PROJETO NA FMB-UNESP FOI COORDENADA POR ESSE NÚCLEO (ULIANA, 2011).

O PROGRAMA DE INCENTIVO ÀS MUDANÇAS CURRICULARES DAS ESCOLAS MÉDICAS (PROMED), PROPOSTO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS) EM PARCERIA COM O MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (MEC), TINHA COMO PRINCIPAL OBJETIVO FOMENTAR A INOVAÇÃO NO ENSINO MÉDICO, INTEGRANDO-O AO DESENVOLVIMENTO DO SUS. PARA TANTO, AS ESCOLAS MÉDICAS PARTICIPANTES CONTARAM COM APOIO FINANCEIRO DURANTE SEIS ANOS CONSECUTIVOS PARA MUDANÇA CURRICULAR EM TRÊS EIXOS: DIVERSIFICAÇÃO DE CENÁRIOS DE ENSINO, CAPACITAÇÃO DOCENTE E REVISÃO TEÓRICA DE TODO EIXO DO PLANO E PROCESSO DE ENSINO (BRASIL, 2002, CYRINO *ET AL*, 2005).

COMO FORMA DE REVER O MODELO ATÉ ENTÃO CENTRADO NO HOSPITAL E EM DOENÇAS DE MAIOR COMPLEXIDADE, FOI PROPOSTO UMA MAIOR DIVERSIFICAÇÃO DOS CENÁRIOS DE ENSINO-APRENDIZAGEM, ABRINDO-SE O CURSO PARA OS CENÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA. NESSE PROCESSO, FOI DE EXTREMA RELEVÂNCIA A OFICINA DE PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO EM 2001 QUE, ENTRE OUTRAS FRENTES DE AÇÃO, DEBRUÇOU-SE SOBRE AS POSSIBILIDADES E POTENCIALIDADES DA INTEGRAÇÃO DO ENSINO DE GRADUAÇÃO MÉDICA AO SUS NOS DIFERENTES NÍVEIS DE ATENÇÃO (CYRINO *ET AL*, 2005).

EM 2003, A RECÉM-CRIADA SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE (SGTES) DO MINISTÉRIO DA SAÚDE POSSIBILITOU NOVO INCREMENTO AO PROCESSO DE MUDANÇA CURRICULAR DA FMB, AO APRESENTAR DIRETRIZES DE APOIO ÀS INICIATIVAS INOVADORAS PARA ARTICULAR A REDE DE GESTÃO E DE SERVIÇOS COM AS INSTITUIÇÕES FORMADORAS DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE. VISAVA TAMBÉM A PROMOVER MUDANÇAS NAS PRÁTICAS DE FORMAÇÃO, BUSCANDO A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO E A EDUCAÇÃO PERMANENTE DE RECURSOS HUMANOS PARA O SUS. MAIS UMA VEZ, COM APOIO DA DIRETORIA, A FMB/UNESP SE CANDIDATA E É CONTEMPLADA (CYRINO *ET AL*, 2005).

NA ESTEIRA DESTE PROCESSO, ALGUMAS DISCIPLINAS BUSCARAM UMA MAIOR APROXIMAÇÃO E INTEGRAÇÃO, 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 CONTINUA A SE DESENVOLVER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA 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 (ROMANHOLI, 2010, ULIANA, 2011).

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).

AINDA FAZ-SE NECESSÁRIO RESSALTAR QUE DESDE A DÉCADA DE 1980, DOCENTES DA FMB TÊM PARTICIPADO ATIVAMENTE NA IMPLANTAÇÃO DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE BOTUCATU OCUPANDO CARGOS PÚBLICOS DE RELEVÂNCIA NO MUNICÍPIO. DESDE A IMPLANTAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS) NESTE PERÍODO, FOI FACILITADA A ORGANIZAÇÃO DE ESTÁGIOS E VIVÊNCIAS PARA ALUNOS E RESIDENTES DA FMB (CYRINO *ET AL.*, 2005).

ESPECIAL DESTAQUE NESSE PROCESSO MERECE SER DADO A PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> CECÍLIA MAGALDI, MÉDICA INFECTOLOGISTA E PROFESSORA EMÉRITA DA ENTÃO FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E BIOLÓGICAS DE BOTUCATU (FCMBB), E UMA DAS FUNDADORAS DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA EM 1972. DEFENDEU A AUTONOMIA UNIVERSITÁRIA E A AMPLIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIA. INSTALOU E COORDENOU A UNIDADE DE SAÚDE DO LAGEADO- A PRIMEIRA FORA DOS MUROS DA FCMBB- QUE POSSIBILITOU O TREINAMENTO DOS ESTUDANTES DE MEDICINA NAS ÁREAS DE SAÚDE PÚBLICA, CLÍNICA MÉDICA, MOLÉSTIAS INFECCIOSAS E PEDIATRIA. REALIZOU TAMBÉM O PRIMEIRO INQUÉRITO DOMICILIAR SOBRE AS CONDIÇÕES DE SAÚDE EM BOTUCATU, COM A PARTICIPAÇÃO DOS ALUNOS DA GRADUAÇÃO EM MEDICINA (BOTUCATU, 2011).

ALÉM DISSO, A PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> CECÍLIA MAGALDI, TAMBÉM FOI SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS) POR DUAS GESTÕES SUCESSIVAS, CARGO NO QUAL ASSINOU IMPORTANTES CONVÊNIOS. NA DÉCADA DE 1980 IMPLANTOU A REDE BÁSICA DE SAÚDE DE BOTUCATU, COM A INSTALAÇÃO DE OITO NOVAS UNIDADES, DANDO, ASSIM, OS PRIMEIROS PASSOS PARA A MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE NA CIDADE (BOTUCATU, 2011).

DESDE ENTÃO, A RELAÇÃO DA FMB COM A SMS E COM A SECRETARIA

DE ESTADO DA SAÚDE TEM SIDO COLOCADA COMO FACILITADORA DAS AÇÕES IMPLANTADAS, POR MEIO DE PARCERIAS QUE TÊM PERMITIDO AOS ALUNOS VIVENCIAR E DESENVOLVER AÇÕES EM HOSPITAIS E AMBULATÓRIOS DE MENOR COMPLEXIDADE, ASSIM COMO NOS DIFERENTES SERVIÇOS DO NÍVEL PRIMÁRIO DE ATENÇÃO, COMO NO CSE, NAS UBS E USF DO MUNICÍPIO.

HOJE, PODE-SE DIZER QUE O CURRÍCULO DA FMB/UNESP APRESENTA UM DESENHO “MISTO”, COM UMA MAIOR INCLINAÇÃO AO MODELO TRADICIONAL DE ENSINO MÉDICO, OU SEJA, MANTÉM OS DOIS ANOS INICIAIS NO BÁSICO, DOIS ANOS DE CLÍNICA E DOIS ANOS DE APLICADO. EMBORA ESTEJA CARACTERIZADO EM SUA MAIOR PARTE COMO UM CURRÍCULO POR DISCIPLINAS, O MESMO APRESENTA MOMENTOS DE DIVERSIFICAÇÃO DE CENÁRIOS DE ENSINO E DE INTEGRAÇÃO CURRICULAR. ALÉM DISSO, OBSERVA-SE QUE JÁ NOS DOIS PRIMEIROS ANOS, HÁ UM MOVIMENTO DE APROXIMAÇÃO DA PRÁTICA MÉDICA COM A INTRODUÇÃO DE DISCIPLINAS COMO SEMIOLOGIA E A INTERAÇÃO UNIVERSIDADE, SERVIÇOS E COMUNIDADE (IUSC). PODEM-SE, AINDA, CONSTATAR INTEGRAÇÕES TRANSVERSAIS ENTRE AS DIVERSAS DISCIPLINAS DO BÁSICO COM O CLÍNICO, DO BÁSICO COM O BÁSICO, DO CLÍNICO COM O CLÍNICO, E DA SAÚDE COLETIVA COM O CLÍNICO (ROMANHOLI, 2010).

É IMPORTANTE DESTACAR QUE GRANDE PARTE DOS MÉDICOS E ENFERMEIROS DA REDE MUNICIPAL SE FORMOU NA FMB/UNESP, E, NOS ÚLTIMOS ANOS, COM A IMPLANTAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA, ESTA PARCERIA TEM SE AMPLIADO, INCLUSIVE SENDO A FMB A FORMADORA DESSE GRUPO DE PROFISSIONAIS QUE, EM GRANDE PARTE, TEM SIDO DESDE 2003 ABSORVIDO PARA O TRABALHO NA ESF DE BOTUCATU. APÓS 2008, PROFISSIONAIS DE OUTRAS ÁREAS ATUANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA TAMBÉM PASSARAM A SER INTEGRADOS NAS ATIVIDADES EM CURSO (ROMANHOLI, 2010).

EM 2008, NOVAMENTE A FMB FOI SELECIONADA, DESTA VEZ PARA PARTICIPAR NO PET- SAÚDE. EM PARCERIA COM A SMS DE BOTUCATU, TEM SIDO REALIZADO UM NOVO ESFORÇO NO SENTIDO DE APRIMORAR O TRABALHO EM PARCERIA ENTRE DOCENTES, PROFISSIONAIS DE SAÚDE E ESTUDANTES DE MEDICINA E ENFERMAGEM (UNESP, 2008). DESDE ENTÃO, UMA SÉRIE DE PROJETOS COM AS MAIS DIVERSAS TEMÁTICAS E OBJETIVOS ESTÃO EM CURSO, AMPLIANDO AS POSSIBILIDADES DE INSERÇÃO E

APRENDIZADO DOS ALUNOS EM EQUIPAMENTOS SOCIAIS E UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO.

O GRUPO DE PESQUISA PET-SAÚDE DA FMB/UNESP DE APRENDIZAGEM TUTORIAL DE NATUREZA COLETIVA E INTERDISCIPLINAR QUE VEM DESENVOLVENDO PROJETOS VINCULADOS À ESF FOI COMPOSTO POR 5 TUTORES E 2 COTUTORES ACADÊMICOS, 36 PRECEPTORES E 72 ESTUDANTES MONITORES. DE ACORDO COM MANOEL (2012) REALIZA-SE COMO UM DESDOBRAMENTO DA DISCIPLINA INTERAÇÃO UNIVERSIDADE, SERVIÇO E COMUNIDADE - IUSC, IMPLANTADA DO 1º AO 3º ANO DE GRADUAÇÃO DE MEDICINA E DO 1º AO 2º ANO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM, COM A PARTICIPAÇÃO DE 330 ESTUDANTES, CONTEXTUALIZANDO-SE A PROPOSTA EM UM PROJETO MAIOR DE MUDANÇA DA EDUCAÇÃO MÉDICA E DE ENFERMAGEM. CYRINO *ET AL* (2012) ILUSTRAM AINDA QUE:

“O DESENHO DE TRABALHO DO PET-SAÚDE OFERECE À NOSSA INSTITUIÇÃO A VIVÊNCIA DE PARCERIA COM A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BOTUCATU (SP), PARTICULARMENTE NO TRABALHO ARTICULADO COM OS PROFISSIONAIS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, NO QUAL SE PROMOVEM ESTRATÉGIAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM ENTRE TODOS OS ENVOLVIDOS: TUTORES, PRECEPTORES E ESTUDANTES MONITORES BOLSISTAS E ESTUDANTES NÃO BOLSISTAS, E NO QUAL INCLUÍMOS TAMBÉM OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, A RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL NA ESF E A COMUNIDADE LOCAL”. (P.93).

EM 2011, FORAM DESENVOLVIDOS OUTROS PROJETOS E PARCERIAS COM A SECRETARIA DE SAÚDE DE BOTUCATU POR MEIO DO PET-SAÚDE MENTAL E DO PET-VIGILÂNCIA. EMBORA AS AÇÕES TENHAM SIDO REALIZADAS DURANTE UM ANO, PUDERAM AMPLIAR A RELAÇÃO ENTRE A UNIVERSIDADE E SERVIÇOS DE SAÚDE E CONTRIBUIR NÃO SÓ PARA AMPLIAR A COMPREENSÃO DOS ALUNOS QUANTO A INÚMEROS ASPECTOS E PROBLEMÁTICAS RELACIONADAS A ESTAS ÁREAS, COMO EM PERMITIR A TROCA DE CONHECIMENTOS E DE POSSIBILIDADES DE CUIDADOS NESSAS QUESTÕES.

ATUALMENTE A FMB TAMBÉM FOI SELECIONADA E PARTICIPA DOS SEGUINTE PROGRAMAS INTERMINISTERIAIS (MEC E MS): PRÓ-SAÚDE E PET-SAÚDE, DE 2012; PET-VIGILÂNCIA DE 2013 E PET- REDES DE 2013, ALÉM DO PRÓ-ENSINO DA CAPES.

TODAS ESTAS POLÍTICAS E PROJETOS FOMENTADOS PELA SGTES, MS, MEC TÊM CONTRIBUÍDO PARA MUDANÇA NO ENSINO DA FMB, PARTICULARMENTE NA VALORIZAÇÃO DA FORMAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À

SAÚDE. TODOS OS ESTÁGIOS NA ATENÇÃO BÁSICA E NA COMUNIDADE REPRESENTAM ATUALMENTE, EM TERMOS DE CARGA HORÁRIA, UM OITAVO DO CURSO MÉDICO E ESTÁ PRESENTE DO PRIMEIRO AO SEXTO ANO MÉDICO E DO PRIMEIRO AO QUARTO ANO DE ENFERMAGEM.

NOS ÚLTIMOS ANOS, TAMBÉM FOI POSSÍVEL IMPLEMENTAR NA PÓS-GRADUAÇÃO DA SAÚDE COLETIVA A ÁREA DA FORMAÇÃO, TRAZENDO INÚMEROS PROFESSORES CONVIDADOS, O QUE TEM SE MOSTRADO RICO E PROMISSOR PARA FORTALECER A PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO E FORMAÇÃO DE PROFESSORES ENVOLVIDOS NA IUSC.

### **1.2.2 - A INTERAÇÃO UNIVERSIDADE SERVIÇOS E COMUNIDADE (IUSC): A OPERACIONALIZAÇÃO DA PROPOSTA PARA O ENSINO NA COMUNIDADE.**

COMO EXPRESSÃO DO ESFORÇO EM ROMPER COM OS MODELOS TRADICIONAIS CENTRADOS NO HOSPITAL E NA DOENÇA E DOS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS À FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE, TEVE INÍCIO EM 2003 O PROGRAMA DE INTERAÇÃO UNIVERSIDADE, SERVIÇO E COMUNIDADE (IUSC). O MESMO SE CARACTERIZOU POR SER UMA EXPERIÊNCIA CONSTRUÍDA COLETIVAMENTE E DIRECIONADO PARA AS NECESSIDADES DE PROFESSORES E ALUNOS EM PRÁTICAS VOLTADAS PARA INTEGRALIDADE DAS AÇÕES DE SAÚDE E DAS NECESSIDADES DO SUS, QUE ENGLOBA AS DIMENSÕES PSICOSSOCIAIS DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA (CYRINO *ET AL* 2005; CYRINO *ET AL* 2006).

O PROJETO NASCEU DE PROCESSO DE DISCUSSÃO DE TODA A COMUNIDADE ACADÊMICA DA FMB/UNESP, DO INSTITUTO DE BIOCÊNCIAS (IB), DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DOS REPRESENTANTES DA COMUNIDADE DE BOTUCATU. POR MEIO DE PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO E DE OFICINAS, FOI POSSÍVEL ELABORAR UMA PROPOSTA DE MUDANÇA CURRICULAR QUE BUSCAVA CONTEMPLAR MAIOR INTEGRAÇÃO ENTRE A UNIVERSIDADE, O SERVIÇO E A COMUNIDADE (ROMANHOLI, 2010).

INICIALMENTE, BASEOU-SE NA EXPERIÊNCIA QUE A FMB TINHA DE ENSINO NA COMUNIDADE E NA ATENÇÃO BÁSICA NOS SEUS 40 ANOS DE EXISTÊNCIA, COMO TAMBÉM TEVE ESPECIAL RELEVÂNCIA O PROCESSO QUE HAVIA SE DESENVOLVIDO EM NITERÓI-RJ PELA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, ONDE UM GRUPO DE PROFESSORES, MÉDICOS E PROFISSIONAIS

DA FMB VISITARAM A RESPECTIVA INSTITUIÇÃO PARA CONHECIMENTO DE PROPOSTA SEMELHANTE (UNESP, 2005A).

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 (ULIANA, 2011).

A PARTIR DA APROVAÇÃO DO PROJETO, O GRUPO DE TRABALHO DO NÚCLEO DE APOIO PEDAGÓGICO (NAP) REALIZOU VÁRIAS VISITAS ÀS UNIDADES DE SAÚDE PARA RECONHECIMENTO DOS ESPAÇOS DE ENSINO PARA VIABILIZAÇÃO DAS ATIVIDADES PROPOSTAS PARA OS QUATRO ANOS SEGUINTE. DESSA FORMA, CONTARAM COM O APOIO DA SMS DE BOTUCATU NA ESCOLHA DOS TERRITÓRIOS E EQUIPAMENTOS SOCIAIS QUE SERVIRIAM COMO CENÁRIOS DE ENSINO (ROMANHOLI, 2010, ULIANA, 2011).

OS ESPAÇOS DA PRÓPRIA COMUNIDADE, TAIS COMO DOMICÍLIOS, CRECHES E ESCOLAS, ALÉM DAS UNIDADES DE SAÚDE, CORRESPONDERIAM AOS CENÁRIOS DE ENSINO DO IUSC, ONDE DEVERIA PREVALECER A RESOLUBILIDADE, A ASSISTÊNCIA INTEGRAL, O TRABALHO EM EQUIPE E A PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS (UNESP, 2002B).

ASSIM, 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 (...) A SEREM EXERCIDAS COM RESPONSABILIDADE, COM CURIOSIDADE CIENTÍFICA E QUE LHE 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).

PARA TANTO, 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 OBTIDOS A PARTIR DA OBSERVAÇÃO DA REALIDADE MANIFESTADA A PROFESSORES E ALUNOS EM TODAS AS SUAS FACETAS E CONTRADIÇÕES. SEGUNDO CYRINO *ET AL* (2005A):

“O PROFESSOR REFLETE COM O ALUNO, O QUE EXIGE DISPONIBILIDADE PARA PESQUISAR, ACOMPANHAR E COLABORAR COM O APRENDIZADO CRÍTICO DO ESTUDANTE. ISSO FREQUENTEMENTE COLOCA O PROFESSOR DIANTE DE SITUAÇÕES IMPREVISTAS, EXIGINDO QUE PROFESSORES E ALUNOS COMPARTILHEM DE FATO O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO” (P.27).

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).

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, 2002C).

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 À COMPREENSÃO DE ASPECTOS DO SUS; VISITAS E 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 (UNESP, 2002C; CYRINO *ET AL.*, 2006).

NESSA PERSPECTIVA, A VISITA DOMICILIAR (VD) FOI DENTRE AS ESTRATÉGIAS PROPOSTA PELOS FORMULADORES DO IUSC A QUE GANHOU ESPECIAL DESTAQUE E ATENÇÃO DOS COORDENADORES E PROFESSORES, ESPECIALMENTE SOBRE SEUS FUNDAMENTOS E SEU SIGNIFICADO PARA A FORMAÇÃO MÉDICA. NAS DIVERSAS DISCUSSÕES OCORRIDAS, O GRUPO DIVIDIU-SE ENTRE O USO DA MESMA COMO: INSTRUMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES SOBRE A HABITAÇÃO, SANEAMENTO, CONDIÇÕES AMBIENTAIS E FÍSICAS EM QUE VIVE O INDIVÍDUO, E ESTRATÉGIA PEDAGÓGICA PARA A FORMAÇÃO DE VÍNCULOS INTERPESSOAIS À MEDIDA QUE A INSERÇÃO DO ALUNO NO UNIVERSO SE CONFIGURASSE COMO OPORTUNIDADE PARA O DIÁLOGO E A INTERAÇÃO DOS ESTUDANTES COM AS FAMÍLIAS (ROMANHOLI, 2010).

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 PROFESSORES-TUTORES OU AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, E OS OBJETIVOS FORAM REDEFINIDOS DE MODO A SE ESTABELECEER UMA CONTINUIDADE DO TRABALHO NOS DOIS PRIMEIROS ANOS (UNESP, 2004).

DIANTE DESTE NOVO DESAFIO, OS PROFESSORES-TUTORES DEVERIAM PREPARAR SEUS RESPECTIVOS GRUPOS, E A VISITA ÀS CASAS

DEVERIA SER FEITA SOB A FORMA DE CONVERSA COM TEMAS INDICADOS 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. DESSA MANEIRA, AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DEVERIAM 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 PECULIARIDADES (ROMANHOLI, 2010).

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 (ROMANHOLI, 2010). A IDÉIA INICIAL CONTEMPLAVA A PRESENÇA DE DOCENTES DA FMB COMO PROFESSORES DO IUSC, MAS POR DIVERSOS FATORES ISSO NÃO SE CONCRETIZOU, DE MODO QUE OS PROFISSIONAIS (PERTENCENTES OU NÃO À REDE DE SERVIÇO MUNICIPAL), QUE COMPUNHAM O QUADRO PASSARAM A SER DENOMINADOS PROFESSORES-TUTORES (UNESP, 2005A).

NESTE MOMENTO, FOI DEFINIDO 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, 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 ALUNOS PARA CADA PROFESSOR (UNESP, 2002C).

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).

EM ESTUDO REALIZADO SOBRE O OLHAR E O TRABALHO DO PROFESSOR-TUTOR DA IUSC QUE ATUARAM NO PROGRAMA/DISCIPLINA NOS ANOS DE 2003 A 2010, MANOEL (2012) REVELA UM NÚMERO ELEVADO DE PROFISSIONAIS ATUANTES NA IUSC E A ROTATIVIDADE DOS MESMOS. ESTA

INSTABILIDADE NO QUADRO DE PROFESSORES-TUTORES, ANO A ANO, é VIVENCIADA PELA COORDENAÇÃO DA DISCIPLINA COMO UM GRANDE DESAFIO. EM 2006, POR EXEMPLO, A IUSC PÔDE CONTAR COM UM GRUPO DE PROFESSORES QUE PARTICIPARAM DA MESMA EM ANOS ANTERIORES E, EM OUTROS ANOS, COMO 2004, 2005 E 2010, HOVE UMA RENOVAÇÃO MAIOR NO QUADRO DE PROFESSORES-TUTORES, IMPULSIONANDO A COORDENAÇÃO A DESENVOLVER ESTRATÉGIAS DE CAPACITAÇÃO DIFERENCIADAS.

A AUTORA TAMBÉM PÔDE OBSERVAR A VARIAÇÃO DO NÚMERO DE PROFESSORES-TUTORES ENTRE DIFERENTES ANOS, COMO EM 2008 COM 07 E 2010 COM 21 PROFESSORES-TUTORES NO 3º ANO, SENDO QUE A MAIORIA DOS PROFISSIONAIS QUE ATUARAM EM 2010 ERAM MÉDICOS DA SMS E BOLSISTAS PET-SAÚDE.

ESTE FATO REFORÇA A IDÉIA DE QUE OS PROGRAMAS DE INCENTIVO DESENVOLVIDOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE PODEM BENEFICIAR AS INICIATIVAS DE MELHORIA DO ENSINO, HAJA VISTA O OCORRIDO EM 2010, QUE PERMITIU A DIVISÃO DOS ALUNOS EM GRUPOS MENORES, FAVORECENDO A ATENÇÃO MAIS INDIVIDUALIZADA DOS PROFESSORES-TUTORES E DE POSSIBILIDADE DE UM APRENDIZADO MAIS EFETIVO (MANOEL, 2012).

SEU ESTUDO TAMBÉM APONTOU QUE A MAIORIA DOS PROFESSORES-TUTORES ERAM VINCULADOS à UNESP, SENDO DOCENTES DA FACULDADE DE MEDICINA E DO INSTITUTO DE BIOCIÊNCIAS. ENTRE ESTES, MÉDICOS CONTRATADOS, FUNCIONÁRIOS DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA E DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA OU ALUNOS DE PÓS-GRADUAÇÃO DA FACULDADE DE MEDICINA. OS FUNCIONÁRIOS DA SMS QUE ATUARAM NA IUSC ERAM VINCULADOS A UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, PROGRAMA DE SAÚDE ESCOLAR E EQUIPE DE SAÚDE MENTAL, TOTALIZANDO 31% DO TOTAL DE PROFESSORES-TUTORES. ALGUNS PROFISSIONAIS NÃO ERAM VINCULADOS à UNESP OU A SMS, TRATANDO-SE DE PROFISSIONAIS LIBERAIS OU FUNCIONÁRIOS DE OUTRAS INSTITUIÇÕES PÚBLICAS OU PRIVADAS.

NA MAIOR PARTE DOS ANOS OCORRERAM SELEÇÕES PARA PROFESSORES DA IUSC E ALGUNS CRITÉRIOS FORAM BUSCADOS COMO TER ALGUMA VIVÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA à SAÚDE, UMA CERTA EXPERIÊNCIA EM TRABALHO EM GRUPO E EM ENSINO NA GRADUAÇÃO. COMO EM ALGUNS PERÍODOS FORAM OFERECIDAS BOLSAS DE APOIO FINANCEIRO PARA

PROFESSORES DA IUSC ATRELADAS A PROJETOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, UM CRITÉRIO PRESENTE FOI O TRABALHO NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA E O CONTATO ANTERIOR COM ESTUDANTES (MANOEL, 2012).

NO QUADRO ABAIXO, SÃO DESTACADOS OS OBJETIVOS E ESTRATÉGIAS PARA O 1º ANO DA IUSC CONTIDOS NO PLANO DE ENSINO INICIAL DO PROJETO DESENVOLVIDO PARA O 1º E 2º ANOS DE MEDICINA. RESSALTA-SE QUE ATÉ ESTE MOMENTO, OS DEMAIS ANOS, ISTO É, DO 3º AO 6º ANO MÉDICO, O PLANO AINDA SERIA CONSTRUÍDO E DETALHADO POR MEIO DE OFICINAS DE PLANEJAMENTO.

QUADRO \1 - SÍNTESE DO PLANO DE ENSINO DO IUSC.

|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OBJETIVOS DO PROGRAMA</b>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- DESENVOLVER UMA FORMAÇÃO MÉDICA QUE PROPICIE ATUAÇÃO HUMANIZADA JUNTO À POPULAÇÃO;</li> <li>- RECONHECER A SITUAÇÃO DE VIDA E DE SAÚDE DA COMUNIDADE (COMO VIVEM, PORQUE ADOECEM E MORREM OS CIDADÃOS), IDENTIFICANDO OS EQUIPAMENTOS PÚBLICOS, AS REDES DE APOIO E OS RECURSOS DA COMUNIDADE, E ACOMPANHANDO FAMÍLIAS MORADORAS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA (GESTORES, RECÉM-NASCIDOS E TODA CONSTITUIÇÃO FAMILIAR) (1º ANO);</li> <li>- DESENVOLVER AÇÕES DE PROMOÇÃO, EDUCAÇÃO E PREVENÇÃO À SAÚDE JUNTO À COMUNIDADE NA 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 (2º E 3º ANOS);</li> <li>- APRENDIZAGEM PRÁTICA DE SEMIOLOGIA E RACIOCÍNIO CLÍNICO, PARTICIPANDO DO ACOMPANHAMENTO MÉDICO, DAS CONSULTAS E PROCEDIMENTOS REALIZADOS ÀS FAMÍLIAS DE REFERÊNCIA JUNTO ÀS ATIVIDADES EM SAÚDE DA CRIANÇA, ADULTO E MULHER E REALIZANDO, SOB SUPERVISÃO, PROCEDIMENTOS E CUIDADOS A DOMICÍLIO (3º E 4º ANOS);</li> <li>- ABORDAR O CONHECIMENTO E DESENVOLVIMENTO DE RELAÇÕES ÉTICAS E DA DIMENSÃO PSICOLÓGICA DO TRABALHO MÉDICO E EM SAÚDE (3º E 4º ANOS);</li> <li>- PARTICIPAR DAS AÇÕES DE CONTROLE SOCIAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE;</li> <li>- APROFUNDAR CONHECIMENTOS DAS CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE, EVOLUÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS, DO IMPACTO DOS ASPECTOS SOCIAIS E PSICOLÓGICOS DA DOENÇA E PARTICIPAR DA INTERVENÇÃO SOBRE PROBLEMAS DETECTADOS (3º E 4º ANOS).</li> </ul> |
| <b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS (1º ANO)</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- RECONHECER A ABRANGÊNCIA DE UBS/USF, APROPRIANDO-SE DE DIMENSÕES DA REALIDADE SÓCIO-POLÍTICA E CULTURAL DO TRABALHO MÉDICO, DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DA POPULAÇÃO;</li> <li>- ACOMPANHAR GESTANTES, RECÉM-NASCIDOS E SUAS FAMÍLIAS;</li> <li>- PARTICIPAR ATIVAMENTE DE ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELA/PARA A COMUNIDADE E DE SEUS PROBLEMAS E NECESSIDADES.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>ESTRATÉGIAS (1º ANO)</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ENTREVISTAS COM LIDERANÇAS COMUNITÁRIAS E ANTIGOS MORADORES DO BAIRRO;</li> <li>- CONHECIMENTO DE EQUIPAMENTOS SOCIAIS;</li> <li>- CONHECIMENTO DE UBS OU USF DA REGIÃO;</li> <li>- CONHECIMENTO DE DADOS DEMOGRÁFICOS DA REGIÃO;</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- CONHECIMENTO DE DADOS EPIDEMIOLÓGICOS;</li> <li>- ENTREVISTAS COM FAMILIARES E OBSERVAÇÃO, INTERAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS MENORES DE UM ANO;</li> <li>- FORMAÇÃO DE VÍNCULO COM FAMÍLIAS E CRIANÇAS DA REGIÃO;</li> <li>- PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELA COMUNIDADE;</li> <li>- CONSTRUÇÃO DE SALA SITUACIONAL: PROBLEMAS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA.</li> </ul> |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

RESSALTA-SE AINDA QUE 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 E ESTRUTURANDO GRADATIVAMENTE (ROMANHOLI, 2010, ULIANA, 2011).

“A PROPOSTA DE UMA PRÁTICA PEDAGÓGICA INOVADORA é UM PONTO DE PARTIDA PARA O DESCONHECIDO, REPRESENTANDO, MUITAS VEZES, UMA AMEAÇA AO POSTO CONQUISTADO. O DESCONHECIDO ABRE, PORÉM, NOVOS HORIZONTES E POSSIBILIDADES DE TRANSFORMAÇÃO. A PARTICIPAÇÃO COLETIVA E DEMOCRÁTICA é FUNDAMENTAL NA IMPLANTAÇÃO DE QUALQUER MUDANÇA, JÁ QUE TODOS OS SUJEITOS ESTÃO INTERLIGADOS EM UMA REDE” (MITRE ET AL, 2008, P.241).

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 EXTREMA IMPORTÂNCIA PARA QUE MUITOS ASPECTOS DO PROGRAMA FOSSEM REORGANIZADAS DE ACORDO COM AS SITUAÇÕES E PROBLEMÁTICAS VIVENCIADAS (UNESP, 2005B; CYRINO ET AL, 2007).

### **1.2.3 - A CONSOLIDAÇÃO DA IUSC: DE PROGRAMA à 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 (MAIS ESPECIFICAMENTE, 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, TENDO SIGNIFICATIVO PAPEL A COORDENAÇÃO DO PROGRAMA IUSC, DO NÚCLEO DE APOIO PEDAGÓGICO (NAP) E SUA FRENTE DE ENSINO NA COMUNIDADE, QUE SE EMPENHARAM EM DESTACAR A NECESSIDADE DE CONTINUAR INVESTINDO NESSE PROJETO. FORAM DEMONSTRADAS AS REESTRUTURAÇÕES REALIZADAS A PARTIR DAS AVALIAÇÕES, APONTANDO DIFICULDADES E NECESSIDADES DE NOVAS CAPACITAÇÕES, ASSIM COMO, A IMPORTÂNCIA DE UMA SEGURANÇA INSTITUCIONAL PARA QUE ESSE ENSINO FOSSE INCORPORADO AO CURRÍCULO (UNESP, 2005B).

DENTRO DESSA PERSPECTIVA, DESTAQUE DEVE SER DADO AO APOIO DA DIRETORIA DA FMB E DE SEU CONSELHO DE CURSO NA BUSCA DA CONCRETIZAÇÃO E CONTINUIDADE DA PROPOSTA DA IUSC. DESSE MODO, A 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. APÓS INTENSOS DEBATES FOI 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).

EM 2007, A IUSC PASSA A SER INSERIDA NA GRADE CURRICULAR COMO DISCIPLINA OFICIAL DOS 1º, 2º E 3º ANOS DE GRADUAÇÃO, COM A COLABORAÇÃO DE PROFESSORES DE DIVERSAS ÁREAS DA SAÚDE. MAIS UMA VEZ, SÃO MANTIDOS E REAFIRMADOS EM SEUS OBJETIVOS: A INSERÇÃO SUPERVISIONADA DE PEQUENOS GRUPOS DE ALUNOS DESDE O 1º ANO EM UBS E USF; CONHECIMENTO DO TERRITÓRIO E DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES INTERSETORIAIS DE PROTEÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE; ESTABELECIMENTO DE VÍNCULOS COM AS EQUIPES, FAMÍLIAS E COMUNIDADE EM UM

ACOMPANHAMENTO LONGITUDINAL; VIVÊNCIA NA PRÁTICA DE AÇÕES E ATIVIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA, DA COMPREENSÃO DAS MULTIDETERMINAÇÕES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA, ENTRE OUTRAS.

CONFORME CONSTA NOS PLANOS DE ENSINO DA DISCIPLINA IUSC I, II E III, EM 2006, PARA IMPLANTAÇÃO EM 2007, SEU OBJETIVO GERAL APRESENTA COMO IDEÁRIO FUNDAMENTAL “PROPICIAR AOS ALUNOS DE GRADUAÇÃO MÉDICA, A CONSTRUÇÃO DE ESTRATÉGIAS QUE POSSIBILITEM O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES PARA O CUIDADO E PROMOÇÃO DA SAÚDE JUNTO À COMUNIDADE, EM PARCERIA COM A REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU” (UNESP, 2006, P.25).

COM ISSO, ESTÃO LISTADOS NO QUADRO ABAIXO OS OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA DISCIPLINA COM AS PARTICULARIDADES INERENTES A CADA MÓDULO.

QUADRO \2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA DISCIPLINA IUSC I, II E III.

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| IUSC<br>I   | <p>-IDENTIFICAR EQUIPAMENTOS PÚBLICOS, REDES DE APOIO E RECURSOS DISPONÍVEIS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA;</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;</p> <p>-CONHECER E UTILIZAR MÉTODOS E TÉCNICAS APROPRIADAS PARA O RECONHECIMENTO DA SITUAÇÃO DE VIDA E SAÚDE DA COMUNIDADE (COMO VIVEM, POR QUE ADOECEM E MORREM OS CIDADÃOS);</p> <p>-DESENVOLVER A COMPREENSÃO DOS MÚLTIPLOS DETERMINANTES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA, APROPRIANDO-SE DE DIMENSÕES DA REALIDADE SOCIOPOLÍTICA E CULTURAL DO TRABALHO DO MÉDICO, PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DA POPULAÇÃO;</p> <p>-SISTEMATIZAR O TRABALHO DESENVOLVIDO SEMESTRALMENTE PARA FINS DE AVALIAÇÃO, PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO, PUBLICAÇÕES E/OU PARTICIPAÇÃO EM EVENTO(S) CIENTÍFICO(S).</p>                                                                                                    |
| IUSC<br>II  | <p>-DAR CONTINUIDADE AO ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS E SUAS FAMÍLIAS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA PARA QUAL TENHA SIDO DESIGNADO NO ANO ANTERIOR (1º ANO);</p> <p>-DESENVOLVER ATIVIDADE EDUCATIVA PREFERENCIALMENTE EM UMA ESCOLA DAS RESPECTIVAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA, INTEGRANDO O RECONHECIMENTO DA ESCOLA, DA CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR E DE SUA CONDIÇÃO DE VIDA;</p> <p>-LEVANTAR A HISTÓRIA DE SAÚDE DOS ADULTOS QUE COMPÕEM A FAMÍLIA (IRMÃOS, PAIS, AVÓS ETC.), IDENTIFICANDO SITUAÇÕES QUE EXIJAM CUIDADOS DO SERVIÇO DE SAÚDE DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA, VISANDO AO DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES DE ABORDAGEM E SISTEMATIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES (REGISTRO COM QUALIDADE DE COMPREENSÃO);</p> <p>-ELABORAR PLANO DE AÇÃO EDUCATIVA E SUA IMPLEMENTAÇÃO COMO PARTE INTEGRANTE DO BLOCO TEMÁTICO DE INTEGRAÇÃO BÁSICO-CLÍNICO (PBL);</p> <p>-SISTEMATIZAR O TRABALHO DESENVOLVIDO SEMESTRALMENTE PARA FINS DE AVALIAÇÃO, PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO, PUBLICAÇÕES E/OU PARTICIPAÇÃO EM EVENTO(S) CIENTÍFICO(S).</p> |
| IUSC<br>III | <p>-PROPICIAR, AO ALUNO DO 3º ANO DE GRADUAÇÃO, UMA FORMAÇÃO MÉDICA COM SUBSÍDIOS TEÓRICO-PRÁTICOS VISANDO A DESENVOLVER UM ATENDIMENTO CLÍNICO CAPAZ DE RECONHECER AS NECESSIDADES, INDIVIDUALIDADES E AUTONOMIA DE CADA USUÁRIO, RESPEITANDO SUA INDIVIDUALIDADE E AUTONOMIA;</p> <p>-AMPLIAR SUA PRÁTICA DE REGISTRO EM PRONTUÁRIO DE MODO MAIS COMPLETO E SEGMENTADO, OU SEJA, CONTEMPLANDO TAMBÉM A HISTÓRIA PSICOSSOCIAL DOS USUÁRIOS;</p> <p>-INTEGRAR OS CONHECIMENTOS DE SEMIOLOGIA E RACIOCÍNIO CLÍNICO POR MEIO DO ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO DE USUÁRIOS ADULTOS QUE FREQUENTAM A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS) E/OU UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF);</p> <p>- APROFUNDAR O 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 VIVÊNCIA COM PACIENTES PORTADORES 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 (POR EXEMPLO, CONSELHO GESTOR DA UNIDADE DE SAÚDE - CONUS, CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, ETC.).</p> |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FONTE: UNESP, 2006.**

COMO PODEMOS VISUALIZAR NO QUADRO, A TRANSFORMAÇÃO DO IUSC EM DISCIPLINA TROUXE COM ELA UMA SÉRIE DE DETALHAMENTOS QUE NÃO ESTAVAM PRESENTES EM SUA PROPOSTA INICIAL. A MAIOR CLAREZA NAS AÇÕES PARTICULARIZADAS EM CADA ANO, BEM COMO A “BAGAGEM” ACUMULADA NOS ANOS ANTERIORES COM O PROGRAMA IMPULSIONOU A IUSC A SE CONCRETIZAR DE MANEIRA MAIS ESTRUTURADA E ORGANIZADA NO CURRÍCULO DA FMB/UNESP.

TAL EVOLUÇÃO PODE SER CONSTATADA NA MEDIDA EM QUE A IUSC ENCONTRA-SE HOJE, PRESENTE NOS TRÊS PRIMEIROS ANOS DA FORMAÇÃO MÉDICA E NOS DOIS PRIMEIROS ANOS DA FORMAÇÃO DE ENFERMAGEM, SENDO QUE PARA CADA ANO EXISTEM OBJETIVOS ESPECÍFICOS E ESTRATÉGIAS DIFERENTES VISANDO À INCORPORAÇÃO DE CONCEITOS E UM MAIOR ENTENDIMENTO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (MANOEL, 2012).

## II - OBJETIVOS

## **2 - OBJETIVOS**

### **2.1 - OBJETIVO GERAL**

- ANALISAR OS TENSIONAMENTOS E POTENCIALIDADES DA INTERAÇÃO ENTRE ALUNOS EM FORMAÇÃO PROFISSIONAL E TRABALHADORES NO COTIDIANO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

### **2.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- INVESTIGAR COMO OS PROFISSIONAIS DAS UBS PERCEBEM SUA RELAÇÃO COM OS ALUNOS DA INTERAÇÃO, UNIVERSIDADE SERVIÇOS E COMUNIDADE (IUSC);
- INVESTIGAR QUAIS IMPLICAÇÕES OCORREM PARA OS TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE QUE RECEBEM ALUNOS DA IUSC;
- INVESTIGAR SE AS UBS ESTÃO ORGANIZADAS E SE SEUS PROFISSIONAIS ESTÃO PREPARADOS PARA RECEBER ALUNOS EM FORMAÇÃO PROFISSIONAL;
- IDENTIFICAR E ANALISAR CAMPOS DE APROXIMAÇÃO E DE TENSÃO ENTRE PROFISSIONAIS E ALUNOS EM FORMAÇÃO.

### III- METODOLOGIA

### 3 - METODOLOGIA

#### 3.1 - A ABORDAGEM HISTÓRICO-CULTURAL E O MÉTODO EXPLICATIVO DE VIGOTSKI.

A PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL (EM SUAS ORIGENS - PSICOLOGIA SOVIÉTICA) REPRESENTA DESDE O SEU INÍCIO A TENTATIVA DE FORMULAR UMA NOVA CONCEPÇÃO SOBRE A NATUREZA DO PSIQUISMO. NESSE SENTIDO, DEVE SER VISTA ENQUANTO UMA CIÊNCIA, QUE BUSCA NUMA CONCEPÇÃO FILOSÓFICA DETERMINADA - O MATERIALISMO HISTÓRICO E DIALÉTICO (MHD) - AS MARCAS METODOLÓGICAS DENTRO DAS QUAIS DESENVOLVE A INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA.

NESSA PERSPECTIVA, O MHD REPRESENTA UMA POSSIBILIDADE DE RESGATAR A HISTORICIDADE E PRODUZIR UM CONHECIMENTO COMPROMETIDO COM A TRANSFORMAÇÃO SOCIAL. AS CATEGORIAS METODOLÓGICAS DA DIALÉTICA PERMITEM O MOVIMENTO DA APARÊNCIA PARA A ESSÊNCIA; DO EMPÍRICO E ABSTRATO PARA O CONCRETO; DO SINGULAR PARA O UNIVERSAL, QUE AO APREENDER O PARTICULAR, PERMITE TOMAR AS TOTALIDADES COMO CONTRADITÓRIAS. TAMBÉM REPOUSA A CONCEPÇÃO DE QUE O SUJEITO ATIVO, NA RELAÇÃO COM O OBJETO, É HISTÓRICO, O QUE PERMITE A NECESSIDADE DE CONHECIMENTO DO DIVERSO, DAS PARTICULARIDADES, DO MOVIMENTO E AO MESMO TEMPO, EXPLICAR, COMPREENDER E TRANSFORMAR (GONÇALVES, 2005).

“O MARXISMO DISPENSA A ADOÇÃO DAS ABORDAGENS QUALITATIVAS NA LEGITIMAÇÃO DA CIENTIFICIDADE DE SEUS MÉTODOS DE INVESTIGAÇÃO, POIS DISPÕE DE UMA EPISTEMOLOGIA SUFICIENTEMENTE ELABORADA PARA FAZER O CIENTÍFICO, QUAL SEJA, A EPISTEMOLOGIA MATERIALISTA HISTÓRICO E DIALÉTICA” (MARTINS, 2005, P.118).

NO MÉTODO DA ECONOMIA POLÍTICA, MARX (1982) APONTA QUE AS DETERMINAÇÕES ABSTRATAS CONDUZEM AO CONCRETO POR MEIO DO PENSAMENTO. DESSA FORMA, O CONCRETO É A SÍNTESE DE MÚLTIPLAS DETERMINAÇÕES, OU SEJA, UNIDADE DO DIVERSO. ASSIM: “O MÉTODO QUE CONSISTE EM ELEVAR-SE DO ABSTRATO AO CONCRETO É SENÃO A MANEIRA DE PROCEDER DO PENSAMENTO PARA SE APROPRIAR DO CONCRETO, PARA REPRODUZI-LO COMO CONCRETO PENSADO” (P.14).

PORTANTO, É SOMENTE AO “ELEVAR” E “SUPERAR”, NO SIGNIFICADO DIALÉTICO DOS TERMOS, A SUA PRÓPRIA SINGULARIDADE QUE AO PESQUISADOR SERÁ POSSÍVEL PENETRAR NO UNIVERSO INTELECTUAL, LINGÜÍSTICO E EMOCIONAL DO ENTREVISTADO, SEM, ENTRETANTO, SE DEIXAR DOMINAR POR ESSE UNIVERSO, ESTABELECEndo UMA RELAÇÃO FÉRTIL E REVELADORA PARA O TEMA PESQUISADO (MARTINS, 2005).

PARA TANTO, FAZ-SE NECESSÁRIO COMPREENDER QUE DO AUSTRALOPITECOS AO HOMO-SAPIENS, O HOMEM DEFINITIVAMENTE SE DISTANCIA DOS ANIMAIS, QUANDO INICIA A PRODUÇÃO DOS SEUS MEIOS DE EXISTÊNCIA, PELO USO DA CONSCIÊNCIA, DA INTENCIONALIDADE E DE TODAS AS PROPRIEDADES BIOLÓGICAS NECESSÁRIAS AO SEU DESENVOLVIMENTO SÓCIO-HISTÓRICO ILIMITADO. DESTA DIFERENCIAÇÃO DOS ANIMAIS, O TRABALHO APRESENTA-SE COMO PONTO DE PARTIDA DESTA NATUREZA ONTOLÓGICA, FORMANDO ATRAVÉS DAS AÇÕES DOS HOMENS, O GÊNERO HUMANO (LEONTIEV, 1978A).

NESSA VISÃO, SOMOS MAIS RICOS QUANTO MAIS POSSIBILIDADES DE APREENSÃO DO GÊNERO HUMANO CONSEGUIMOS. ASSIM, A NATUREZA HUMANA OU HISTÓRICO-SOCIAL, PARTE DE SUA DIMENSÃO INTRÍNSECA (BIOLÓGICA) DE HOMINIZAÇÃO, PARA O PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO PELAS CONDIÇÕES SOCIAIS HISTORICAMENTE CONSTRUÍDAS, O QUE DEPENDE DAS APROPRIAÇÕES E DAS MEDIAÇÕES PARA O DESENVOLVIMENTO DESTA CONDIÇÃO SOCIAL HUMANA.

DENTRE AS VÁRIAS FORMAS DE OBJETIVAÇÃO-APROPRIAÇÃO DO HOMEM NO MUNDO, UMA SE DESTACA PELO CARÁTER ONTOLÓGICO-CONSTITUIDOR DO SER SOCIAL: O TRABALHO. DIFERENTEMENTE DE OUTROS SERES VIVOS, PARA O HOMEM, ATRAVÉS DA MEDIAÇÃO DO TRABALHO COMO ATIVIDADE VITAL, O DEVIR TORNA-SE PRODUTO DA AÇÃO GUIADA PELA CONSCIÊNCIA. OS HOMENS IMPRIMEM AO MUNDO AS MARCAS DE SEU DEVIR, A FORMA ATRAVÉS DA QUAL O HOMEM NATURAL DIALETICAMENTE SE SEPARA, SEM SEPARAR-SE, DA NATUREZA E, AO SE DIFERENCIAR NO SEIO DESTA, ESTABELECE COM ELA UM INTERCÂMBIO QUE HUMANIZA E TORNA SOCIAL O MUNDO OUTRORA NATURAL (GOMES; NOGUEIRA, 2012).

AO MESMO TEMPO EM QUE HUMANIZA A NATUREZA, O HOMEM TAMBÉM HUMANIZA A SI, COMO PARTE DA NATUREZA, SUBORDINA A

EXISTÊNCIA DA ESPÉCIE AO DESENVOLVIMENTO DO GÊNERO HUMANO NÃO MAIS MUDO. SUBORDINA O SER NATURAL AO SER SOCIAL, TORNANDO POSSÍVEL A CRESCENTE SOCIALIZAÇÃO DO MUNDO, OU SEJA, O RECUO DA BARREIRA NATURAL, O AFASTAMENTO, EM FUNÇÃO DA COMPLEXIFICAÇÃO DA SOCIALIDADE, DO NÍVEL PRIMÁRIO DE INTERCÂMBIO ENTRE HOMEM E NATUREZA (ANTUNES, 2006; LESSA, 1997; MÉSZÁROS, 2006). A ESSE MOVIMENTO PERMANENTE, MARCADO POR ACÚMULOS, RUPTURAS E SALTOS, CONSTITUIDOR DA GENERICIDADE, INCORRE-SE, NO INTERIOR DESSE REFERENCIAL TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICO, O CONCEITO DE *HUMANIZAÇÃO*.

ASSIM SENDO, A CONSCIÊNCIA PODE SER COMPREENDIDA ENQUANTO UMA MANIFESTAÇÃO SUPERIOR DO PSIQUISMO, QUE SURGE POR CONSEQUÊNCIA DA TRANSFORMAÇÃO EVOLUTIVA, DA COMPLEXIFICAÇÃO E HOMINIZAÇÃO DO CÉREBRO HUMANO. NESSE PROCESSO, DESEMPENHAM PAPEL DECISIVO O TRABALHO E O DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM (LEONTIEV, 1978B).

COM O TRABALHO, MUDARAM-SE AS PROPRIEDADES ANATOMOFISIOLÓGICAS DO HOMEM, BEM COMO SE FORMOU A SOCIEDADE HUMANA. PELA ATIVIDADE E A LINGUAGEM VAMOS COMPLEXIFICANDO NOSSAS AÇÕES E DESENVOLVENDO NOSSA CONSCIÊNCIA. ASSIM COMO PELO DESENVOLVIMENTO E EVOLUÇÃO DE UMA LINGUAGEM EXPRESSIVA /GESTUAL /EMOTIVA PARA A LINGUAGEM ORAL E ESCRITA.

POR SUA VEZ, O DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM, QUE TAMBÉM APARECE COMO DECORRÊNCIA DO TRABALHO SOCIAL, REVELA-SE ENQUANTO CONDIÇÃO DIRETA E MAIS PRÓXIMA PARA O DESENVOLVIMENTO DA CONSCIÊNCIA. REPRESENTANDO EM SUA MENTE OS FENÔMENOS, O HOMEM PASSA A DOMINÁ-LOS COM PALAVRAS DE SUA LINGUAGEM E, COMO RESULTADO, FORMAM-SE OS CONCEITOS E OS PENSAMENTOS CONSTRUÍDOS SOB ESSES FENÔMENOS. A CONSCIÊNCIA VEM, DESTA FORMA, REPRESENTAR O CONHECIMENTO SOBRE O REFLEXO DA REALIDADE, TAL COMO ESTRUTURADO PARA UM SUJEITO DADO. A REALIDADE, PORÉM, É REFLETIDA NÃO SÓ PELO HOMEM ISOLADAMENTE, MAS PELOS HOMENS, DANDO ORIGEM AO QUE CHAMAMOS DE CONSCIÊNCIA INDIVIDUAL E CONSCIÊNCIA SOCIAL (LEONTIEV, 1978B).

DE ACORDO COM ESSA ABORDAGEM, “AS MODIFICAÇÕES BIOLÓGICAS HEREDITÁRIAS NÃO DETERMINAM O PROCESSO SÓCIO-HISTÓRICO DO HOMEM E

DA HUMANIDADE” (LEONTIEV, 1978B, P.264). OU SEJA, O APARATO E AS FUNÇÕES BIOLÓGICAS DÃO CONDIÇÕES PARA O DESENVOLVIMENTO HUMANO, MAS POR SI SÓ NÃO GARANTEM A APROPRIAÇÃO DA CULTURA E O DESENVOLVIMENTO DAS FUNÇÕES PSÍQUICAS SUPERIORES (FUNÇÕES TÍPICAMENTE HUMANAS COMO A LINGUAGEM, O PENSAMENTO, A ATENÇÃO VOLUNTÁRIA E MEMÓRIA LÓGICA). NESSE SENTIDO, O AUTOR EXPLICA QUE:

“O HOMEM NÃO NASCE DOTADO DAS AQUISIÇÕES HISTÓRICAS DA HUMANIDADE. RESULTANDO ESTAS DO DESENVOLVIMENTO DAS GERAÇÕES HUMANAS, NÃO SÃO INCORPORADAS NELE, NEM NAS SUAS DISPOSIÇÕES NATURAIS, MAS NO MUNDO QUE O RODEIA, NAS GRANDES OBRAS DA CULTURA HUMANA. SÓ APROPRIANDO-SE DELAS NO DECURSO DA SUA VIDA ELE ADQUIRE PROPRIEDADES E FACULDADES VERDADEIRAMENTE HUMANAS”. (P.282-3).

NO ENTANTO, ESSA APREENSÃO DO MUNDO EXTERNO NÃO ACONTECE PASSIVAMENTE COMO MERO REFLEXO DO MEIO. A CONSTITUIÇÃO DO FENÔMENO PSICOLÓGICO SE FAZ NUMA RELAÇÃO DIALÉTICA COM O MUNDO SOCIAL, ISTO É, AO MESMO TEMPO EM QUE A NATUREZA AGE SOBRE O HOMEM, ESTE, POR SUA VEZ, AGE SOBRE A NATUREZA, CRIANDO NOVAS CONDIÇÕES NATURAIS PARA SUA EXISTÊNCIA (VIGOTSKI, 2003).

DIFERENTE DOS PROCESSOS PSICOLÓGICOS NATURAIS, QUE SE SITUAM NOS LIMITES DA DIMENSÃO BIOLÓGICA DO SISTEMA NERVOSO E SÃO DETERMINADAS DIRETAMENTE PELA ESTIMULAÇÃO AMBIENTAL, VIGOTSKI (2003) AFIRMA QUE OS PROCESSOS PSICOLÓGICOS MEDIADOS OU FUNÇÕES PSÍQUICAS SUPERIORES SURGEM COMO CONSEQUÊNCIAS ESPECÍFICAS DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, CARACTERIZANDO-SE PELA INCORPORAÇÃO DE ESTÍMULOS ARTIFICIAIS CHAMADOS SIGNOS.

VIGOTSKI (2003) PROPÕE COMO MÉTODO DE ANÁLISE PSICOLÓGICA A UTILIZAÇÃO DE UNIDADES DE ANÁLISE. DIFERENTEMENTE DO MÉTODO DE DECOMPOSIÇÃO EM ELEMENTOS, ESTE MÉTODO PRETENDE CONSERVAR NAS UNIDADES A PROPRIEDADE DA TOTALIDADE. ESTA ANÁLISE PODE SER QUALIFICADA COMO ANÁLISE QUE DECOMPÕE EM UNIDADES A TOTALIDADE COMPLEXA. “SUBENTENDEMOS POR UNIDADE UM PRODUTO DA ANÁLISE QUE DIFERENTE DOS ELEMENTOS, POSSUI TODAS AS PROPRIEDADES QUE SÃO INERENTES AO TODO E, CONCOMITANTEMENTE, SÃO PARTES VIVAS E INDECOMPONÍVEIS DESSA UNIDADE” (P.8).

O MÉTODO DE ANÁLISE, QUE DESMEMBRA EM UNIDADES, DEVE

ENCONTRAR ESSAS PROPRIEDADES QUE NÃO SE DECOMPÕEM, CONSERVAM-SE E SÃO INERENTES A UMA DADA TOTALIDADE ENQUANTO UNIDADE, E DESCOBRIR AQUELAS UNIDADES EM QUE ESSAS PROPRIEDADES ESTÃO REPRESENTADAS NUM ASPECTO CONTRÁRIO PARA, ATRAVÉS DESSA ANÁLISE, TENTAR RESOLVER AS QUESTÕES QUE SE APRESENTAM.

NESSE SENTIDO, VIGOTSKI (2001) DESTACA QUE A PALAVRA NUNCA SE REFERE A UM OBJETO ISOLADO, MAS A TODO UM GRUPO OU CLASSE DE OBJETOS:

“POR ESSA RAZÃO, CADA PALAVRA é UMA GENERALIZAÇÃO LATENTE, TODA PALAVRA JÁ GENERALIZA E, EM TERMOS PSICOLÓGICOS, é ANTES DE TUDO UMA GENERALIZAÇÃO [...] UM ATO VERBAL DO PENSAMENTO, ATO ESSE QUE REFLETE A REALIDADE DE MODO INTEIRAMENTE DIVERSO DAQUELE COMO ESTA é REFLETIDA NAS SENSações E PERCEPções IMEDIATAS” (P 9).

ESSA UNIDADE DEVE SER ENCONTRADA NO ASPECTO INTERNO DA PALAVRA: NO SEU SIGNIFICADO, PORQUE é JUSTAMENTE NO SIGNIFICADO QUE ESTÁ O NÓ DAQUILO QUE CHAMAMOS DE PENSAMENTO VERBALIZADO. POR ISSO, VIGOTSKI (2001) COLOCA QUE O MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO DO PROBLEMA NÃO PODE SER OUTRO SENÃO A ANÁLISE DO SENTIDO DA LINGUAGEM, DO SIGNIFICADO DA PALAVRA, ENQUANTO UNIDADE DO PENSAMENTO VERBALIZADO.

QUANDO UM HOMEM DESENVOLVE UMA ATIVIDADE, ELE NÃO SE APROPRIA AUTOMATICAMENTE DE SEUS CONTEÚDOS. EXISTE UM SIGNIFICADO EXTERNO QUE QUANDO é INTERNALIZADO TRANSFORMA-SE NUM INSTRUMENTO SUBJETIVO DA RELAÇÃO DO INDIVÍDUO CONSIGO MESMO. E ASSIM, O SIGNIFICADO EXTERNO ADQUIRE UM SENTIDO PESSOAL PARA O INDIVÍDUO. EM OUTRAS PALAVRAS: OS CONTEÚDOS EXTERNOS PRESENTES NA REALIDADE OBJETIVA TÊM SIGNIFICADOS CONSTRUÍDOS SOCIALMENTE POR OUTRAS GERAÇÕES, OUTROS HOMENS; ATRAVÉS DA ATIVIDADE E DE OUTRAS RELAÇÕES SOCIAIS QUE ESTABELECE COM O MEIO, O INDIVÍDUO INTERNALIZA ESSES CONTEÚDOS E SIGNIFICADOS A PARTIR DE SUA PRÓPRIA EXPERIÊNCIA E HISTÓRIA DE APROPRIAÇÕES, OU SEJA, SUA SUBJETIVIDADE; O CONTEÚDO QUE TINHA UM SIGNIFICADO EXTERNO PASSA POR UMA MEDIAÇÃO PSÍQUICA E ADQUIRE UM SENTIDO PESSOAL, ÚNICO PARA CADA PESSOA.

ALÉM DA SIGNIFICAÇÃO E DO SENTIDO PESSOAL, COMPÕE A CONSCIÊNCIA O CONTEÚDO SENSÍVEL. ESSE ÚLTIMO CARACTERIZA-SE PELAS

SENSAÇÕES, IMAGENS E REPRESENTAÇÕES QUE CRIAM A BASE E AS CONDIÇÕES DE TODA CONSCIÊNCIA. EM OUTRAS PALAVRAS, É AQUILO QUE SE APRESENTA A CONSCIÊNCIA, É O SEU “TECIDO MATERIAL”. NO ENTANTO, ESSE CONTEÚDO É IMEDIATO, NÃO EXPRIME EM SI TODA A ESPECIFICIDADE DA CONSCIÊNCIA (LEONTIEV, 1978B).

COM ISSO TORNA- SE NECESSÁRIO COMPREENDEREMOS QUE A CONDUTA HUMANA SE DISTINGUE PRECISAMENTE PELO FATO DE QUE É O HOMEM QUEM CRIA OS ESTÍMULOS ARTIFICIAIS DE SINAIS E, ANTES DE TUDO, O GRANDIOSO SISTEMA DE SINAIS DA LINGUAGEM. O QUE DIFERENCIA EM PRIMEIRO LUGAR O HOMEM DOS ANIMAIS DO PONTO DE VISTA PSICOLÓGICO É A SIGNIFICAÇÃO, A CRIAÇÃO E O EMPREGO DOS SIGNOS, DOS SINAIS ARTIFICIAIS: “TODO ESTÍMULO CONDICIONAL CRIADO PELO HOMEM ARTIFICIALMENTE E QUE SE UTILIZA COMO MEIO PARA DOMINAR A CONDUTA PRÓPRIA OU ALHEIA - É UM SIGNO [...] DOIS MOMENTOS, PORTANTO, SÃO ESSENCIAIS PARA O CONCEITO DE SIGNO: SUA ORIGEM E FUNÇÃO” (VIGOTSKI, 1995, P.83).

ENCONTRAMOS NO SIGNIFICADO DA PALAVRA ESSA UNIDADE QUE REFLETE DA FORMA MAIS SIMPLES A UNIDADE DO PENSAMENTO E DA LINGUAGEM. DESSA FORMA, O SIGNIFICADO É UM TRAÇO CONSTITUTIVO INDISPENSÁVEL DA PALAVRA, E TEMOS TODO O FUNDAMENTO PARA CONSIDERÁ-LA COMO UM FENÔMENO DO DISCURSO:

“AO OPERAR COM O SIGNIFICADO DA PALAVRA COMO UNIDADE DO PENSAMENTO DISCURSIVO, NÓS EFETIVAMENTE DESCOBRIMOS A POSSIBILIDADE REAL DE ESTUDO CONCRETO DO DESENVOLVIMENTO DISCURSIVO E DA EXPLICAÇÃO DAS SUAS MAIS IMPORTANTES PECULIARIDADES NOS DIFERENTES ESTÁGIOS”. (VIGOTSKI, 2001, P.399).

ASSIM, O SENTIDO É SEMPRE UMA FORMAÇÃO DINÂMICA, FLUIDA E COMPLEXA QUE TEM VÁRIAS ZONAS DE ESTABILIDADE (VIGOTSKI, 2001). O SIGNIFICADO É APENAS UMA DESSAS ZONAS DO SENTIDO QUE A PALAVRA ADQUIRE NO CONTEXTO DE ALGUM DISCURSO E, ADEMAIS, UMA ZONA MAIS ESTÁVEL, UNIFORME E EXATA. “O SIGNIFICADO AO CONTRÁRIO É UM PONTO IMÓVEL E IMUTÁVEL QUE PERMANECE ESTÁVEL EM TODAS AS MUDANÇAS DE SENTIDO DA PALAVRA EM DIFERENTES CONCEITOS” (P.465).

AGUIAR E OZELLA (2006) AFIRMAM QUE OS SIGNIFICADOS REFEREM-SE AOS CONTEÚDOS INSTITUÍDOS, MAIS FIXOS, COMPARTILHADOS,

QUE SÃO APROPRIADOS E CONFIGURADOS PELOS INDIVÍDUOS A PARTIR DE SUAS PRÓPRIAS SUBJETIVIDADES. O PENSAMENTO, PORTANTO, É TRANSFORMADO PARA SER EXPRESSO EM PALAVRAS CUJA TRANSIÇÃO PASSA PELO SIGNIFICADO E PELO SENTIDO, AFIRMANDO QUE A COMPREENSÃO DA RELAÇÃO PENSAMENTO/ LINGUAGEM PASSA PELA NECESSÁRIA COMPREENSÃO DAS CATEGORIAS SIGNIFICADO E SENTIDO.

PORTANTO, VIGOTSKI (2001) FORMULA QUE O PENSAMENTO NÃO É SÓ EXTERNAMENTE MEDIADO POR SIGNOS COMO INTERNAMENTE MEDIADO POR SIGNIFICADOS. ACONTECE QUE A COMUNICAÇÃO ENTRE CONSCIÊNCIAS SÓ PODE SER ATINGIDA POR VIA INDIRETA, POR VIA MEDIATA. ESSA VIA É UMA MEDIAÇÃO INTERNA DO PENSAMENTO, PRIMEIRO PELOS SIGNIFICADOS E DEPOIS PELAS PALAVRAS. POR ISSO, O PENSAMENTO NUNCA É IGUAL AO SIGNIFICADO DIRETO DAS PALAVRAS. “O SIGNIFICADO MEDEIA O PENSAMENTO EM SUA CAMINHADA RUMO À EXPRESSÃO VERBAL, ISTO É, O CAMINHO ENTRE O PENSAMENTO E A PALAVRA É UM CAMINHO INDIRETO, INTEIRAMENTE MEDIATIZADO” (P. 479).

DIZ AINDA QUE O PRÓPRIO PENSAMENTO NÃO NASCE DE OUTRO PENSAMENTO, MAS DO CAMPO DE NOSSA CONSCIÊNCIA QUE O MOTIVA, QUE ABRANGE AS NOSSAS NECESSIDADES, NOSSOS INTERESSES E MOTIVAÇÕES, OS NOSSOS AFETOS E EMOÇÕES: “POR TRÁS DO PENSAMENTO EXISTE UMA TENDÊNCIA AFETIVA E VOLITIVA [...] A COMPREENSÃO EFETIVA E PLENA DO PENSAMENTO ALHEIO SÓ SE TORNA POSSÍVEL QUANDO DESCOBRIMOS A SUA EFICAZ CAUSA PROFUNDA AFETIVO-VOLITIVA” (P.479-80).

NESSE SENTIDO, AGUIAR (2001) COLOCA QUE A CONSTRUÇÃO DA FALA SE DÁ NA RELAÇÃO COM A HISTÓRIA E A CULTURA, CORRESPONDENDO A COMO UM INDIVÍDUO É CAPAZ DE EXPRESSAR A SUA SUBJETIVIDADE NUM DADO MOMENTO ESPECÍFICO. DESSE MODO:

“(...) CABE AO PESQUISADOR O ESFORÇO ANALÍTICO DE ULTRAPASSAR ESSA APARÊNCIA (FORMAS DE SIGNIFICAÇÃO) E IR EM BUSCA DAS DETERMINAÇÕES (HISTÓRICAS E SOCIAIS), QUE SE CONFIGURAM NO PLANO DO SUJEITO COMO MOTIVAÇÕES, NECESSIDADES, INTERESSES (QUE SÃO PORTANTO, INDIVIDUAIS E HISTÓRICOS), PARA CHEGAR AO SENTIDO ATRIBUÍDO/ CONSTRUÍDO PELO SUJEITO” (P.131).

NO MÉTODO EXPLICATIVO DE VIGOTSKI, SÃO POSTULADOS TRÊS PRINCÍPIOS QUE FORMAM A BASE DA ABORDAGEM HISTÓRICO-CULTURAL NA

## ANÁLISE DAS FUNÇÕES PSICOLÓGICAS SUPERIORES.

### **A) ANÁLISE DE PROCESSOS E NÃO DE OBJETOS**

AO CONTRÁRIO DA ANÁLISE PSICOLÓGICA DE OBJETOS, A ANÁLISE DE PROCESSOS EXIGE UMA EXPOSIÇÃO DINÂMICA DOS PRINCIPAIS PONTOS CONSTITUINTES DA HISTÓRIA DOS PROCESSOS. NESSE SENTIDO, A TAREFA BÁSICA DA PESQUISA É A RECONSTRUÇÃO DE CADA ESTÁGIO NO DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO, LEVANDO-O A RETORNAR AOS SEUS ESTÁGIOS INICIAIS. A ANÁLISE DO PROCESSO DEVE SE CONTRAPOR À ANÁLISE DO OBJETO, O QUAL, DE FATO, SE REDUZ AO DESDOBRAMENTO DINÂMICO DOS MOMENTOS IMPORTANTES QUE CONSTITUEM A TENDÊNCIA HISTÓRICA DE DADO PROCESSO (VIGOTSKI, 1995).

A TAREFA DE ANÁLISE, UMA “INVESTIGAÇÃO PENSANTE”, NÃO DEVE SE RESTRINGIR À DESCRIÇÃO DA APARÊNCIA DO FENÔMENO PSICOLÓGICO, AOS SEUS TRAÇOS E MANIFESTAÇÕES EXTERNOS, ATENTANDO, PORÉM, PARA QUE NO MOMENTO EXPLICATIVO SE INCORPORE A INVESTIGAÇÃO DE RELAÇÕES E NEXOS DINÂMICO-CAUSAIS EM SUA ORIGEM REAL.

### **B) EXPLICAÇÃO VERSUS DESCRIÇÃO**

COM BASE NA DISTINÇÃO PROPOSTA POR KURT LEWIN, ENTRE ANÁLISE FENOMENOLÓGICA E ANÁLISE GENOTÍPICA, VIGOTSKI APLICA À PSICOLOGIA A DISTINÇÃO ENTRE O PONTO DE VISTA FENOTÍPICO (DESCRITIVO) E GENOTÍPICO (EXPLICATIVO). DESTACA QUE PROCESSOS FENOTÍPICAMENTE SEMELHANTES PODEM SER RADICALMENTE DIFERENTES EM SEUS ASPECTOS DINÂMICO-CAUSAIS: “A MERA DESCRIÇÃO NÃO REVELA AS RELAÇÕES DINÂMICO-CAUSAIS REAIS SUBJACENTES AO FENÔMENO [...] O TIPO DE ANÁLISE OBJETIVA QUE DEFENDEMOS PROCURA MOSTRAR A ESSÊNCIA DOS FENÔMENOS PSICOLÓGICOS, AO INVÉS DE SUAS CARACTERÍSTICAS PERCEPTÍVEIS” (VIGOTSKI, 2003, P.72-3).

### **C) O PROBLEMA DO COMPORTAMENTO FOSSILIZADO**

PROCESSOS AUTOMATIZADOS SÃO PROCESSOS DE ORIGEM

REMOTA QUE PASSARAM POR ESTÁGIOS LONGOS DO DESENVOLVIMENTO E AGORA SE APRESENTAM DE FORMA MECANIZADA. ELES PERDERAM SUA APARÊNCIA ORIGINAL E SUA APARÊNCIA EXTERNA NADA NOS DIZ SOBRE SUA NATUREZA INTERNA. É PRECISO CONCENTRAR-SE NÃO NO PRODUTO DO DESENVOLVIMENTO, MAS NO PROCESSO DE CONSTITUIÇÃO DO PRODUTO: “EM RESUMO, PRECISAMOS COMPREENDER SUA ORIGEM. CONSEQUENTEMENTE, CONCENTRAM-NOS NÃO NO PRODUTO DO DESENVOLVIMENTO, MAS NO PRÓPRIO PROCESSO DE ESTABELECIMENTO DAS FORMAS SUPERIORES. ESTE É O OBJETIVO DA ANÁLISE DINÂMICA” (VIGOTSKI, 2003, P.73-4).

PARA O MÉTODO DIALÉTICO É FUNDAMENTAL A APREENSÃO DA TOTALIDADE DO FENÔMENO, ATRAVÉS DESTES TRÊS PRINCÍPIOS BÁSICOS (VIGOTSKI, 1995, 2003). OU SEJA, A ANÁLISE DO FENÔMENO PSICOLÓGICO NA ABORDAGEM HISTÓRICO-CULTURAL CARACTERIZA-SE PELA COMPREENSÃO DO PROCESSO HISTÓRICO QUE CONSTITUIU E CONSTITUI O FENÔMENO EM ESTUDO (HISTORICIDADE); A BUSCA DA SUA ESSÊNCIA, A FIM DE CONHECER A SUA GÊNESE E SUAS RELAÇÕES DINÂMICO-CAUSAIS; A CAPTAÇÃO DO MOVIMENTO, AS CONTRADIÇÕES E A TRANSFORMAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO. TODOS ESSES ASPECTOS TÊM COMO FINALIDADE A COMPREENSÃO DO FENÔMENO PSICOLÓGICO EM SUA TOTALIDADE.

COM BASE EM ESTUDOS ANTERIORES (LANE, 1996; AGUIAR, 2001; AGUIAR E OZELLA, 2006; VECCHIA, 2005 E 2006; VECCHIA E MARTINS, 2006; PINTO, 2007), E TENDO A PALAVRA COM SIGNIFICADO COMO UNIDADE DE ANÁLISE, TÊM-SE A BASE PARA CRIAÇÃO DOS “NÚCLEOS DE SIGNIFICAÇÃO DO DISCURSO”. COM ISSO, JÁ SE TORNA POSSÍVEL A BUSCA DE TEMAS E QUESTÕES CENTRAIS RELATADAS PELO SUJEITO, ENTENDIDAS MAIS ENQUANTO AQUELAS QUE GERAM MOTIVAÇÃO, EMOÇÃO E ENVOLVIMENTO DO QUE POR SUA FREQUÊNCIA NO RELATO.

DESTACANDO A ANÁLISE ATRAVÉS DOS NÚCLEOS DE SIGNIFICAÇÃO, AGUIAR E OZELLA (2006) REALIZAM ALGUNS APONTAMENTOS SOBRE OS PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS RECOMENDADOS PARA UMA INVESTIGAÇÃO DENTRO DA ABORDAGEM HISTÓRICO-CULTURAL. DESSA FORMA, PARTE-SE DA LEITURA FLUTUANTE E ORGANIZAÇÃO DO MATERIAL, O QUE PERMITE ORGANIZAR OS CHAMADOS PRÉ-INDICADORES QUE IRÃO COMPOR UM QUADRO AMPLO DE POSSIBILIDADES PARA A CONSTRUÇÃO DOS NÚCLEOS. UMA SEGUNDA LEITURA IRÁ PERMITIR UM PROCESSO DE AGLUTINAÇÃO DOS

PRÉ-INDICADORES, SEJA PELA SIMILARIDADE, COMPLEMENTARIDADE OU PELA CONTRAPOSIÇÃO. ASSIM SE FAZ POSSÍVEL A CONSTRUÇÃO E ANÁLISE DOS NÚCLEOS DE SIGNIFICAÇÃO, QUE “DEVEM EXPRESSAR OS PONTOS CENTRAIS E FUNDAMENTAIS QUE TRAZEM IMPLICAÇÕES PARA O SUJEITO, QUE O ENVOLVAM EMOCIONALMENTE, QUE REVELEM AS SUAS DETERMINAÇÕES CONSTITUTIVAS” (P.8).

SEGUNDO AGUIAR (2001), O PASSO SEGUINTE À CRIAÇÃO DOS NÚCLEOS É A SUA ANÁLISE PROPRIAMENTE DITA. PARA ISSO, DEVEM SER APREENDIDAS AS DETERMINAÇÕES QUE CONSTITUÍRAM TAIS FORMAS DE SIGNIFICAR, SUAS MOTIVAÇÕES E NECESSIDADES, PARA COM ISSO, PODER COMPREENDER A PRODUÇÃO DOS SENTIDOS PRESENTES NESSES DISCURSOS, BUSCANDO SUAS DETERMINAÇÕES, CONTRADIÇÕES E RELAÇÕES. NO ENTANTO, SOMENTE AS EXPLICAÇÕES NA HISTÓRIA DO INDIVÍDUO (INTRADISCURSO) NÃO PODEM LEVAR ÀS DETERMINAÇÕES CONSTITUTIVAS DOS SENTIDOS, OU SEJA, SUA PRODUÇÃO, A FORMA COM QUE O SUJEITO CONFIGUROU SUBJETIVAMENTE A REALIDADE SOCIAL:

“ASSIM, AS FALAS/ CONTEÚDOS/ EMOÇÕES DO SUJEITO, ORGANIZADAS EM NÚCLEOS, PRECISAM SER ARTICULADAS COM O PROCESSO HISTÓRICO QUE A CONSTITUIU, ENFIM, COM A BASE MATERIAL SÓCIO-HISTÓRICA CONSTITUTIVA DA SUBJETIVIDADE, PARA AÍ SIM EXPLICAR COMO O SUJEITO TRANSFORMA O SOCIAL EM PSICOLÓGICO E ASSIM CONSTITUIU SEUS SENTIDOS”. (P.137).

AGUIAR E OZELLA (2006) REFEREM, AINDA, QUE A ANÁLISE SE INICIA POR UM PROCESSO INTRANÚCLEO E DEVE SER ORIENTADA EM DIREÇÃO A UMA ARTICULAÇÃO INTERNÚCLEOS, EXPLICITANDO SEMELHANÇAS E/ OU CONTRADIÇÕES QUE IRÃO NOVAMENTE REVELAR O MOVIMENTO DO SUJEITO. ESTAS CONTRADIÇÕES NEM SEMPRE ESTÃO MANIFESTAS DEVENDO SER APREENDIDAS A PARTIR DA ANÁLISE DO PESQUISADOR. DA MESMA FORMA, O PROCESSO INTERPRETATIVO DEVE ABARCAR O CONTEXTO SOCIAL, POLÍTICO, ECONÔMICO E HISTÓRICO QUE PERMITAM A COMPREENSÃO DO SUJEITO EM SUA TOTALIDADE:

“(…) NESSE MOVIMENTO DE ARTICULAÇÃO DOS NÚCLEOS ENTRE SI, E COM AS CONDIÇÕES SOCIAIS, HISTÓRICAS, IDEOLÓGICAS, CONDIÇÃO DE CLASSE, GÊNERO, E, SEM DÚVIDA, COM OS CONHECIMENTOS CIENTIFICAMENTE PRODUZIDOS SOBRE A ÁREA EM QUESTÃO, UMA NOVA REALIDADE SURGE, MAIS COMPLEXA, INTEGRADA, REVELADORA DAS CONTRADIÇÕES, MOVIMENTO ESSE FUNDAMENTAL PARA APREENSÃO DA CONSTITUIÇÃO DOS SENTIDOS” (P.18).

COM ISSO, PROPOMOS ATRAVÉS DO ESTABELECIMENTO DE NÚCLEOS DE SIGNIFICAÇÃO E DO RECONHECIMENTO DE ALGUMAS ZONAS DE SENTIDOS PRESENTES NESSES NÚCLEOS, UMA MAIOR COMPREENSÃO QUANTO AOS TENSIONAMENTOS E POTENCIALIDADES DA INTERAÇÃO ENTRE ALUNOS EM FORMAÇÃO PROFISSIONAL E TRABALHADORES NO COTIDIANO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, A SER APRESENTADA NA DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.

## **3.2 - DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA**

### **3.2.1 - A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE BOTUCATU**

A CIDADE DE BOTUCATU, QUE EM TUPI SIGNIFICA “BONS ARES”, FOI ELEVADA À CATEGORIA DE CIDADE EM 1876, OCUPANDO HOJE UMA ÁREA DE 1.482,6 KM<sup>2</sup>. LOCALIZADA A 235 KM DA CAPITAL PAULISTA, FAZ LIGAÇÃO COM AS RODOVIAS MARECHAL RONDON E CASTELO BRANCO E, EM 2010, SEGUNDO ESTIMATIVAS DO IBGE A CIDADE ATINGIU O NÚMERO POPULACIONAL DE 127.328 HABITANTES.

NO ANO DE 2011, NA TENTATIVA DE REORGANIZAR O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO MUNICÍPIO, A PREFEITURA MUNICIPAL DE BOTUCATU LANÇOU O CHAMADO “PROGRAMA BOTUCATU COM MAIS SAÚDE”. NO DOCUMENTO, SÃO EXPLICITADAS AS PROPOSTAS DE IMPLEMENTAÇÃO DE PROCEDIMENTOS E TECNOLOGIAS APROPRIADAS ÀS DIFERENTES NECESSIDADES DE SAÚDE DE FORMA MAIS ACOLHEDORA E HUMANIZADA, ENTRE AS QUAIS SÃO COLOCADAS: A INTEGRALIDADE DO CUIDADO ÀS PESSOAS; O DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO MULTIPROFISSIONAL, DAS PRÁTICAS INTERSETORIAIS E DAS POLÍTICAS TRANSVERSAIS, ALÉM DA REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E SUAS RELAÇÕES (BOTUCATU, 2011).

O PROGRAMA ESTÁ ESTRUTURADO EM 4 EIXOS PRINCIPAIS: 1) ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE; 2) ESPAÇO SAÚDE PROF<sup>a</sup> CECÍLIA MAGALDI; 3) SERVIÇOS DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA E 4) SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, COM ÊNFASE NA GESTÃO DO CUIDADO À SAÚDE DAS PESSOAS, SUSTENTADO NO ACOLHIMENTO, NA ESCUTA QUALIFICADA, NA CLÍNICA AMPLIADA E NAS LINHAS DE CUIDADO, CONSIDERANDO AS NECESSIDADES DA COMUNIDADE, DAS FAMÍLIAS E DOS INDIVÍDUOS.

ENTRE OS SERVIÇOS QUE COMPÕEM O NÍVEL SECUNDÁRIO ESTÃO: CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE (CAIS) HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “PROFESSOR CANTÍDEO DE MOURA CAMPOS”, O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPSII), O CAPS AD- ÁLCOOL E DROGAS E A OFICINA TERAPÊUTICA “ESTAÇÃO GIRASSOL”, TODOS VINCULADOS AO HOSPITAL CANTÍDEO MOURA CAMPOS (HCMC); 2 RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS TAMBÉM VINCULADAS AO HCMC E A PREFEITURA MUNICIPAL DE BOTUCATU, ALÉM DO HOSPITAL DA ASSOCIAÇÃO BENEFICÊNCIA DO HOSPITAL SORACABANA (ABHS) E

O HOSPITAL MISERICÓRDIA DE BOTUCATU. O MUNICÍPIO DISPÕE TAMBÉM DO CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (CEREST) E O HOSPITAL-DIA (HIV/AIDS) ATRELADO à FMB/UNESP.

EM 2012, FOI INAUGURADO O ESPAÇO SAÚDE PROF<sup>a</sup> CECÍLIA MAGALDI, ONDE VÁRIOS SERVIÇOS DE SAÚDE FORAM PROGRESSIVAMENTE REUNIDOS EM UM ÚNICO ESPAÇO QUE ATÉ ENTÃO ERA OCUPADO PELO ANTIGO AMBULATÓRIO REGIONAL DE ESPECIALIDADES (ARE). ATÉ O MOMENTO O LOCAL JÁ ABRIGA E DESENVOLVE ATIVIDADES ATRELADAS: AO NÚCLEO DE APOIO à SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF); DA CLÍNICA DO BEBÊ; DA CLÍNICA DE DIVERSIDADES TERAPÊUTICAS; CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPSI) E FARMÁCIA MUNICIPAL, ALÉM DE ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALGUMAS ESPECIALIDADES MÉDICAS. EM SEU PROJETO ORIGINAL, AINDA CONSTA A CRIAÇÃO: DA CLÍNICA DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA E A NOVA SEDE DO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (BOTUCATU, 2011).

ENTRE OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA SÃO DESTACADAS PARCERIAS ENTRE A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, A FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, O HOSPITAL DAS CLÍNICAS E AS FUNDAÇÕES UNI E FAMESP, PARA A CRIAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE ALGUMAS PROPOSTAS COMO: PROGRAMA NOVO OLHAR - ÔNIBUS OFTALMOLÓGICO, AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES (AME) E O CENTRO DE REABILITAÇÃO LUCY MONTORO (BOTUCATU, 2011).

TAMBÉM É ANUNCIADA A CONSTRUÇÃO DO HOSPITAL ESTADUAL DE BOTUCATU- HOSPITAL REGIONAL COM CAPACIDADE DE 80 LEITOS PARA ATENDIMENTOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE E A CLÍNICA DE RECUPERAÇÃO PARA DEPENDENTES QUÍMICOS- SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM INTERNAÇÕES DE CURTA DURAÇÃO PARA DEPENDENTES DE ÁLCOOL E DROGAS.

O HOSPITAL SOROCABANA, AGORA SOB GESTÃO PÚBLICA, ABRIGA O PRONTO SOCORRO INFANTIL PARA O ATENDIMENTO DE MENORES DE 14 ANOS, ONDE TAMBÉM É PREVISTO QUE SERÁ UM HOSPITAL REGIONAL COM CAPACIDADE DE 80 LEITOS PARA ATENDIMENTOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE E SERVIÇOS ESPECIALIZADOS (BOTUCATU, 2011).

QUANTO AO NÍVEL TERCIÁRIO DE ATENÇÃO à SAÚDE, ESTÁ O HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMB -UNESP, COM 455 LEITOS, AMBULATÓRIOS E DIVERSOS SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA. É A UNIDADE DE

REFERÊNCIA PARA A ASSISTÊNCIA DE ALTA ESPECIALIDADE DE UMA VASTA REGIÃO DO ESTADO DE SÃO PAULO, INCLUINDO BOTUCATU. DENTRE OS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, AINDA SE ENCONTRAM O SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU) INCLUINDO CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA E TRANSPORTE ESPECIALIZADO E O PRONTO SOCORRO ADULTO- SERVIÇO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE MÉDIA COMPLEXIDADE PARA MAIORES DE 14 ANOS DE BOTUCATU E REGIÃO.

### **3.2.2 - A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA à SAÚDE**

ALÉM DAS EXPERIÊNCIAS PIONEIRAS FOMENTADAS PELA FMB NA DÉCADA DE 1970 JÁ RELATADAS ANTERIORMENTE, DE 1983 A 1996, FORAM INSTALADAS OITO UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS) NO MUNICÍPIO. A PARTIR DE 2003, INICIOU-SE A IMPLANTAÇÃO DO ENTÃO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) EM REGIÕES PERIFÉRICAS DA CIDADE, SENDO ALGUMAS EM CARÁTER SUBSTITUTIVO E OUTRAS EM NOVOS TERRITÓRIOS (GONÇALVES *ET AL*, 2009).

FAZ-SE NECESSÁRIO DESTACAR QUE A APS NO MUNICÍPIO ENCONTRA-SE, HOJE, SOB RESPONSABILIDADE TANTO DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA, QUANTO DA ADMINISTRAÇÃO INDIRETA. MESMO ANTERIORMENTE AO ESTABELECIMENTO DE UMA FUNDAÇÃO ESTATAL, INICIARAM-SE AS IMPLANTAÇÕES DAS EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA EM PARALELO ÀS UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA QUE JÁ ESTAVAM ESTABELECIDAS. AS CONTRATAÇÕES DOS TRABALHADORES ESPECÍFICOS PARA A COMPOSIÇÃO DE USF FORAM VIABILIZADAS, NESSA OCASIÃO, POR CONVÊNIOS COM UMA ASSOCIAÇÃO FILANTRÓPICA. (MACEDO, 2013).

EM 1997 A ORGANIZAÇÃO SOCIAL “FUNDAÇÃO UNI” É IMPLANTADA NO MUNICÍPIO DE BOTUCATU, TENDO, NO ENTANTO, AMPLIADO SEU ESCOPO E DIRETRIZES DE ATUAÇÃO APÓS SER ENCAMPADA PELA ADMINISTRAÇÃO DIRETA EM 2009, NÃO SE RESTRINGINDO ÀS RELAÇÕES ENTRE EDUCAÇÃO E SERVIÇOS, MAS INCLUINDO A GESTÃO DO PRÓPRIO TRABALHO EM SAÚDE. ALÉM DISSO, ENFATIZA EM SEUS DOCUMENTOS A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UNIÃO COM A COMUNIDADE, CUJO DESENVOLVIMENTO INICIOU-SE EM

1992, PATROCINADO PELA FUNDAÇÃO AMERICANA W. K. KELLOGG (MACEDO, 2013).

OS DIRECIONAMENTOS PRINCIPAIS DO ESTATUTO DE SUA CRIAÇÃO REFEREM-SE AO DIÁLOGO ENTRE AS INSTITUIÇÕES DE ENSINO EM SAÚDE E AS UNIDADES E SERVIÇOS DE ATENÇÃO DA LOCALIDADE. CONFORME TRANSCRITO ABAIXO:

“ART. 2º - A FUNDAÇÃO UNI REGE-SE PELOS PRINCÍPIOS DE LIBERDADE DE PENSAMENTO E DE EXPRESSÃO E TEM COMO OBJETIVO PERMANENTE O APOIO À FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS, AO DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA LOCAL DE SAÚDE E À ORGANIZAÇÃO DA COMUNIDADE, POR MEIO DA ARTICULAÇÃO DE UMA PRÁTICA PEDAGÓGICA INOVADORA, ALIADA À REDEFINIÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE E DAS PRÁTICAS SOCIAIS, EM DIREÇÃO À PROMOÇÃO DA SAÚDE E DA QUALIDADE DE VIDA” (FUNDAÇÃO UNI, S/D, P. 01).

JÁ ENTRE OS OBJETIVOS DESCRITOS EM SEU ESTATUTO CONSTAM:

“I - ESTIMULAR E APOIAR OS MOVIMENTOS DE PROGRESSO E O DESENVOLVIMENTO DE ATIVIDADES SINCRÔNICOS NA EDUCAÇÃO, NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E NA COMUNIDADE; II - CRIAR E DIFUNDIR MODELOS PASSÍVEIS DE REPLICAÇÃO, REFERENTES A ESTES TRÊS CAMPOS: UNIVERSIDADE - SERVIÇOS DE SAÚDE - COMUNIDADE; III - APOIAR MODELOS DE INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL NO ÂMBITO DO SISTEMA LOCAL DE SAÚDE, BASEADOS NO TRABALHO MULTIDISCIPLINAR E MULTIPROFISSIONAL E NA INOVAÇÃO DE MÉTODOS PEDAGÓGICOS; IV - PROMOVER O APRIMORAMENTO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS GRADUANDOS NA ÁREA DA SAÚDE, ADEQUANDO-OS À FUTURA PRÁTICA PROFISSIONAL E ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE DA COMUNIDADE” (FUNDAÇÃO UNI, S/D, P. 01-02).

ATUALMENTE A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE É CONSTITUÍDA POR 19 UNIDADES, DAS QUAIS 6 SÃO UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE TRADICIONAIS, E 4 ENTRE AS MESMAS SÃO DENOMINADAS DE POLICLÍNICAS, ALÉM DE OUTRAS 11 UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DIVIDIDAS EM 13 EQUIPES, SENDO QUE DUAS DESTAS ESTÃO LOCALIZADAS NA ÁREA RURAL (BOTUCATU, 2011). TAMBÉM COMPÕEM A REDE DUAS UNIDADES DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA (VILA DOS LAVRADORES E VILA FERROVIÁRIA) SOB GERÊNCIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU/UNESP.

VALE RESSALTAR QUE OS CENTROS DE SAÚDE ESCOLA SÃO UNIDADES AUXILIARES DE ESTRUTURA COMPLEXA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP (FMB) COM ADMINISTRAÇÃO PRÓPRIA. É UM ÓRGÃO DE INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, DESTINADO AO DESENVOLVIMENTO DO ENSINO, PESQUISA E

ASSISTÊNCIA COM EXTENSÃO DE SERVIÇOS À COMUNIDADE (UNESP, 2013).

O CSE é PARTE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) DE BOTUCATU, RESPONDENDO POR APROXIMADAMENTE 30% DA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO EM DIVERSAS MODALIDADES DE ATENDIMENTO: CONSULTAS INDIVIDUAIS, GRUPOS TERAPÊUTICOS, ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE, BUSCA ATIVA, VIGILÂNCIA EM SAÚDE, VISITAS DOMICILIARES, ATIVIDADES EM SALA DE ESPERA, ACONSELHAMENTO, COLETA DE EXAMES, VACINAÇÃO, PEQUENOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS, ENTRE OUTROS (UNESP, 2013).

### **3.3 - A CONSTRUÇÃO DA BASE DE INFORMAÇÕES DA PESQUISA**

#### **PARTICIPANTES DA PESQUISA**

FORAM SELECIONADOS PARA A REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS PROFISSIONAIS DE DIVERSAS CATEGORIAS E NÍVEIS DE FORMAÇÃO INSERIDOS EM DIFERENTES SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO, ONDE FORAM DESENVOLVIDAS ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS COM PROFISSIONAIS DE QUATRO UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF), DE DUAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE TRADICIONAIS (UBS) E DOS DOIS CENTROS DE SAÚDE ESCOLA (CSE) QUE RECEBEM ALUNOS EM FORMAÇÃO PROFISSIONAL E, EM PARTICULAR, DA IUSC.

EM CADA UM DESTES EQUIPAMENTOS PRIVILEGIU-SE A ESCUTA DE PELO MENOS DOIS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR (MÉDICOS (AS), ENFERMEIROS (AS) E CIRURGIÕES DENTISTAS) E DE PELO MENOS UM PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO (AUXILIARES E/OU TÉCNICOS DE ENFERMAGEM E AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE), QUE POSSUÍAM UMA RELAÇÃO DIRETA OU INDIRETA COM A IUSC, NUM TOTAL DE 24 ENTREVISTAS.

LEVAMOS EM CONSIDERAÇÃO PARA TAL DELIMITAÇÃO, BUSCAR CAPTAR COM MAIOR PROPRIEDADE AS IDIOSINCRASIAS EXISTENTES DENTRE AS DIFERENTES CATEGORIAS PROFISSIONAIS, BEM COMO ENTRE OS DIFERENTES SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE. DA MESMA FORMA, OPTAMOS EM OUVIR TANTO PROFISSIONAIS QUE ATUAM DIRETAMENTE COMO TUTORES DA IUSC, COMO TAMBÉM AQUELES QUE NÃO POSSUEM UM VÍNCULO DIRETO COM A DISCIPLINA, A FIM DE OBTER UMA COMPREENSÃO MAIS AMPLA DO

FENÔMENO EM ESTUDO POR MEIO DE DIFERENTES PERSPECTIVAS.

## **MOMENTOS E ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA**

APÓS REUNIÃO COM REPRESENTANTE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, NA QUAL OBTIVEMOS A AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA A SER DESENVOLVIDA NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU, COMPARECEMOS A TODOS OS SERVIÇOS ONDE PUDEMOS EXPOR O OBJETIVO DO TRABALHO E DE SUAS RESPONSABILIDADES ÉTICAS, ASSIM COMO A NECESSIDADE DA COLABORAÇÃO DOS MESMOS PARA O AGENDAMENTO DAS ENTREVISTAS.

COM ISSO, O PROJETO FOI ENCAMINHADO E APROVADO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FACULDADE DE MEDICINA, UNESP/BOTUCATU (ANEXO 1), E POSTERIORMENTE FOI REALIZADA A MUDANÇA DE ORIENTADOR E A ALTERAÇÃO DO TÍTULO DO PROJETO (ANEXO 2). FORAM ADOTADOS OS PROCEDIMENTOS PERTINENTES PREVISTOS NA RESOLUÇÃO 196/96 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. NO CONTEXTO DO PRESENTE TRABALHO, FORAM DESTACADOS JUNTO À POPULAÇÃO INVESTIGADA OS SEGUINTE PRINCÍPIOS ÉTICOS: 1) O ESCLARECIMENTO SOBRE A METODOLOGIA NO INÍCIO E DURANTE O PROCESSO DE COLETA DOS DADOS; 2) A LIBERDADE DO SUJEITO DE SE RECUSAR A PARTICIPAR OU RETIRAR SEU CONSENTIMENTO A QUALQUER MOMENTO (POR INTERMÉDIO DA FORMALIZAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO) E 3) GARANTIA DE SIGILO E CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS OBTIDOS NAS ENTREVISTAS (BRASIL, 1996).

CONFORME A DISPONIBILIDADE DO PESQUISADOR E DOS PARTICIPANTES AS ENTREVISTAS FORAM AGENDADAS INDIVIDUALMENTE NAS PRÓPRIAS UNIDADES DE SAÚDE. AS INFORMAÇÕES FORAM GERADAS NO PERÍODO DE AGOSTO DE 2010 A AGOSTO DE 2011, EM DIFERENTES DIAS E HORÁRIOS. CONSIDERANDO A CARACTERÍSTICA DOS SERVIÇOS, MUITAS ENTREVISTAS FORAM CANCELADAS E REMARCADAS APÓS ALGUMA SITUAÇÃO IMPREVISTA.

INICIALMENTE, O PESQUISADOR ENTREGAVA O TERMO DE CONSENTIMENTO (ANEXO 3) PARA QUE O PESQUISADO PUDESSE LER E PREENCHER OS DADOS ASSIM QUE DESSE O SEU CONSENTIMENTO. FOI ENFATIZADA A NECESSIDADE DE GRAVAÇÃO DA ENTREVISTA EM GRAVADOR

DIGITAL PARA POSTERIOR ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DO MATERIAL, COMO TAMBÉM FOI ESTABELECIDO O COMPROMISSO COM OS PARTICIPANTES DO ACESSO AO TRABALHO FINAL, CASO TIVESSEM INTERESSE.

FORAM ELABORADOS ROTEIROS DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA (ANEXO 4), ENTENDENDO-SE QUE DESSA FORMA É POSSÍVEL COMPREENDER MELHOR O PONTO DE VISTA DO ENTREVISTADO E DE APENAS NORTEAR A CONVERSA SEM RESTRINGIR A COMUNICAÇÃO. PARA TRIVIÑOS (1994) A ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARTE DE CERTOS QUESTIONAMENTOS BÁSICOS APOIADOS EM TEORIAS E HIPÓTESES QUE INTERESSAM À PESQUISA, E QUE SUBSIDIAM UM AMPLO CAMPO DE INTERROGATIVAS, FRUTO DE NOVAS HIPÓTESES QUE VÃO SURGINDO À MEDIDA QUE SE RECEBEM AS RESPOSTAS DO INFORMANTE.

#### IV- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

#### 4 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

NESTE CAPÍTULO SERÁ APRESENTADA A CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA E, EM SEGUIDA, A ANÁLISE DOS DADOS COM BASE NOS PRESSUPOSTOS DA ABORDAGEM HISTÓRICO-CULTURAL. PRIVILEGIOU-SE A EXPOSIÇÃO CONJUNTA DA DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS, A FIM DE SE OBTER UMA MELHOR COMPREENSÃO DA ANÁLISE DE SIGNIFICAÇÃO E DE SENTIDOS NO MÉTODO EXPLICATIVO DE VIGOTSKI.

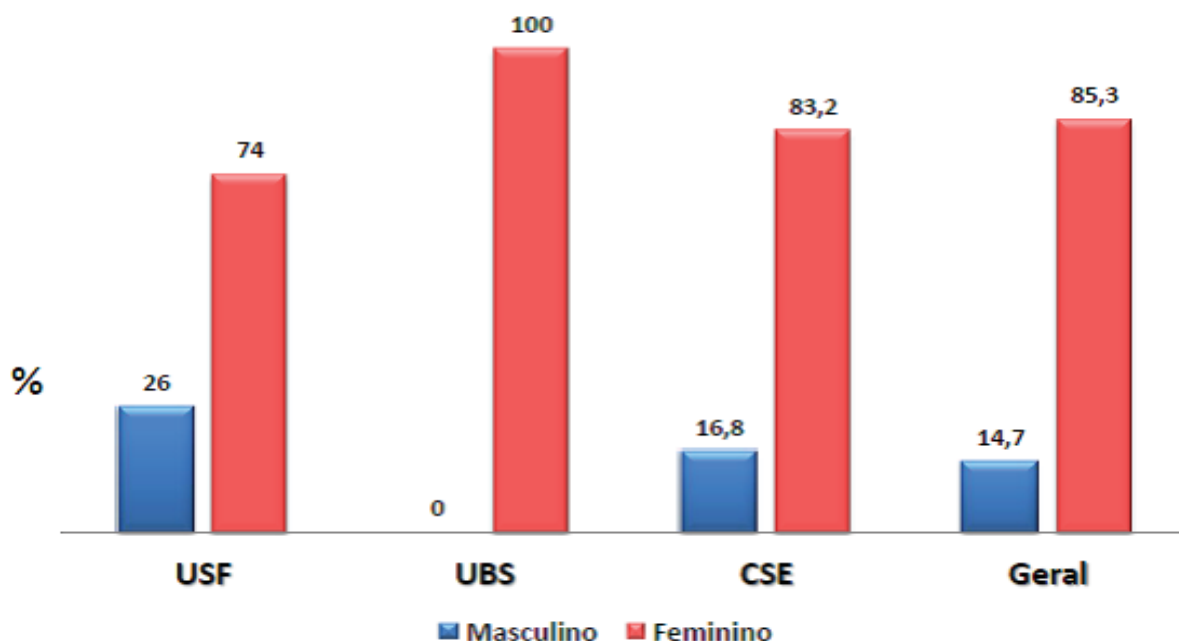
##### 4.1 - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

QUADRO \3 - PERFIL DOS PROFISSIONAIS COM RELAÇÃO À MÉDIA DE IDADE, TEMPO DE FORMAÇÃO E DE TRABALHO NA UNIDADE DE SAÚDE. BOTUCATU, 2012.

|                             | USF  | UBS | CSE  | MÉDIA<br>GERAL |
|-----------------------------|------|-----|------|----------------|
| IDADE (ANOS)                | 36,2 | 38  | 38,6 | 37,7           |
| TEMPO DE FORMADO            | 8,5  | 8   | 10,5 | 9              |
| (ANOS)                      | 4,1  | 5,6 | 6,6  | 5,4            |
| TEMPO DE TRABALHO<br>(ANOS) |      |     |      |                |

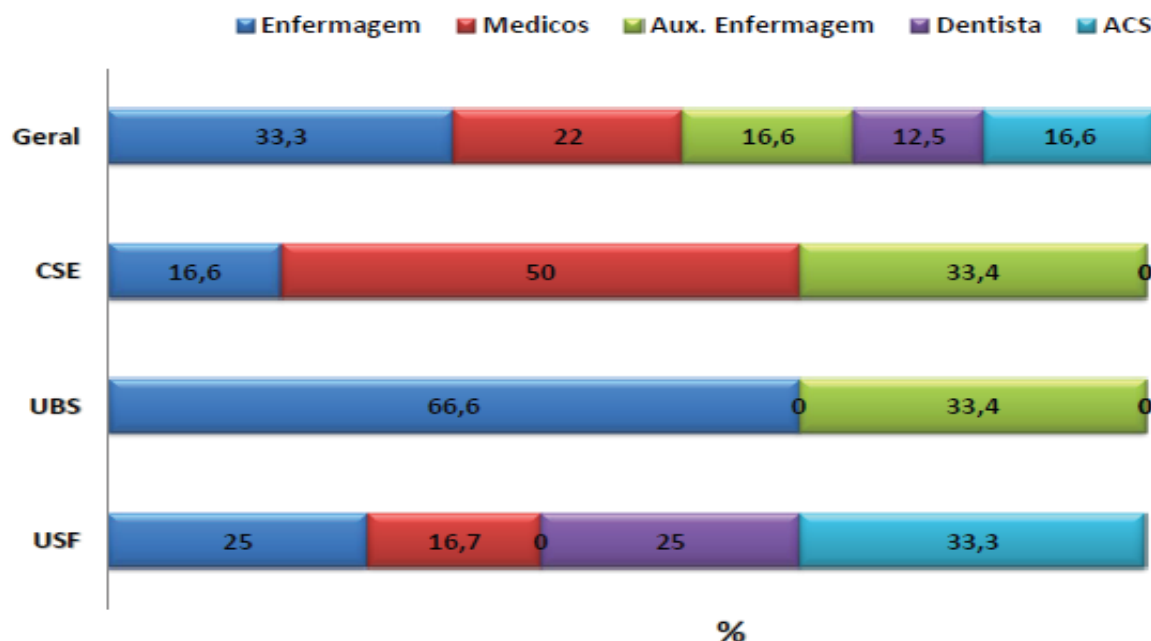
DIANTE DOS DADOS APRESENTADOS NO QUADRO 3, PODEMOS CONSTATAR QUE A IDADE MÉDIA DOS ENTREVISTADOS NESTES EQUIPAMENTOS É MUITO SEMELHANTE, REVELANDO TRATAR-SE DE PROFISSIONAIS EXPERIENTES, MUITO EMBORA TENHAM TIDO UMA FORMAÇÃO RELATIVAMENTE TARDIA, POR VOLTA DOS 28 ANOS DE IDADE.

PODE-SE AVERIGUAR QUE O TEMPO MÉDIO DE FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DAS UNIDADES BÁSICAS E DA SAÚDE DA FAMÍLIA É UM POUCO MENOR COMPARADO AOS QUE ATUAM NOS CENTROS DE SAÚDE ESCOLA, ASSIM COMO O MAIOR TEMPO DE ATUAÇÃO NA PRÓPRIA UNIDADE DESTES ÚLTIMOS. O QUE TAMBÉM NÃO PERMANECE SEMELHANTE NOS TRÊS GRUPOS É QUE OS PROFISSIONAIS DAS UBS E DOS CSE ATUARAM A MAIOR PARTE DE SUA VIDA PROFISSIONAL NO PRÓPRIO LOCAL DE TRABALHO, EMBORA OS PROFISSIONAIS DAS USF ESTEJAM BEM PRÓXIMOS DISSO.



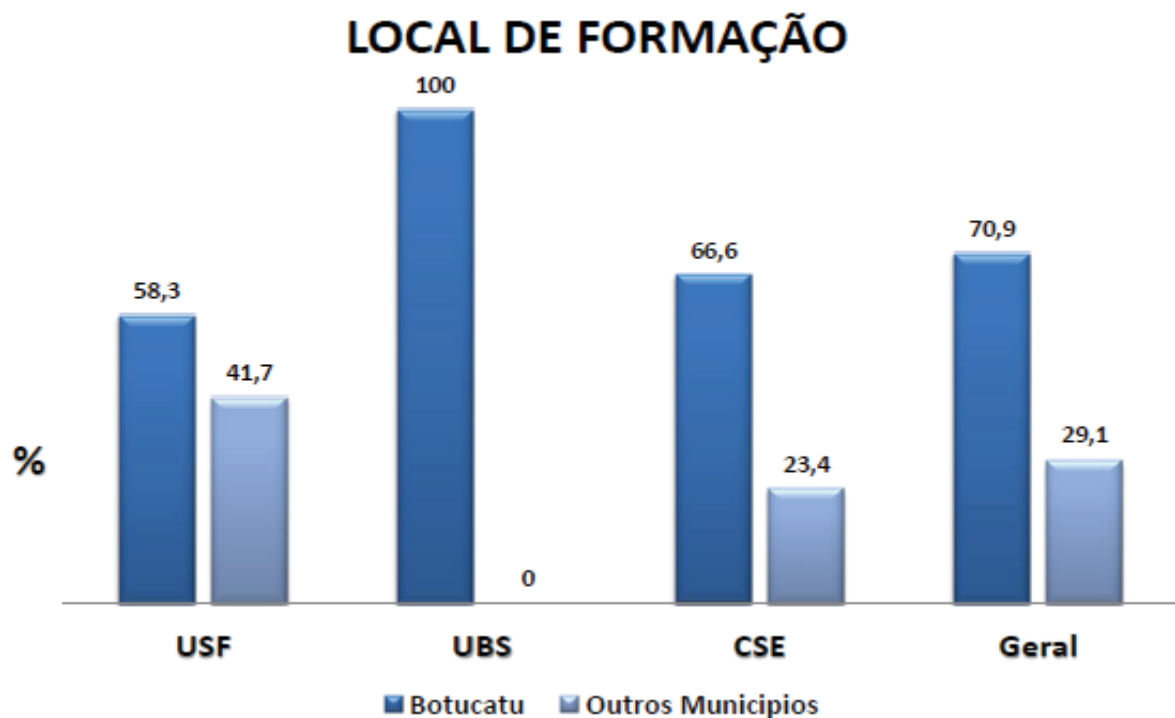
**FIGURA 11 - DISTRIBUIÇÃO POR GÊNERO. BOTUCATU, 2012.**

QUANTO AO SEXO, OS DADOS REVELAM A ALTA PREDOMINÂNCIA DE MULHERES ATUANDO NO NÍVEL PRIMÁRIO DE ATENÇÃO, O QUE TAMBÉM REFLETE A MESMA CONDIÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE DE MODO GERAL. EMBORA EXISTAM HOMENS ATUANDO NAS DUAS UBS SELECIONADAS PARA A PESQUISA, NÃO FOI POSSÍVEL OUVI-LOS NO MOMENTO DA COLETA, O QUE TAMBÉM NÃO ALTERARIA SIGNIFICATIVAMENTE A DISTRIBUIÇÃO POR GÊNERO APRESENTADA NA FIGURA ACIMA.



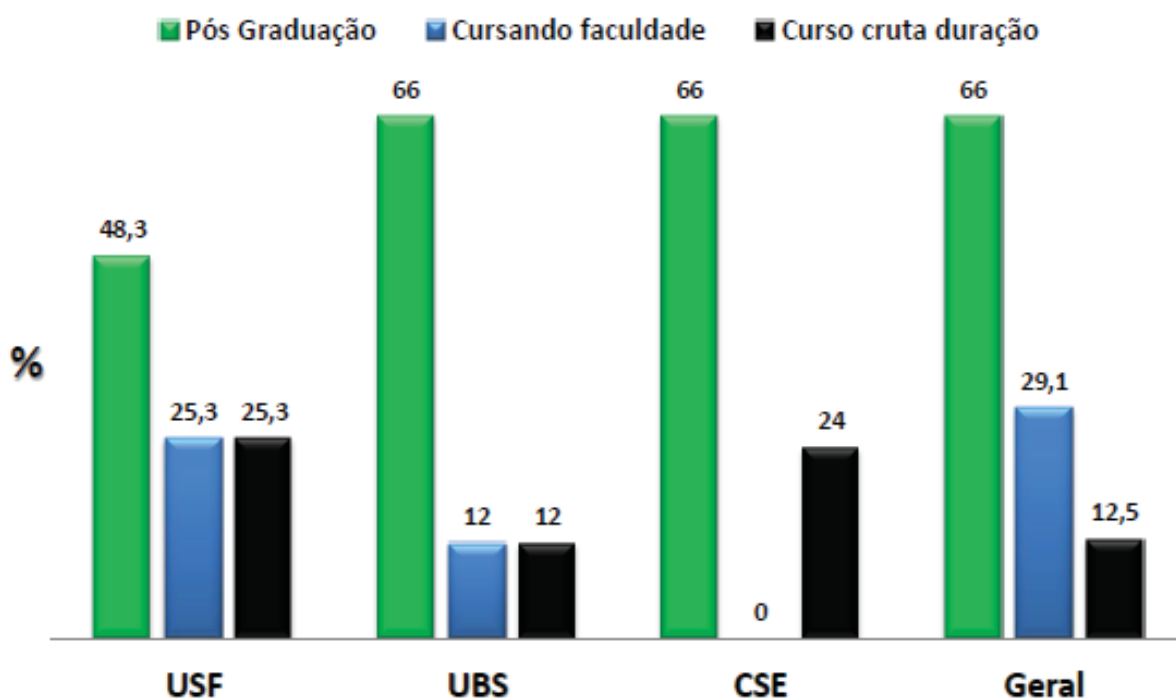
**FIGURA 12 - FORMAÇÃO PROFISSIONAL. BOTUCATU, 2012.**

NA FIGURA ACIMA ESTÃO APRESENTADAS AS DIFERENTES CATEGORIAS PROFISSIONAIS OUVIDAS EM CADA EQUIPAMENTO DE SAÚDE. TAL SELEÇÃO REVELA A INTENÇÃO DE APREENDER O FENÔMENO EM ESTUDO SOB PERSPECTIVAS DIVERSAS DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NESTES SERVIÇOS DE APS. NOTA-SE A FIGURA DO ACS APENAS NAS USF, BEM COMO FOI POSSÍVEL OUVIR CIRURGIÕES DENTISTAS APENAS DESTE EQUIPAMENTO. NAS UBS TAMBÉM NÃO CONSEGUIMOS, NA ÉPOCA DA COLETA DOS DADOS, OUVIR MÉDICOS QUE ATUAM NESTES SERVIÇOS.



**FIGURA 13 - LOCAL DE FORMAÇÃO. BOTUCATU, 2012.**

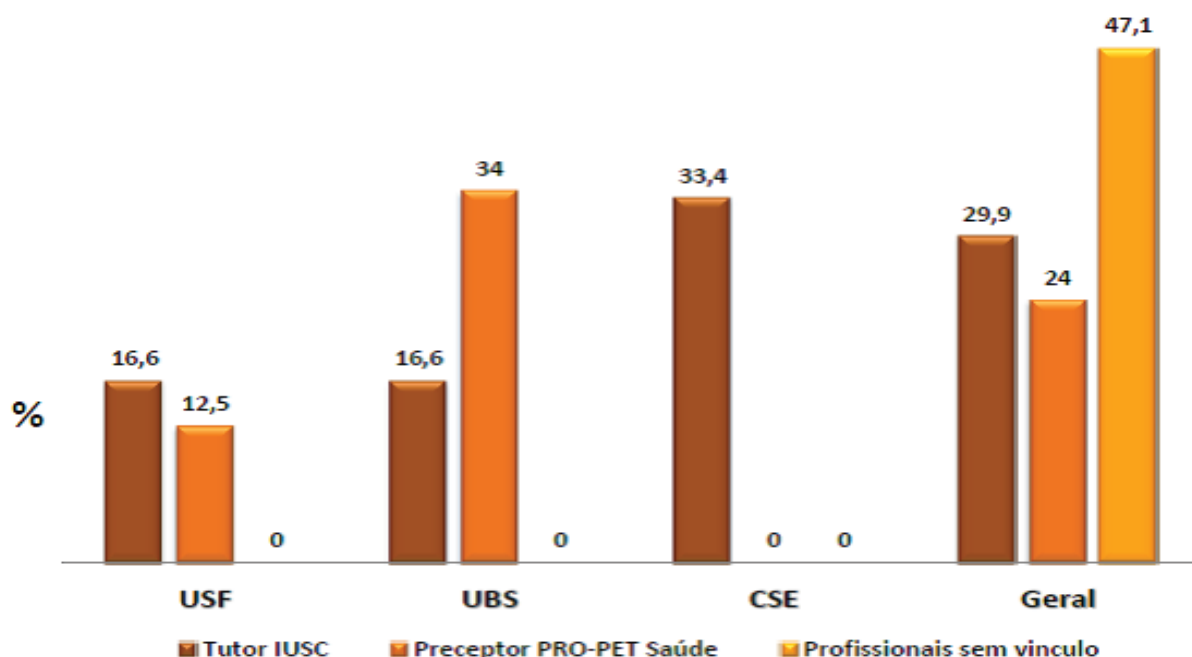
QUANTO AO LOCAL DE FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS, FICOU EVIDENCIADO ASSIM COMO NO ESTUDO DE ROMANHOLI (2010) QUE A MAIORIA DOS PROFISSIONAIS FOI GRADUADA E REALIZOU A SUA FORMAÇÃO COMPLEMENTAR NO PRÓPRIO MUNICÍPIO. COM EXCEÇÃO DOS CIRURGIÕES DENTISTAS QUE NÃO CONTAM COM INSTITUIÇÕES FORMADORAS NA CIDADE, OS DADOS TAMBÉM APONTAM BOTUCATU, EM PARTICULAR A FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP, COMO GRANDE CENTRO FORMADOR DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO.



**FIGURA 14 - FORMAÇÃO COMPLEMENTAR. BOTUCATU, 2012.**

OUTRO DADO QUE SE MOSTROU SIGNIFICATIVO FOI O ALTO GRAU DE ESPECIALIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS. TODOS OS TRABALHADORES DE NÍVEL SUPERIOR POSSUEM ALGUM TIPO DE PÓS-GRADUAÇÃO, INCLUSIVE ALGUNS CONTANDO COM DUAS OU TRÊS FORMAÇÕES COMPLEMENTARES, TAIS COMO: ESPECIALIZAÇÕES EM SAÚDE COLETIVA E/OU SAÚDE DA FAMÍLIA; ESPECIALIZAÇÕES EM GESTÃO DA SAÚDE; APERFEIÇOAMENTO E APERFEIÇOAMENTO PROFISSIONAL; RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM SAÚDE DA FAMÍLIA; RESIDÊNCIAS MÉDICAS NA ÁREA DE PEDIATRIA E SAÚDE PREVENTIVA, ALÉM DE MESTRADOS EM SAÚDE COLETIVA.

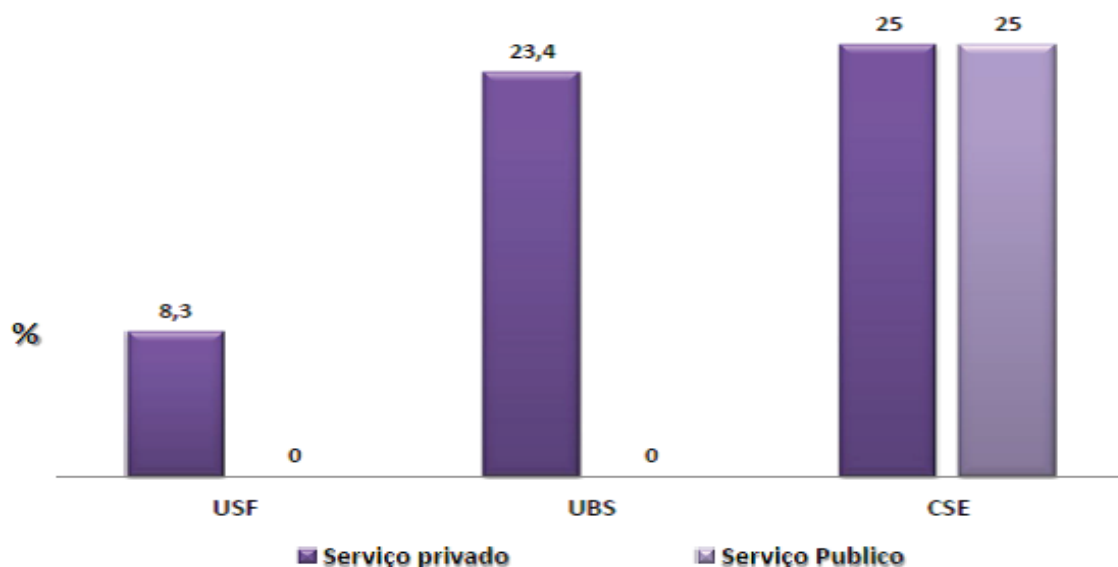
ALÉM DISSO, FOI OBSERVADO QUE MESMO OS PROFISSIONAIS DE NÍVEL MÉDIO NÃO FICARAM RESTRITOS À FORMAÇÃO TÉCNICA DE AUXILIAR DE ENFERMAGEM OU AO CURSO DE FORMAÇÃO INICIAL PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE. EM SUA TOTALIDADE CONTINUARAM A PARTICIPAR DE PEQUENOS CURSOS COMPLEMENTARES QUE SÃO OFERECIDOS INSTITUCIONALMENTE, ASSIM COMO TÊM BUSCADO UMA MAIOR E MELHOR QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL CURSANDO O NÍVEL SUPERIOR.



**FIGURA 15 - TUTORIA E PRECEPTORIA. BOTUCATU, 2012.**

CERCA DE 30% DOS ENTREVISTADOS POSSUEM UMA ATUAÇÃO DIRETA COMO TUTORES DOS ALUNOS DO 1º, 2º E 3º ANO DO IUSC, ENQUANTO 24% TAMBÉM PARTICIPAM COMO PRECEPTORES DO PRÓ-PET SAÚDE EM DIFERENTES PROJETOS DESENVOLVIDOS EM SUAS UNIDADES E RESPECTIVOS TERRITÓRIOS.

APESAR DE POSSUÍREM DIVERSOS NÍVEIS DE INTERAÇÃO E DE CONHECIMENTO DOS TRABALHOS EM CURSO, OS PROFISSIONAIS QUE NÃO POSSUEM CURSO SUPERIOR TAMBÉM SE RELACIONAM COM OS DIFERENTES GRUPOS DE ALUNOS QUE FREQUENTAM AS UNIDADES E TROUXERAM APONTAMENTOS E REFLEXÕES IMPORTANTES QUE SERÃO APRESENTADAS NA ANÁLISE DO MATERIAL.



**FIGURA 16 - ATUAÇÃO EM OUTROS LOCAIS. BOTUCATU, 2012.**

QUANTO à ATUAÇÃO PROFISSIONAL EM OUTROS LOCAIS OU EQUIPAMENTOS DE SAÚDE, CONSTAMOS QUE TODOS OS MÉDICOS ENTREVISTADOS POSSUEM MAIS DE UM VÍNCULO EMPREGATÍCIO, SEJA NA SAÚDE PÚBLICA OU PRIVADA. ALÉM DESTES, OS AUXILIARES DE ENFERMAGEM REPRESENTAM OUTRA CATEGORIA PROFISSIONAL QUE TAMBÉM REVELOU ATUAR NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM SAÚDE, EM LOCAIS E PERÍODOS ALÉM DO TRABALHO NA UNIDADE.

ENTRE OS PROFISSIONAIS QUE TÊM ALGUM TIPO DE EXPERIÊNCIA PRÉVIA NA ÁREA DA SAÚDE, RESSALTA-SE QUE A MAIORIA ATUOU DENTRO DO PRÓPRIO NÍVEL PRIMÁRIO DE ATENÇÃO NA CIDADE DE BOTUCATU E EM OUTROS PEQUENOS MUNICÍPIOS, ENQUANTO QUE OS DEMAIS ATUARAM EM DIVERSAS ÁREAS PÚBLICAS E PRIVADAS COMO: HOSPITAIS; AMBULATÓRIOS; VIGILÂNCIA; CONSULTÓRIOS E NA GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE.

#### **4.2 - ANÁLISE DOS NÚCLEOS DE SIGNIFICADOS E DE SENTIDOS**

COM BASE NA ORGANIZAÇÃO DOS DADOS ANALISADOS, FORAM IDENTIFICADOS NÚCLEOS DE SIGNIFICAÇÃO COMUNS NO DISCURSO DOS PROFISSIONAIS PESQUISADOS, BEM COMO A EXPLORAÇÃO DE ALGUMAS ZONAS DE SENTIDOS EXISTENTES NA SINGULARIDADE DOS RELATOS. AS POSSÍVEIS DIFERENÇAS, SEMELHANÇAS E CONTRADIÇÕES OBSERVADAS NO

CRUZAMENTO DOS DADOS ENTRE AS DIFERENTES FUNÇÕES E CATEGORIAS PROFISSIONAIS SERÃO EXPLICITADAS E DISCUTIDAS QUANDO SE MOSTRAREM PERTINENTES.

A PRÓPRIA CONSTRUÇÃO DOS NÚCLEOS E O NOME DADO A CADA NÚCLEO JÁ CONSTITUÍRAM UM MOVIMENTO DE ANÁLISE, UMA VEZ QUE ESSES AGREGAM E EXPRESSAM QUESTÕES INTIMAMENTE RELACIONADAS E RELEVANTES PARA A COMPREENSÃO DOS ASPECTOS PESQUISADOS, PORTANTO, ORGANIZADORES DAS FALAS EXPRESSAS PELOS SUJEITOS. (AGUIAR, 2001).

OS DADOS FORAM AGRUPADOS EM TRÊS EIXOS DE ANÁLISE COMPOSTOS PELOS RESPECTIVOS NÚCLEOS DE SIGNIFICAÇÃO, BEM COMO FOI EXPLICITADA A PLURALIDADE DE SENTIDOS PRESENTES NOS RELATOS DOS ENTREVISTADOS, QUE ESTÃO EXPLICITADOS DE FORMA MAIS ESTRUTURADA NO QUADRO ABAIXO:

**QUADRO 14 - CATEGORIZAÇÃO EM NÚCLEOS DE SIGNIFICAÇÃO E DE SENTIDOS.**

**EIXO 1 - AS POSSIBILIDADES E POTENCIALIDADES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA à SAÚDE NA FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PROFISSIONAIS E ESTUDANTES PARA O TRABALHO NO SUS.**

|           | <b><i>SIGNIFICADOS</i></b>                                                         | <b><i>SENTIDOS</i></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1-</b> | <b><i>A CONSTRUÇÃO DO SUS IDEAL CONDICIONADO à NECESSÁRIA VIVÊNCIA NA APS.</i></b> | <p>-OPORTUNIDADE DE DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES COMUNICACIONAIS E DE APRENDIZADO COM OUTROS PROFISSIONAIS E CONTEXTOS;</p> <p>-AMPLIAÇÃO DA SEGURANÇA NO TRATO COM PACIENTES E DAS POSSIBILIDADES FUTURAS DE TRABALHO;</p> <p>-POSSIBILIDADE DE SUPERAÇÃO DO MODELO TRADICIONAL DE EDUCAÇÃO CENTRADO NO HOSPITAL, NO MÉDICO E NO BIOLÓGICO;</p> <p>-DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE LEITURA CRÍTICA DA REALIDADE E DOS DETERMINANTES ENVOLVIDOS NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA;</p> <p>-FAVORECIMENTO DE UM OLHAR MAIS HUMANO E UMA POSTURA MAIS DIALÓGICA COM A COMUNIDADE.</p> |
| <b>2-</b> | <b><i>O CONTÍNUO APRENDIZADO E CRESCIMENTO PROFISSIONAL</i></b>                    | <p>-VALORIZAÇÃO DO CONHECIMENTO ATUALIZADO TRAZIDO PELOS ALUNOS;</p> <p>-EXIGÊNCIA DE IR à BUSCA DE NOVOS CONHECIMENTOS QUE SE REFLETEM NUM MAIOR ENVOLVIMENTO E COMPROMETIMENTO</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

|    |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | <b>PROPORCIONADO PELA INTERAÇÃO COM OS ALUNOS.</b>                                            | <p>COM O PRÓPRIO TRABALHO;</p> <p>-GRATIFICAÇÃO EM EXPLICITAR A IMPORTÂNCIA DE SEU PAPEL DENTRO DA EQUIPE DE SAÚDE, ASSIM COMO EM COLABORAR NA CONSTRUÇÃO DE UM NOVO OLHAR DO ESTUDANTE;</p> <p>-AMPLIAÇÃO DO OLHAR PARA OUTRAS DIMENSÕES E POSSIBILIDADES DO CUIDADO EM SAÚDE.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 3- | <b>A CONSTRUÇÃO E TRANSFORMAÇÃO QUALITATIVA DA IUSC E DOS ALUNOS AO LONGO DOS ANOS.</b>       | <p>-APRENDIZADO NA GRADUAÇÃO QUE AMPLIOU AS POSSIBILIDADES DE COMPREENSÃO DAS MULTIDETERMINAÇÕES DO PROCESSO SAÚDE DOENÇA;</p> <p>-FAVORECIMENTO DE UM MAIOR TRAQUEJO SOCIAL, BEM COMO NO DESENVOLVIMENTO DE UMA MAIOR CAPACIDADE DE RELACIONAMENTO INTERPESSOAL E RESPEITO COM OS DEMAIS MEMBROS DA EQUIPE;</p> <p>-APROXIMAÇÃO DO PROFESSOR TUTOR COM OS PROFISSIONAIS E COM A COMUNIDADE NA ARTICULAÇÃO DAS PROPOSTAS COMO FATOR FUNDAMENTAL PARA UMA BOA CONSECUÇÃO DAS AÇÕES E RELAÇÃO ENTRE OS ENVOLVIDOS;</p> <p>-EVOLUÇÃO DE UMA POSTURA MAIS PRESCRITIVA PARA UMA MAIS DIALÓGICA COM A COMUNIDADE, MAS QUE CAUSA PREOCUPAÇÕES QUANTO À EFETIVIDADE DO TRABALHO DIANTE DA SUA DESCONTINUIDADE;</p> <p>-DISPONIBILIDADE E INTERESSE EM APRENDER PELOS ALUNOS COMO FATORES DECISIVOS PARA UM BOM ANDAMENTO DAS AÇÕES;</p> <p>-A REPRESENTAÇÃO ACERCA DA DISCIPLINA QUE OUTRORA ERA DE CUNHO NEGATIVO, TEM SIDO MODIFICADA PELA CONSTATAÇÃO DAS EXPECTATIVAS DOS NOVOS ALUNOS QUE INGRESSAM NA DISCIPLINA.</p> |
| 4- | <b>O APRENDIZADO NA COMUNIDADE NO PRESENTE COMO ESTRATÉGIA PARA UM FUTURO RETORNO SOCIAL.</b> | <p>-COMPREENSÃO E APOIO DA POPULAÇÃO QUANTO À IMPORTÂNCIA DO APRENDIZADO QUANDO LHEM É EXPLICITADO ADEQUADAMENTE O CARÁTER DA PROPOSTA;</p> <p>-A EXPERIÊNCIA PRÉVIA NOS CENÁRIOS DA APS AUXILIA A ESTREITAR AS DISPARIDADES DE PODER NAS RELAÇÕES E A FORMAR VÍNCULO COM OS PACIENTES;</p> <p>-FAVORECIMENTO DA COMPREENSÃO DE UMA SÉRIE DE ASPECTOS ENVOLVIDOS NA ABORDAGEM COM O PACIENTE E DE SUAS CONDIÇÕES CONCRETAS DE VIDA;</p> <p>-POTENCIALIDADES DESTA VIVÊNCIA PARA A</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

|    |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                         |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                                                                                                   | COMUNIDADE MESMO QUE AINDA NÃO POSSAM SER OBSERVADAS E AVERIGUADAS NESTE MOMENTO.                                                                                       |
| 5- | <b>O PAPEL PEDAGÓGICO<br/>-ASSISTENCIAL DOS<br/>CENTROS DE SAÚDE<br/>ESCOLA COMO FATOR<br/>RELEVANTE PARA O<br/>SUCESSO DO ENSINO NA<br/>APS.</b> | -O PAPEL DOCENTE-ASSISTENCIAL COMO CONDIÇÃO NECESSÁRIA DE TRABALHO;<br><br>-SATISFAÇÃO EM ATUAR NUMA INSTITUIÇÃO DIFERENCIADA E MELHOR ESTRUTURADA PARA RECEBER ALUNOS. |

**EIXO 2 - TENSÕES E ENTRAVES PARA CONSOLIDAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE ENSINO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.**

|    | <b>SIGNIFICADOS</b>                                                                                                                                                | <b>SENTIDOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6- | <b>O CENÁRIO DE<br/>POSSIBILIDADES DE<br/>APRENDIZAGEM<br/>LIMITADO PELO ESPAÇO<br/>FÍSICO DAS UNIDADES<br/>DE SAÚDE.</b>                                          | -AS LIMITAÇÕES DE ESPAÇO SÃO SECUNDÁRIAS EM RELAÇÃO ÀS CONTRIBUIÇÕES POSSIBILITADAS PELA PRESENÇA DOS ALUNOS;<br><br>-NECESSIDADE DE CAPACITAÇÃO E PREPARO DA EQUIPE A FIM DE QUE OS TRANSTORNOS OCASIONADOS PELA FALTA DE ESPAÇO SEJAM MINIMIZADOS;<br><br>-PACTUAÇÃO PRÉVIA PARA RECEPÇÃO DOS ALUNOS E ARTICULAÇÃO COM TODOS OS ENVOLVIDOS COMO FATORES FUNDAMENTAIS AO SUCESSO DAS AÇÕES;<br><br>-CAPACIDADE DE IMPROVISACÃO E ADAPTAÇÃO DAS CONDIÇÕES EXISTENTES PARA ABRIGAR OS ALUNOS. |
| 7- | <b>INTERFERÊNCIAS E<br/>INCONGRUÊNCIAS DA<br/>GESTÃO MUNICIPAL DE<br/>SAÚDE NA EXECUÇÃO DE<br/>ATIVIDADES<br/>PEDAGÓGICAS NA<br/>ATENÇÃO PRIMÁRIA À<br/>SAÚDE.</b> | -A PRIORIZAÇÃO E A PRESSÃO POR PRODUTIVIDADE EM DETRIMENTO DAS FUNÇÕES DE CUNHO PEDAGÓGICO;<br><br>-A MUDANÇA NA GESTÃO LOCAL E NA CONCEPÇÃO DE TRABALHO QUE PROVOCAM ALTERAÇÕES EM TODA CADEIA PEDAGÓGICO-ASSISTENCIAL;<br><br>-SOFRIMENTO POR NÃO CONSEGUIR EXERCER AQUILO QUE É IDEALMENTE PRECONIZADO COM O QUE É DE FATO DESENVOLVIDO NO TRABALHO NA APS.                                                                                                                               |
| 8- | <b>A SUSTENTABILIDADE DE<br/>PROJETOS DE ENSINO<br/>NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À<br/>SAÚDE E SUAS<br/>IMPLICAÇÕES EM</b>                                                  | -BOATOS SOBRE DISPUTAS DE PODER E DESENTENDIMENTO ENTRE OS ENVOLVIDOS QUE INTERFEREM NO DESENVOLVIMENTO DOS PROJETOS EM CURSO;<br><br>-RESISTÊNCIA EM RECEBER E ACOMPANHAR ALUNOS DEVIDO À OFERTA DE BOLSAS DE INCENTIVO DISPONIBILIZADA A ALGUNS                                                                                                                                                                                                                                            |

|      |                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      | <b>PROJETOS INDUTORES DE MUDANÇA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.</b>                                      | PROFISSIONAIS E PELA DIVISÃO DA JORNADA DE TRABALHO EM MAIS DE UM EMPREGO POR OUTROS;<br>-SOLIDARIEDADE COM OS ACS POR ESTAREM APARTADOS DOS BENEFÍCIOS DE INCENTIVO FINANCEIRO E ESPAÇOS DE FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL.                                                                                                                            |
| 9-   | <b>O ENSINO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA à SAÚDE: O ENTRAR NA CASA DO OUTRO SEM PEDIR LICENÇA.</b>         | -INSATISFAÇÃO DIANTE DA FALTA DE RESPEITO E DO DESPREPARO DE ALUNOS, TUTORES E COORDENADORES AO SE UTILIZAREM DE SEU LOCAL DE TRABALHO;<br>-NECESSIDADE DE FLEXIBILIZAÇÃO E PACTUAÇÃO DAS AÇÕES PARA QUE TANTO ALUNOS QUANTO UNIDADE DE SAÚDE POSSAM SER BENEFICIADOS;<br>-FAVORECIMENTO DE UMA ATITUDE EMPÁTICA E DIALÓGICA ENTRE ALUNOS E EQUIPE DE SAÚDE. |
| 10 - | <b>A DESVALORIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA à SAÚDE COMO CAMPO DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO MÉDICO.</b> | -RESISTÊNCIAS QUANTO à REFORMA CURRICULAR E A DESVALORIZAÇÃO DO MÉDICO GENERALISTA ATUANTE NA APS;<br>-O DESINTERESSE E PRECONCEITO COM A SAÚDE PÚBLICA QUE DIFICULTAM AS VIVÊNCIAS E O APRENDIZADO NOS CENÁRIOS DA APS.                                                                                                                                     |
| 11 - | <b>OS ACS E SUA AMBIGÜIDADE DE SENTIMENTOS DIANTE DOS ALUNOS.</b>                                 | -O PRAZER EM COMPARTILHAR SEU SABER SUBSUMIDO PELA AUSÊNCIA DE UMA CONTRAPARTIDA PELOS ALUNOS;<br>-A GRATIFICAÇÃO EM COLABORAR E APRENDER QUE SE ESVANECE DIANTE DO DESINTERESSE E ARROGÂNCIA DOS ALUNOS.                                                                                                                                                    |

**EIXO 3 - PROPOSIÇÕES QUANTO ÀS PROBLEMÁTICAS E DESAFIOS A SEREM ENFRENTADOS NO ENSINO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA à SAÚDE**

|      | <b>SIGNIFICADOS</b>                                                                                       | <b>SENTIDOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12 - | <b>A AMPLIAÇÃO DA INTEGRAÇÃO, DO TEMPO E DO ESPAÇO COMO NECESSIDADES PARA QUALIFICAR O ENSINO NA APS.</b> | -A NECESSIDADE DE MAIS TEMPO PARA EXECUTAR FUNÇÕES PEDAGÓGICAS EM UM EQUIPAMENTO DE SAÚDE QUE A PRIORI NÃO ESTÁ ORGANIZADO PARA ESTE FIM;<br>-IMPORTÂNCIA DA SENSIBILIZAÇÃO DE TODOS OS TRABALHADORES PARA O PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM NA APS;<br>-AMPLIAÇÃO E FLEXIBILIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DOS ALUNOS E INTEGRAÇÃO COM TODA EQUIPE DE SAÚDE COMO FATORES ESSENCIAIS AO SUCESSO DAS |

|  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  | <p><i>Ações;</i></p> <p><i>-PREOCUPAÇÃO EM CONHECER MELHOR OS ALUNOS E ATIVIDADES EM EXECUÇÃO COMO FORMA DE DIMINUIR ATRITOS E DESCONFORTOS COM EQUIPE E POPULAÇÃO;</i></p> <p><i>-A FUNÇÃO PEDAGÓGICA ENQUANTO UM PROCESSO QUE DEVE SER CONSTRUÍDO E DISCUTIDO COTIDIANAMENTE NA APS;</i></p> <p><i>-A INTERAÇÃO DIÁRIA ENTRE ALUNOS E TRABALHADORES COMO FORMA DE FAVORECER UM MAIOR CONHECIMENTO E APRENDIZADO PARA O TRABALHO CONJUNTO.</i></p> |
|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## **EIXO 1 - AS POSSIBILIDADES E POTENCIALIDADES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA à SAÚDE NA FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PROFISSIONAIS E ESTUDANTES PARA O TRABALHO NO SUS**

NESTE EIXO, ESTÃO REUNIDOS OS NÚCLEOS DE SIGNIFICAÇÃO QUE CORRESPONDEM AOS ASPECTOS POSITIVOS CONFERIDOS PELOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA à SAÚDE DIANTE DE SUAS VIVÊNCIAS E INTERAÇÃO COM ALUNOS NO COTIDIANO DE TRABALHO. DE MODO GERAL, SÃO APRESENTADOS RELATOS QUE ENFATIZAM AS CONTRIBUIÇÕES TRAZIDAS PELOS DIVERSOS GRUPOS DE ALUNOS QUE PARTICIPAM DA ASSISTÊNCIA E QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES OFERTADAS à POPULAÇÃO.

ALÉM DISSO, SÃO RESSALTADOS OS BENEFÍCIOS POSSIBILITADOS POR ESTA EXPERIÊNCIA NA FORMAÇÃO DOS FUTUROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, BEM COMO NO DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL DAQUELES QUE SE RELACIONAM DIRETA E INDIRETAMENTE COM OS ALUNOS NOS DIVERSOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA à SAÚDE.

### ***“A CONSTRUÇÃO DO SUS IDEAL CONDICIONADO à NECESSÁRIA VIVÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA à SAÚDE”***

A FORMULAÇÃO DESTES NÚCLEOS DE SIGNIFICAÇÃO FOI DESENVOLVIDA POR MEIO DA CONSTATAÇÃO NOS DIFERENTES DISCURSOS DE QUE SE REVELA IMPOSSÍVEL PENSAR A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DISSOCIADA DO CONHECIMENTO E PARTICULARIDADES QUE SÃO INERENTES AO CENÁRIO DA APS.

DE MODO MAIS PARTICULAR, A IUSC É COLOCADA ENQUANTO MECANISMO FUNDAMENTAL PARA FOMENTAR A ESTRUTURAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DESTES APRENDIZADOS, E POTENTE EM POSSIBILITAR A CONSTRUÇÃO DE UM PROFISSIONAL QUE DESENVOLVA A CAPACIDADE DE LER E INTERVIR DE FORMA CRÍTICA NAS DIVERSAS NUANCES QUE ESTE NÍVEL DE ATENÇÃO E O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE REQUEREM.

PARA TANTO, IREMOS DESTACAR OS DIVERSOS SENTIDOS CONFERIDOS PELOS PROFISSIONAIS A ESTA QUESTÃO CONFORME A EXPLICAÇÃO DOS TRECHOS ABAIXO.

COMO PODEMOS OBSERVAR NO RELATO DE MED 3:

*EU PENSO QUE O ALUNO PASSA A TER UMA VISÃO MAIS GERAL DA SAÚDE. SAI... COMO É QUE EU POSSO FALAR, DAQUELE MODELO MEDICOCÊNTRICO, ONDE TUDO É O MÉDICO. AQUI, ELES PASSAM A CONHECER E A TRABALHAR COM OUTROS PROFISSIONAIS E ISSO FAZ BASTANTE DIFERENÇA. DIMINUI UM POUCO AQUELA PREPOTÊNCIA DO ALUNO E DO MÉDICO E VEM CONHECER UMA REALIDADE BEM DIFERENTE DA SUA. APRENDE A LIDAR E A CONVERSAR COM OUTRO TIPO DE POPULAÇÃO QUE ELES NÃO ESTÃO ACOSTUMADOS.*

RESSALTA-SE QUE A EXPERIÊNCIA DOS ALUNOS NA APS COLABORA PARA QUE HAJA UM MAIOR DIÁLOGO E APRENDIZADO COM OUTRAS CATEGORIAS, ASSIM COMO NO CONHECIMENTO DE UMA REALIDADE DIVERSA DA QUAL NÃO ESTÃO FAMILIARIZADOS. ALÉM DISSO, MED 3 DESTACA A IMPORTÂNCIA DE DESTRONAR O PROFISSIONAL MÉDICO COMO ÚNICO PROTAGONISTA DA SAÚDE TENDO A OPORTUNIDADE DE RECONHECER O OUTRO E DESENVOLVER A CAPACIDADE DE TRABALHO EM EQUIPE.

O OUTRO PROFISSIONAL DENT 1 CORROBORA ESSA PERSPECTIVA E ACRESCENTA QUE:

*NA FORMAÇÃO MESMO PORQUE EU... QUANDO ME FORMEI EU ACHO QUE TAMBÉM UM POUCO FALTOU ISSO, PORQUE A GENTE NÃO SABE NEM PRESCREVER, POR MAIS QUE APRENDA, SABE? MAS TEM AQUELA INSEGURANÇA, DAÍ ISSO AJUDA NA INSEGURANÇA TAMBÉM. E... É BOM TER O CONTATO ANTES COM O PACIENTE VER COMO FUNCIONA... ATÉ TAMBÉM PRA SE... PRA DECIDIR O QUE VAI SEGUIR DEPOIS, QUE ÁREA VAI QUERER.*

É POSSÍVEL PERCEBER QUE ESTA EXPERIÊNCIA FAVORECE A SEGURANÇA DO ALUNO NO TRATO COM PACIENTES E O AUXILIA A EMBASAR MELHOR A SUA DECISÃO FUTURA EM RELAÇÃO AO CAMPO DE TRABALHO, O QUE FOI FALHO EM SUA PRÓPRIA FORMAÇÃO. MAIS UMA VEZ, DENT 1 ENFATIZA O PAPEL FUNDAMENTAL DO APRENDIZADO EM SERVIÇO, O QUE CONTRIBUI NÃO APENAS PARA UMA FORMAÇÃO MAIS QUALIFICADA, COMO TAMBÉM, PARA UMA ESCOLHA CONSCIENTE DE SEU FUTURO CAMPO DE ATUAÇÃO.

Já ENF 4, EXPLICITA O PAPEL DOS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE COMO CAMPO NECESSÁRIO DE FORMAÇÃO E APRENDIZAGEM, VIVÊNCIA ESTA QUE NÃO TEVE EM SUA PRÓPRIA FORMAÇÃO E QUE PODERIA TER CONTRIBUÍDO MUITO PARA AS FUNÇÕES QUE DESEMPENHA COMO PROFISSIONAL.

*EU ACHO QUE TODO MUNDO TINHA QUE TA CIENTE*

QUE VAI RECEBER ALUNOS, UM DIA A GENTE PRECISOU DISSO... TALVEZ NÃO NA ATENÇÃO BÁSICA, MAS MESMO NO HOSPITAL, UM DIA EU TIVE QUE APRENDER A ABRIR UMA AMPOLA, APLICAR UMA INJEÇÃO. DA MESMA FORMA TODOS OS ALUNOS PRECISAM APRENDER E ADQUIRIR EXPERIÊNCIA PRA ENTRAR NO MUNDO DO TRABALHO. ENTÃO SE ELES NÃO APRENDEREM AQUI VÃO APRENDER AONDE? SE EU TIVESSE ESSA EXPERIÊNCIA QUE ELES TEM HOJE, EU TERIA MELHORADO MUITO A MINHA SITUAÇÃO. TIVE QUE CORRER ATRÁS DE UM MONTE DE COISAS QUE EU NÃO TIVE NA FACULDADE. ENTÃO VOCÊ COLOCAR UM ALUNO PRA TER ESSA VIVÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA É MUITO BOM.

A POSSIBILIDADE DE SUPERAÇÃO DA FORMAÇÃO TRADICIONAL TAMBÉM É COLOCADA NOS RELATOS DE ENF 3 E MED 2.

O IMPORTANTE DELES É ESTAR COMEÇANDO NO PRIMEIRO ANO, É QUE ELES JÁ TÊM CONTATO COM A POPULAÇÃO, COM A COMUNIDADE, JÁ TIRA AQUELA VISÃO: “SÓ HOSPITAL”, DE TRABALHAR EM UM HOSPITAL, PORQUE MUITOS MESMOS, ACHO QUE NEM SABEM QUAL É A FUNÇÃO, O PAPEL DE CADA EQUIPE NA UNIDADE, DA COMUNIDADE (ENF 3).

EU ACHO QUE QUEBRA UM POUCO AQUELE PARADIGMA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS QUE É EXTREMAMENTE BIOLOGIZANTE, TECNOLÓGICO, DO PONTO DE VISTA TECNOLOGIA DE EQUIPAMENTO, DE VISÃO ASSIM, DO PACIENTE... DESCONTEXTUALIZADO DO SEU AMBIENTE. EU ACHO QUE A PARTIR DO IUSC ELES CONSIDERAM O PACIENTE NUMA CASA, NO TRABALHO, NUM MEIO AMBIENTE, ENTÃO EU ACHO QUE ISSO AMPLIA A VISÃO QUE ELE TEM, AMPLIA O ENTENDIMENTO QUE ELES TÊM DE SAÚDE-DOENÇA QUE NÃO É SÓ UMA QUESTÃO FÍSICA, MAS QUE PASSA PELO EMOCIONAL, PELO SOCIAL. APESAR DE POUCO TEMPO, EU ACHO QUE DÁ UMA VIVÊNCIA PRA ELES DO TRABALHO EM EQUIPE, DA QUESTÃO DO TRABALHO DE ENFERMAGEM, E MESMO A IMPORTÂNCIA DESSES PROFISSIONAIS NA ABORDAGEM DO PACIENTE, E TAMBÉM, EU ACHO, QUE QUEBRA UM POUCO A QUESTÃO DO PRECONCEITO QUE ELES TÊM CONTRA O TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA. A GENTE VÊ COM O SEXTO ANO QUE VÁRIOS TÊM A POSSIBILIDADE DE TRABALHAR COM SAÚDE DA FAMÍLIA, TRABALHA NA ATENÇÃO BÁSICA, E ANTES ERA POUCO VALORIZADO (MED 2).

COMPREENDE-SE QUE A DESCONSTRUÇÃO DO MODELO HOSPITALOCÊNTRICO, MEDICONCÊNTRICO E BIOLOGICISTA TAMBÉM É VISLUMBRADA ATRAVÉS DO CONHECIMENTO E CONTATO PRECOCE DOS ALUNOS NO NÍVEL PRIMÁRIO DE ATENÇÃO. ENF 3 E MED 2 DÃO DESTAQUE À NECESSIDADE DE SUPERAÇÃO DA FRAGMENTAÇÃO E COMPARTIMENTALIZAÇÃO DOS PACIENTES EM ESPECIFICIDADES, QUE O REDUZEM A UM MERO DESAJUSTE DE ÓRGÃOS E SISTEMAS, DESCONTEXTUALIZADO DO SEU MEIO E

DA DIMENSÃO PSÍQUICA DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA.

DO MESMO MODO, TAMBÉM ENFATIZAM A POSSIBILIDADE DE CONHECER E INCORPORAR SABERES ORIUNDOS DE OUTROS CAMPOS E CATEGORIAS PROFISSIONAIS, ALÉM DE UMA MAIOR VALORIZAÇÃO DA APS, E EM PARTICULAR, DA SAÚDE DA FAMÍLIA ENQUANTO UM CAMPO EM EVIDÊNCIA E CADA VEZ MAIS VALORIZADO NA ATUAÇÃO DOS FUTUROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

REPOUSA TAMBÉM NO RELATO DO ACS 1:

*PORQUE ASSIM, ELES, PRINCIPALMENTE UMA POPULAÇÃO CARENTE, ÀS VEZES AQUELA VELHA INFORMAÇÃO, TÃO ASSIM, JÁ DITA OU JÁ CASTIGADA DE TANTO FALAR QUE, PASSA A INFORMAÇÃO DE FAZER UMA DIETA, “AH! A SENHORA VAI TER QUE COMER UMA CARNE UMA VEZ POR SEMANA”, MAS A FAMÍLIA NÃO TEM DINHEIRO PRA COMPRAR NEM O ARROZ, NÉ? É UMA REALIDADE QUE EXISTE MUITO, SABE? OU ENTÃO, A MÃE APARECE AQUI, DE REPENTE, HUM!, SEMPRE APRESENTA O MESMO SINTOMA, É... NÃO TEM ASSIM NADA PRA TÁ VESTINDO, OU A CUECA TODA SUJA, AÍ JÁ TEM GENTE, “AH! MAUS TRATOS COM A CRIANÇA”, OU NÃO TEM ONDE EDUCAR A CRIANÇA. MAS NÃO É, AÍ VOCÊ VAI NA CASA, NÃO TEM COBERTOR, NÃO TEM ÁGUA PRA TOMAR BANHO, ENTÃO ASSIM, CLARO QUE TEM OUTRAS ASSISTÊNCIAS, MAS ASSIM, EU SABENDO QUE ISSO EXISTE, POR MAIS PERTO QUE ESTEJA TODA ASSISTÊNCIA PRA ATENDER ESSA FAMÍLIA, MAS ELES SABENDO QUE ESSA REALIDADE ACONTECE, ENTÃO, E É PERTO DELES, ENTÃO VÃO TER A IMAGINAÇÃO, “POXA!, EU SEI QUE TÁ PERTO DE MIM, EU SEI QUE ISSO É COMUM ACONTECER”. ENTÃO ELES VÃO CONHECER REALIDADES NA COMUNIDADE QUE TÃO DISTANTES, SABE, A GENTE IMAGINA QUE ESTÁ DISTANTE, MAS NÃO É (ACS 1).*

EM SEU RELATO, O ACS 1 APRESENTA QUE É FUNDAMENTAL O CONHECIMENTO PROFUNDO DA REALIDADE E DAS CONTRADIÇÕES SOCIAIS QUE SE REFLETEM NA EXPRESSÃO E CONSTITUIÇÃO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA. ISTO SE COLOCA COMO DE SUMA IMPORTÂNCIA PARA UMA COMPREENSÃO AMPLIADA DOS DIVERSOS DETERMINANTES ENVOLVIDOS NAS QUESTÕES DE SAÚDE E DAS POSSIBILIDADES DE ENFRENTAMENTO DAS MESMAS. TAL APRENDIZADO PODERÁ CONTRIBUIR PARA QUE CONDUTAS E PRESCRIÇÕES SEJAM BALIZADAS POR UM CONHECIMENTO CONCRETO DA REALIDADE, DIMINUINDO PRECONCEITOS E RANÇOS DE CLASSE NO OLHAR E ABORDAGEM DOS PACIENTES. NESSE SENTIDO, FERREIRA (2007) SALIENTA QUE:

“(...) ESTE APRENDIZADO NO CENÁRIO DA ABS, DESDE O

INÍCIO DO CURSO, SE DIFERENCIA DO APRENDIZADO DE OUTROS ESTUDANTES PELOS VÍNCULOS QUE ESTABELECEM, PELA FORMAÇÃO CRÍTICO - REFLEXIVA E PELA CAPACIDADE QUE DESENVOLVEM AO APRENDER A APRENDER COM A REALIDADE EM QUE SE INSEREM. PORTANTO, É PRIMORDIAL A INSERÇÃO EM CENÁRIOS DE PRÁTICAS, COMO A ABS, NO INÍCIO DO CURSO, PARA CONSTRUIR SABERES CONDIZENTES COM AS REAIS NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO” (P.59).

MED 1 TAMBÉM CORROBORA ESSA VISÃO AO AFIRMAR QUE:

*(...) O PAPEL DO MÉDICO NÃO MAIS AQUELE DE QUE EU MANDO E VOCÊ OBEDECE. É O DE ESCLARECER O PACIENTE SOBRE O QUE ELA ESTÁ FAZENDO, QUAIS SÃO AS POSSIBILIDADES DELA DE TRATAMENTO, VOCÊ NEGOCIAR E DISCUTIR MESMO COM O PACIENTE. ENTÃO ESSA DISCUSSÃO FOI MUITO BOA, PORQUE NA MINHA ÉPOCA A GENTE SE FORMOU ACHANDO QUE ERA DEUS... NO IUSC O ALUNO JÁ TEM ESSE CONTATO COM O PACIENTE DESDE CEDO. ELES APRENDEM A LIDAR COM DIFERENTES SITUAÇÕES, ELES FICAM MAIS HUMANOS. ELES APRENDEM A LIDAR COM ESSE LADO MAIS HUMANITÁRIO DO MÉDICO, E ELES DESENVOLVEM ISSO MAIS CEDO. APRENDEM A DESENVOLVER O EXERCÍCIO DA ESCUTA, PORQUE MÉDICO GERALMENTE NÃO GOSTA MUITO DE ESCUTAR, GOSTA MAIS DE FALAR...*

RESSALTA-SE QUE A VIVÊNCIA E APRENDIZADOS PRECOSES PROPORCIONADOS NA APS COMO CONDIÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE UMA POSTURA MAIS HUMANIZADA E DIALÓGICA COM A COMUNIDADE. MED 1 TAMBÉM REFERENDA A NECESSIDADE DE CONSTRUÇÃO CONJUNTA DO TRATAMENTO NECESSÁRIO ENTRE PROFISSIONAIS E PACIENTES, O QUE PASSA PELO DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE ESCUTA E DE RECONHECIMENTO DO SABER PRÉVIO TRAZIDOS PELOS PACIENTES.

CONFORME O QUE FOI APRESENTADO, PODEMOS REFLETIR QUE A CONSTITUIÇÃO DO SUS TROUXE CONSIGO UMA SÉRIE DE ASPECTOS ENVOLVIDOS NA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA E POR CONSEQUÊNCIA NO MODO COM QUE SÃO OFERTADOS OS CUIDADOS EM SAÚDE. DA MESMA FORMA, AS INSTITUIÇÕES FORMADORAS TAMBÉM FORAM LEVADAS A REVER A MANEIRA COM QUE VINHAM FORMANDO SEUS ALUNOS NA TENTATIVA DE SE ADEQUAR FRENTE A ESTAS NOVAS EXIGÊNCIAS, O QUE TEM PASSADO DIRETAMENTE PELA ARTICULAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES FORMADORAS COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE E, EM ESPECIAL, COM OS SERVIÇOS DA APS.

NESSE PROCESSO, MERECEM DESTAQUE AS POLÍTICAS INDUTORAS DE MUDANÇA CURRICULAR PROPOSTAS PELO MS E MEC, A EXEMPLO DE

EXPERIÊNCIAS EM CURSO POSSIBILITADAS POR PROJETOS LIGADOS AO PET-SAÚDE E PRÓ-SAÚDE COMO ILUSTRA A CITAÇÃO ABAIXO.

“A ANÁLISE DOS RESULTADOS CONSTATA QUE A MAIORIA DAS ESCOLAS ESTÁ NUM MOVIMENTO DE SAÍDA DE SEUS MUROS PARA PROPORCIONAR AOS ESTUDANTES MAIOR EXPERIÊNCIA NOS DIFERENTES NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE. FAZEM USO DE PARCERIAS COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE DE PREFEITURAS, UNIDADES DOS NÍVEIS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA NO ENTENDIMENTO DA CONSTRUÇÃO DA REDE DO SISTEMA DE SAÚDE, O QUE VAI AO ENCONTRO DO QUE É PRECONIZADO NAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS” (STELLA *ET AL*, 2009, P.66).

DE ACORDO COM ESTUDOS ANTERIORES DE CIRYNO *ET AL* (2005, 2006), ROMANHOLI (2010), ULIANA (2011) E MANOEL (2012) CONSTATAMOS QUE A IUSC TEM SE COLOCADO ENQUANTO POSSIBILIDADE CONCRETA DIANTE DESTA NECESSIDADE, NA MEDIDA EM QUE CONSEGUE ARTICULAR A EXPERIÊNCIA E O CONTATO DOS ALUNOS NOS DIFERENTES CENÁRIOS PRESENTES NO NÍVEL PRIMÁRIO DESDE O PRIMEIRO ANO DA GRADUAÇÃO.

ENTRE AS POSSIBILIDADES QUE LHE SÃO FAVORECIDAS POR ESTA EXPERIÊNCIA, FOI DESTACADA A AMPLIAÇÃO DA CAPACIDADE COMUNICACIONAL E DE ESCUTA DOS ALUNOS COM OS PACIENTES, MAIOR ATENÇÃO AOS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS, BEM COMO NO APRENDIZADO EM SE TRABALHAR COM OUTRAS CATEGORIAS PROFISSIONAIS E REALIDADES DIVERSAS DAS QUE ESTÃO HABITUADOS. DE ACORDO COM NOGUEIRA (2009):

“A INSTITUIÇÃO DE NOVOS CENÁRIOS DE PRÁTICA NA FORMAÇÃO MÉDICA POSSIBILITA UMA REORIENTAÇÃO DO OLHAR SOBRE OS ASPECTOS SUBJETIVOS DO ADOECIMENTO, OFERECENDO MAIOR VISIBILIDADE ÀS QUESTÕES SOCIAIS, CULTURAIS E PSICOLÓGICAS DO INDIVÍDUO DOENTE, NUMA COMPREENSÃO AMPLIADA DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA” (P.268).

SOB O ASPECTO METODOLÓGICO DO PROCESSO DE ENSINO PARAGUAY (2011) COLOCA QUE A CONSTRUÇÃO DOS PROJETOS TERAPÊUTICOS PELOS ALUNOS COMPREENDE UM PAPEL ATIVO DOS MESMOS NA PROBLEMATIZAÇÃO E BUSCA DE INFORMAÇÕES E NOVAS SÍNTESES. ESTE PROCESSO PEDAGÓGICO TAMBÉM É PERCEBIDO PELOS ALUNOS COMO UM ENCONTRO DIALÓGICO, ONDE EXISTE ESPAÇO PARA COLOCAREM AS SUAS EXPECTATIVAS E PARTICIPAREM NA CONSTRUÇÃO DOS PROJETOS TERAPÊUTICOS.

POR MEIO DAS FALAS DOS SUJEITOS, OBSERVA-SE QUE A PRÁTICA É

UM ELEMENTO MOTIVADOR PARA A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO, TENDO EM VISTA QUE OS ESTUDANTES PASSAM A ENTENDER O SEU LUGAR NA CONFIGURAÇÃO DE NOVOS SABERES.

“AO DESENVOLVEREM AS Ações DE SAÚDE NA ABS E SE CONFRONTAREM COM OS PROBLEMAS EM TEMPO REAL, OS ESTUDANTES RECONHECEM UMA NOVA CONCEPÇÃO DE APRENDIZAGEM, NA QUAL UTILIZAM CAPACIDADES PRÉVIAS E BUSCAM NOVOS CONHECIMENTOS (COGNITIVOS, AFETIVOS E PSICOMOTORES) PARA ENFRENTAR AS SITUAÇÕES QUE EMERGEM DO COTIDIANO, CONSTRUINDO, ASSIM, MAIOR SIGNIFICADO EM SUA APRENDIZAGEM E POSSIBILITANDO A CONSTRUÇÃO DE NOVOS SABERES” (FERREIRA, 2007, P.55).

COM ISSO, SE ESPERA QUE ESTA INTERAÇÃO PROPORCIONE UMA MAIOR QUALIFICAÇÃO DO ALUNO NA COMPREENSÃO DO FUNCIONAMENTO E PARTICULARIDADES DA APS E DE PRODUÇÃO DE SAÚDE NA COMUNIDADE. NAS PALAVRAS DE ANJOS *ET AL* (2010) TEMOS CLARIFICADA ESTA PRERROGATIVA AO ARGUMENTAREM QUE:

“A INTEGRAÇÃO DA ESCOLA DE MEDICINA COM O ESPAÇO DA ATENÇÃO BÁSICA PERMITE INSERIR O ESTUDANTE DE MODO MAIS PARTICIPATIVO, NUMA REALIDADE QUE POSSA FORMAR UM PROFISSIONAL MAIS PREPARADO TECNICAMENTE, MAIS HUMANIZADO, ÉTICO E COMPROMETIDO COM A COMUNIDADE” (P.181).

COMO PODEMOS CONSTATAR, AS INSTITUIÇÕES FORMADORAS ARTICULADAS COM EQUIPAMENTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE CUMPREM PAPEL PRIMORDIAL PARA QUE O SUS FUNCIONE EM CONSONÂNCIA COM SEUS PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS E ORGANIZATIVOS.

ALÉM DAS NORMAS E LEGISLAÇÕES QUE NORTEIAM A ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA SAÚDE, O PREPARO TÉCNICO E O COMPROMISSO ÉTICO DO ESTUDANTE FOMENTADO DESDE OS PRIMEIROS ANOS DA GRADUAÇÃO PODERÃO CONTRIBUIR PARA QUE SE MATERIALIZEM DE FATO Ações CONDIZENTES COM AS DEMANDAS E NECESSIDADES DA POPULAÇÃO.

PARA TANTO, DEVE-SE COMPREENDER O SUS DE FORMA MAIS AMPLA QUE UM SISTEMA, É UMA POLÍTICA QUE DEVE SUPERAR A VERTICALIZAÇÃO DAS PROGRAMAÇÕES E IR ALÉM DA BUSCA DE UMA RACIONALIDADE TECNOCRÁTICA, ENVOLVENDO TAMBÉM, A DESCENTRALIZAÇÃO DE PODER E RECURSOS NO PROCESSO POLÍTICO.

NESSE SENTIDO, O SUS PODE AVANÇAR AINDA MAIS COM A INTEGRAÇÃO COM A UNIVERSIDADE, MAS PARA ISSO, A UNIVERSIDADE

TAMBÉM DEVE EM CONJUNTO COM A GESTÃO LOCAL, BUSCAR UMA MAIOR ARTICULAÇÃO INSTITUCIONAL, NÃO ASSUMINDO A GERÊNCIA DOS SERVIÇOS, MAS SE COLOCANDO COMO COLABORADORA NESSE PROCESSO. AO INTEGRAR O CENÁRIO REAL DO SUS, TEM CONDIÇÕES DE SOLIDIFICAR UM ARRANJO INSTITUCIONAL, NUM PROCESSO REAL DE FORTALECIMENTO DAS PRÁTICAS, ASSIM COMO, EM PROJETOS E PESQUISAS QUE ENVOLVAM PROFISSIONAIS COMO AUTORES DE FATO E NÃO APENAS EM AGRADECIMENTOS AO FINAL DOS ESTUDOS.

***“O CONTÍNUO APRENDIZADO E CRESCIMENTO PROFISSIONAL  
PROPORCIONADO PELA INTERAÇÃO COM OS ALUNOS”***

O SEGUNDO NÚCLEO DE SIGNIFICAÇÃO ESTRUTURADO SE DEU A PARTIR DA ANÁLISE DE QUE NÃO SÃO APENAS OS ALUNOS QUE PODEM APRENDER POR MEIO DESTA EXPERIÊNCIA. ISSO É CLARIFICADO AO CONSTATARMOS QUE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE REFEREM QUE TAMBÉM SÃO BENEFICIADOS PELA INTERAÇÃO COM OS ALUNOS NO COTIDIANO DE TRABALHO NAS UNIDADES.

EMBORA EXISTAM ALGUNS ENTRAVES E PROBLEMÁTICAS FRENTE A ESTA RELAÇÃO, DE MODO GERAL, OS PROFISSIONAIS PONTUAM ESTA INTERAÇÃO COMO UMA RICA TROCA DE CONHECIMENTOS E SABERES EM QUE AMBOS SAEM GANHANDO. ABAIXO, ESTÃO DESTACADAS ALGUMAS ZONAS DE SENTIDO COMO PODEMOS OBSERVAR NA PARTICULARIDADE DOS RELATOS.

O RELATO DOS ENTREVISTADOS ENF 4 E MED 4 APONTAM A VALORIZAÇÃO DO CONHECIMENTO NOVO ADQUIRIDO NO CONTATO COM OS ALUNOS QUE ESTÃO EM PROCESSO DE FORMAÇÃO.

*APRENDO PORQUE ELES TAMBÉM TRAZEM COISAS DE ONDE ELES ESTÃO, DE COISAS QUE ELES AINDA ESTÃO ESTUDANDO, DE NOVIDADES, COISAS QUE ESTÃO SAINDO NO MERCADO. ENTÃO É UMA TROCA MESMO, A GENTE NÃO É SABEDOR DE TUDO NÃO... EU GOSTO DE CUIDAR DOS ALUNOS, MAS ACHO QUE AS COISAS PRECISAM ESTAR BEM ORGANIZADAS E A EQUIPE ESTAR PREPARADA (ENF.4).*

*E ELES MESMOS CHEGAM E TRAZEM NOVIDADE PRA GENTE. PORQUE ELES ESTÃO DENTRO DA UNIVERSIDADE, ENTÃO NÓS TAMBÉM APRENDEMOS MUITAS COISAS COM ELES. - OH PROFESSORA! FUI NUMA PALESTRA OU TEM FULANO E FULANO QUE FALOU ISSO... É CLARO QUE VOCÊ NÃO ACHA ISSO*

*NUM LIVRO, NEM NO TRABALHO DO DIA-A-DIA (MED 4).*

NOS TRECHOS ACIMA, OBSERVA-SE A VALORIZAÇÃO DO CONHECIMENTO NOVO ADQUIRIDO NO CONTATO COM OS ALUNOS QUE ESTÃO EM PROCESSO DE FORMAÇÃO E ATUALIZADOS COM RELAÇÃO A NOVOS CONHECIMENTOS. MED 4 APRESENTA QUE EMBORA SEJA RECONHECIDA COMO PROFESSORA NO CENÁRIO DA APS SENTE QUE SUA PRÁTICA É ENRIQUECIDA NUM PROCESSO DIALÉTICO DE ENSINO-APRENDIZAGEM, APROPRIANDO-SE DE CONHECIMENTOS ORIUNDOS DE ESPAÇOS PERTENCENTES AO UNIVERSO DOS ALUNOS E QUE VÃO MUITO ALÉM DAS POSSIBILIDADES VISLUMBRADAS EM SEU TRABALHO COTIDIANO.

Já MED 7E ENF 6 NOS APONTAM OUTRAS POTENCIALIDADES:

*A GENTE TEM QUE ESTAR SEMPRE ESTUDANDO Né, TEM QUE ESTAR SEMPRE SE ATUALIZANDO... ÀS VEZES TEM COISAS QUE A GENTE NÃO SABE E TEM QUE ESTAR INDO ATRÁS DISSO PRA ATENDER AS EXPECTATIVAS DOS ALUNOS (MED 7).*

*ACHO QUE OS ALUNOS ME EXIGEM MAIS, VÃO TE QUESTIONAR MAIS, VÃO TRAZER NOVOS CONHECIMENTOS, NOVOS PROCEDIMENTOS. EU ACHO QUE OS PROFISSIONAIS FICAM MAIS ENVOLVIDOS E ESTIMULADOS PELO CONTATO (ENF 6).*

AQUI, OBSERVA-SE QUE EMBORA A RELAÇÃO COM OS ALUNOS LHES EXIJA UMA NECESSIDADE DE ESTUDAR E SE ATUALIZAR, ISSO TAMBÉM SE REFLETE NUM MAIOR ENVOLVIMENTO E COMPROMETIMENTO COM O PRÓPRIO TRABALHO COTIDIANO. DESSA FORMA, A PRESENÇA DO NOVO PROPORCIONADA PELOS ALUNOS, CONTRIBUI PARA QUE OS PROFISSIONAIS SAIAM DO COMODISMO, COMO TAMBÉM AGREGUEM EM SUA PRÁTICA AS IDÉIAS E CONTRIBUIÇÕES TRAZIDAS POR ELES. TAL RELAÇÃO PERMITE QUE A COMUNIDADE ATENDIDA NESTES EQUIPAMENTOS TAMBÉM POSSA SER BENEFICIADA, HAJA VISTA A POSSIBILIDADE DE UMA PRÁTICA MAIS REFLETIDA E COMPROMISSADA COM SUAS PRÓPRIAS ATITUDES E PARA COM OS OUTROS.

TAL RELAÇÃO REVELA A EXIGÊNCIA DE UMA MAIOR REFLEXÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E DE BUSCA POR INFORMAÇÕES QUE ATENDAM AS DEMANDAS E QUESTIONAMENTOS DOS ALUNOS, O QUE TAMBÉM SE REFLETE NUM MAIOR COMPROMETIMENTO E MOTIVAÇÃO COM O PRÓPRIO TRABALHO DIÁRIO. NESSE SENTIDO, TRAJMAN *ET AL* (2009) ACRESCENTAM QUE:

“A REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE OS PROCESSOS DE TRABALHO - MESMO EM CONDIÇÕES DE ALIENAÇÃO E DE SUBORDINAÇÃO A UMA LÓGICA QUE DIFICULTA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL COMO PRÁTICA CRIADORA E CAPAZ DE DOTAR OS SUJEITOS DE SATISFAÇÃO - É UMA CONDIÇÃO NECESSÁRIA PARA AMPLIAR AS DIMENSÕES REALIZADORAS DO TRABALHO NA SAÚDE... POR FIM, OS ESTUDANTES TAMBÉM PRECISAM SER OUVIDOS, POIS TÊM SUA PRÓPRIA VISÃO, RECEIOS E EXPECTATIVAS, QUE PRECISAM SER CONHECIDOS E PACTUADOS À LUZ DAS NECESSIDADES E EXPECTATIVAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE” (P.31-32).

A POSSIBILIDADE DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL E DE AMPLIAÇÃO DO OLHAR PARA OUTRAS DIMENSÕES E POSSIBILIDADES DO CUIDADO EM SAÚDE TAMBÉM SE FAZ PRESENTE:

*ACREDITO QUE FOI AMPLIANDO MUITO MAIS A MINHA VISÃO NA QUESTÃO DE SAÚDE GERAL DAS PESSOAS, DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO. ANTES EU FICAVA MUITO FECHADA SÓ NA MINHA ÁREA E NÃO CONSEGUIA ENXERGAR A RELAÇÃO DE OUTRAS COISAS QUE ESTÃO INTERFERINDO... COMO TUTORA DO IUSC TIVE QUE ABRIR MUITO A MINHA CABEÇA, APRENDER SOBRE VÁRIAS COISAS QUE EU NÃO TINHA CONHECIMENTO E VEJO QUE AGREGOU E MELHOROU A MINHA PRÁTICA (DENT 2).*

OBSERVA-SE QUE PARA ESTA ENTREVISTADA, SUA CONDIÇÃO DE TUTORA LHE EXIGIU IR ALÉM DE SUA PRÁTICA COTIDIANA, FAVORECENDO A COMPREENSÃO DE OUTRAS DETERMINAÇÕES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA QUE SE REFLETIU EM SUA PRÓPRIA PRÁTICA ASSISTENCIAL. TENDO QUE PROBLEMATIZAR COM SEUS ALUNOS A CONFIGURAÇÃO DE NOVAS MODALIDADES DE CUIDADO EM SAÚDE, DENT 2 TAMBÉM SE VIU DESENVOLVENDO UMA NOVA PRÁTICA QUE INCORPOROU SABERES NO SEU TRABALHO COTIDIANO.

TRABALHOS DE SAKATA *ET AL* (2007), SISSON (2009) E PIZZINATO *ET AL* (2012) RESSALTAM QUE ESTES SABERES TÊM SIDO MUITAS VEZES AGREGADOS ÀS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS E AUXILIAM EM SUA QUALIFICAÇÃO E QUALIDADE DOS SERVIÇOS OFERTADOS À POPULAÇÃO. SPERANDIO *ET AL* (2010) EM ESTUDO REALIZADO TAMBÉM ILUSTRAM ESTAS POSSIBILIDADES AO AFIRMAR QUE:

“COM RELAÇÃO AOS PROFISSIONAIS DO CENTRO DE SAÚDE, FICOU EVIDENTE QUE O PROJETO DOS ALUNOS DO PRIMEIRO ANO DE MEDICINA SERVIU COMO INCENTIVO NECESSÁRIO À FORMAÇÃO DE OUTROS GRUPOS DE GESTANTES, O QUE JÁ ERA UMA DEMANDA DA POPULAÇÃO LOCAL A SER TRABALHADA. A EQUIPE SE MOSTROU BASTANTE INTERESSADA E ENGAJADA EM CONTINUAR E AMPLIAR O TRABALHO DESENVOLVIDO, PARA MANTER UM GRUPO PERMANENTE

DE ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES". (P. 620).

TAIS CONSTATAÇÕES TAMBÉM FORAM EVIDENCIADAS NO TRABALHO DE CYRINO *ET AL* (2012) AO APRESENTAR QUE:

"A MAIOR APROXIMAÇÃO ENTRE A UNIVERSIDADE E A POPULAÇÃO, SENDO OS ALUNOS PARCEIROS DA EQUIPE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE, FOI CONSIDERADA COMO UM APOIO À AMPLIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE DEMANDAS DAS ÁREAS QUE NECESSITAM DE MAIOR ATENÇÃO, E QUE ALGUMAS VEZES PERMANECEM ESQUECIDAS, E UMA POSSIBILIDADE DE TRAZER NOVAS IDEIAS DE ESTRATÉGIAS PARA TRABALHAR COM A POPULAÇÃO DESSAS ÁREAS. OUTRO IMPACTO PARA AS EQUIPES DA ESF SE REFERE À POSSIBILIDADE DE, MEDIANTE O TRABALHO REALIZADO DURANTE ESTE ANO, ESTABELECEER PROTOCOLOS PARA MELHORAR A QUALIDADE NO ATENDIMENTO DA POPULAÇÃO NO MUNICÍPIO E CRIAR MATERIAL DIDÁTICO ESPECÍFICO PADRONIZADO" (P.98-99).

NESSA PERSPECTIVA, CECCIM E FEUERWERKER (2004) ENFATIZAM A IMPORTÂNCIA DE INSTITUIÇÕES FORMADORAS E MUNICÍPIOS SE RECONSTITUÍREM E SE COMPROMETEREM ETICAMENTE PARA FAZER FRENTE AOS DESAFIOS DA FORMAÇÃO PARA A ÁREA DA SAÚDE:

"A EDUCAÇÃO EM SERVIÇO RECONHECE OS MUNICÍPIOS COMO FONTE DE VIVÊNCIAS, AUTORIAS E DESAFIOS, LUGAR DE INSCRIÇÃO DAS POPULAÇÕES, DAS INSTITUIÇÕES FORMADORAS, DOS PROJETOS POLÍTICO-PEDAGÓGICOS, DOS ESTÁGIOS PARA ESTUDANTES E DE MOBILIZAÇÃO DAS CULTURAS. A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE/EDUCAÇÃO EM SERVIÇO CONTRIBUI PARA INTERFACES, INTERAÇÕES E INTERCOMPLEMENTARIDADES ENTRE ESTADOS E MUNICÍPIOS NA CONSTRUÇÃO DE UM SISTEMA ÚNICO PARA A SAÚDE, INCENTIVANDO TODOS OS PROCESSOS DE GESTÃO DESCENTRALIZADA E COLEGIADA DO SUS, NO TOCANTE À CONSTRUÇÃO E À PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO NO INTERESSE DO SUS" (P.56).

ESTE CENÁRIO REVELA QUE A PRESENÇA DE ALUNOS EM CONTATO COM OS PROFISSIONAIS DA APS NÃO É POR SI SÓ GARANTIA DE MUDANÇAS E TRANSFORMAÇÕES NO COTIDIANO DE TRABALHO. MESMO QUE SE SINTAM PROVOCADOS A MODIFICAR VELHOS HÁBITOS DIANTE DO NOVO QUE SE APRESENTA, NÃO HÁ GARANTIAS DE QUE O PROFISSIONAL ISOLADAMENTE CONSIGA ALTERAR O MODO DE PENSAR E DE ATUAR DOS DEMAIS MEMBROS DA EQUIPE.

DALLA VECCHIA (2012) ENFATIZA QUE O AGENTE DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE DEVE TER CONDIÇÕES DE SOCIALIZAR E DEBATER POLÍTICAS PÚBLICAS E O SEU CONTEXTO LOCAL, BEM COMO DESENVOLVER UMA AVALIAÇÃO DE TAIS POLÍTICAS JUNTO DA EQUIPE EM QUE SE INSERE.

“NESSE SENTIDO, UM PROJETO ASSISTENCIAL COMUM NÃO DEVE DEIXAR DE PROBLEMATIZAR INCLUSIVE EM QUE CONSISTE O TERMO “ASSISTIR”. ASSIM, PARA NÃO SÓ ESTABELECEER UM PROJETO ASSISTENCIAL, A EQUIPE PODE PROBLEMATIZAR O OBJETO DO PROCESSO DE TRABALHO POR MEIO DA FORMULAÇÃO DE UM “PROJETO POLÍTICO-ASSISTENCIAL” (P.126).

PARA TANTO, SE COLOCA A NECESSIDADE DE QUE ESTA RELAÇÃO SEJA CONSTRUÍDA EM ESPAÇOS COLETIVOS E PERMANENTES DE REFLEXÃO E DE DISCUSSÃO DAS PRÁTICAS EM DESENVOLVIMENTO. PARA QUE ESTA EXPERIÊNCIA TENHA SENTIDO, DEVE SER CONSTRUÍDA EM COMUM ACORDO COM TODOS OS ENVOLVIDOS E PACTUADAS À LUZ DE NORTEADORES TEÓRICOS E DAS CARACTERÍSTICAS DE CADA EQUIPAMENTO DE SAÚDE. DESSA FORMA, EVIDENCIAM-SE DILEMAS EM COMPATIBILIZAR: PRIORIDADES POLÍTICO-INSTITUCIONAIS DA GESTÃO MUNICIPAL, COM A AUTONOMIA X HETERONOMIA DA EQUIPE DE SAÚDE DIANTE DESTAS PRIORIDADES.

ALGUNS PRESSUPOSTOS PODEM SER DESTACADOS COMO ESTRUTURANTES PARA REORIENTAÇÃO NOS PROCESSOS DE FORMAÇÃO, COMO: AMBIENTES INSTITUCIONAIS DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO; TRABALHO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E COOPERATIVO; AÇÕES ARTICULADAS INTRA E INTERINSTITUCIONAL; ABORDAGENS METODOLÓGICAS DE EDUCAÇÃO; INTERDISCIPLINARIDADE E ABORDAGEM SOCIOCULTURAL, ALÉM DE PROJETOS DE EXTENSÃO E PESQUISAS QUE CONTRIBUAM PARA QUALIFICAÇÃO DA APS.

DIANTE DISSO, A EDUCAÇÃO PERMANENTE ADQUIRE PAPEL FUNDAMENTAL COMO EIXO TRANSVERSAL E TRANSFORMADOR DESTA REALIDADE, CONTRIBUINDO NA REGULAÇÃO DA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE CONFORME AS NECESSIDADES DO SUS, O QUE DEVE ENVOLVER A DIMENSÕES POLÍTICA E PEDAGÓGICA FUNDAMENTADAS EM MECANISMOS DE PROBLEMATIZAÇÃO E INSTRUMENTALIZAÇÃO PARA UMA PRÁTICA MAIS REFLETIDA E QUALIFICADA.

### ***“A CONSTRUÇÃO E TRANSFORMAÇÃO QUALITATIVA DA IUSC E DOS ALUNOS AO LONGO DOS ANOS”***

NESTE TERCEIRO NÚCLEO, ESTÁ CONTIDO A PERCEPÇÃO DOS

PROFISSIONAIS QUANTO AO CONTATO COM A IUSC AO LONGO DOS ANOS E DE COMO AVALIAM O DESENVOLVIMENTO DOS PRÓPRIOS ALUNOS DIANTE DESTA VIVÊNCIA. OS DIVERSOS RELATOS APONTAM COMO OS MESMOS PERCEBEM AS TRANSFORMAÇÕES DA PROPOSTA QUE NASCEU COMO UM PROJETO E QUE HOJE É UMA DISCIPLINA OBRIGATÓRIA PARA ALUNOS DE MEDICINA E ENFERMAGEM.

NO RELATO DE MED 8, PODEMOS PERCEBER A VISÃO DE QUEM VIVENCIOU O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DA IUSC COMO ALUNA E AGORA COMO MÉDICA JÁ FORMADA, AVALIA AS POTENCIALIDADES DESTA EXPERIÊNCIA PARA SI E PARA OS SEUS COLEGAS DE TURMA:

*NO INÍCIO COMO NÃO ERA OBRIGATÓRIO, MUITA GENTE ACHAVA QUE ERA MEIO SERVIÇO SOCIAL. PORQUE A GENTE TINHA QUE IR PRA UNIDADE ENTENDER A CONDIÇÃO SOCIAL DAQUELA FAMÍLIA, COMO É QUE ELES UTILIZAVAM O SERVIÇO DE SAÚDE, COMO ERA A ROTINA, FALTA DE MEDICAMENTOS, ENTENDER AS DIFICULDADES DE ATENDIMENTO, A RELAÇÃO COM OS PROFISSIONAIS, MAS ACHAVAM QUE NÃO ESTAVAM FAZENDO NADA EM BENEFÍCIO DA COMUNIDADE... COM O PASSAR DO TEMPO ISSO FOI MUDANDO, PORQUE A GENTE JÁ FOI VENDO OS BENEFÍCIOS DE JÁ TER ESSE CONTATO COM O PACIENTE. ENTÃO, A GENTE CONSEGUIU PERCEBER NA TURMA UM DIFERENCIAL DAQUELES QUE NÃO TINHAM TIDO UM CONTATO COM O PACIENTE, COMPREENDIDO A CONDIÇÃO SOCIAL DELE, A RESIDÊNCIA, A DIFICULDADE NA CONVIVÊNCIA FAMILIAR... E A HORA QUE CHEGA, POR EXEMPLO, NO 6º ANO, É QUE A GENTE VOLTA A FREQUENTAR A UBS. QUEM JÁ ESTEVE ALGUM DIA E PASSOU PELA EXPERIÊNCIA, JÁ CHEGA MAIS EM CASA. JÁ ENTENDE UM POUCO MAIS DO FUNCIONAMENTO, JÁ SABE O QUE É UMA PRÉ-CONSULTA, UMA PÓS, VALORIZA MAIS A CONSULTA DE ENFERMAGEM.*

EM SEU DISCURSO, MED 8 CLARIFICA QUE A EXPERIÊNCIA POSSIBILITADA PELA IUSC NOS CENÁRIOS DA APS É DE FATO SIGNIFICADA AO LONGO DO TEMPO. CONSTATA QUE NO ÚLTIMO ANO DA GRADUAÇÃO, PERÍODO EM QUE SE CONSOLIDA A VIVÊNCIA CLÍNICA COMO MÉDICA, É QUE OS ALUNOS RECONHECEM QUE A EXPERIÊNCIA PRÉVIA CONTRIBUI PARA O CONHECIMENTO DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE, ASSIM COMO NO DIFERENCIAL DE UM ATENDIMENTO QUE LEVE EM CONTA AS MULTIDETERMINAÇÕES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA.

Já ENF 6 POR SUA VEZ:

*QUANDO COMEÇOU A PRIMEIRA TURMA DA IUSC, QUE A GENTE RECEBEU ELES ERAM BEM, COM SE DIZ, MEDICOCÊNTRICOS. ENTÃO O PESSOAL CHEGAVA QUE NUMA*

*POSTURA MEIO AUTORITÁRIA, QUERENDO TOMAR CONTA DO PEDAÇO, NÃO RESPEITAVAM MUITO OS OUTROS PROFISSIONAIS. E AGORA, ACHO QUE A ÚLTIMA TURMA PRINCIPALMENTE, A GENTE PERCEBEU QUE ELES JÁ VÊM TENTANDO SE INTEGRAR MAIS COM A UNIDADE, ELES SÃO MAIS PONDERADOS, DIGAMOS ASSIM, PERCEBEM QUE NÃO ADIANTA ELES ENTRAR E FAZER TUDO SOZINHO. ENTÃO ELES PEDEM MAIS PARTICIPAÇÃO DAS PESSOAS MESMO QUE ESTEJA UM POUCO MAIS LENTO O PROCESSO.*

ENF 6 VALORIZA EM SEU RELATO O PAPEL DA IUSC NO FAVORECIMENTO DE UMA MAIOR CAPACIDADE DE RELACIONAMENTO INTERPESSOAL E RESPEITO COM OS DEMAIS MEMBROS DA EQUIPE DE SAÚDE. RECONHECE QUE UMA POSTURA ARROGANTE E AUTORITÁRIA DOS ALUNOS QUANDO NO INÍCIO DO PROJETO TEM PAULATINAMENTE CEDIDO LUGAR A UMA INSERÇÃO MAIS CUIDADOSA, EMBORA TAL INTERAÇÃO AINDA SEJA ALVO DE ALGUMAS CRÍTICAS E QUESTIONAMENTOS COMO VEREMOS MAIS ADIANTE EM OUTRO NÚCLEO DE SIGNIFICAÇÃO.

NAS FALAS DO ACS 3 E DENT 3, PERCEBE-SE QUE UMA MAIOR APROXIMAÇÃO DO PROFESSOR-TUTOR COM OS PROFISSIONAIS E COM A COMUNIDADE NA ARTICULAÇÃO DAS PROPOSTAS É CONSIDERADA UM FATOR FUNDAMENTAL PARA UMA BOA CONSECUÇÃO DAS AÇÕES E RELAÇÃO ENTRE OS INTEGRANTES DOS TRABALHOS.

*DEU UMA MELHORADA. É ASSIM, DEPENDE MUITO DE QUEM ESTÁ COM ESSES ALUNOS. OS ALUNOS DA TUTORA QUE NÓS TEMOS AQUI, GERALMENTE JÁ VÊM COM UM CONHECIMENTO UM POUQUINHO MAIOR, PORQUE ELA JÁ ESTEVE NESSA COMUNIDADE. ENTÃO ELA JÁ LIDA DE UMA FORMA DIFERENTE ATÉ COM A PESSOA A SER VISITADA. ELA VAI ATÉ A CASA, ELA JÁ EXPLICA E AS PESSOAS CONHECEM MAIS ELA. ENTÃO ISSO VARIA, SE É UM PROFESSOR NOVO, JÁ TEVE O CASO DE CHEGAR AQUI: - OLHA! EU PEGUEI ESSA TURMA, MAS EU NÃO SEI NADA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, VOCÊ, POR FAVOR, ME AJUDA? (ACS 3).*

*DEPENDE DA MOTIVAÇÃO DO PROFESSOR QUE ESTÁ COM AQUELES ALUNOS. EU ACREDITO QUE É FUNDAMENTAL TER UMA PESSOA QUE TEM MAIS JEITO PRA LIDAR COM OS ALUNOS. ACABA TENDO UM RETORNO MAIOR. OU MESMO UMA PESSOA QUE TENHA MAIS JEITO PRA LIDAR COM A EQUIPE, TAMBÉM AS COISAS FLUEM MELHOR (DENT 3).*

CONFORME FOI EVIDENCIADO NO ESTUDO DE MANOEL (2012), DESDE SUA CONCEPÇÃO, A IUSC CONTOU COM UMA GRANDE ROTATIVIDADE DE

PROFISSIONAIS ENCARGADOS DE EXERCER O PAPEL DE TUTOR. APESAR DA COORDENAÇÃO SEMPRE TER BUSCADO VALORIZAR ESPAÇOS DE QUALIFICAÇÃO DOCENTE E DE INTEGRAÇÃO INSTITUCIONAL, FICA EVIDENCIADO QUE OUTRAS DETERMINAÇÕES TAMBÉM ESTÃO IMPLICADAS NA EXECUÇÃO ADEQUADA DAS AÇÕES. ENTRE ELAS, UM MAIOR CONHECIMENTO DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA SAÚDE DA FAMÍLIA, BEM COMO DISPOSIÇÃO E EMPENHO DA ARTICULAÇÃO DAS ATIVIDADES SÃO COLOCADOS COMO FATORES CRUCIAIS PARA QUE O TRABALHO SE DÊ A BOM GRADO PARA TODOS.

AO ATENTAR PARA ESTA PROBLEMÁTICA BARRETO *ET AL* (2012) DESTACAM QUE:

“NA UNIDADE DE SAÚDE, é IMPORTANTE A PACTUAÇÃO DA EQUIPE PRECEPTORA, CONSTRUINDO AS PROGRAMAÇÕES DE ENSINO EM CONJUNTO. DESTA FORMA, INTEGRA-SE O EDUCANDO A TODAS AS PESSOAS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, QUE PASSAM A SE SENTIR RESPONSÁVEIS PELA APRENDIZAGEM DOS ESTUDANTES. PARA ISTO, é IMPORTANTE QUE A EQUIPE SE APROPRIE DE TÉCNICAS DE PLANEJAMENTO EDUCACIONAL” (P.582).

MAIS UMA VEZ, TAMBÉM é RESSALTADO O PAPEL DO TUTOR PARA UM BOM ANDAMENTO E SUCESSO DAS ATIVIDADES, O QUE PASSA PELA SUA PRÓPRIA EXPERIÊNCIA PRÉVIA E QUALIFICAÇÃO PARA EXECUTAR TAL TAREFA, COMO A SUA CAPACIDADE DE ARTICULAÇÃO DO TRABALHO E INTERLOCUÇÃO COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, DOS EQUIPAMENTOS SOCIAIS DO TERRITÓRIO E INDIVÍDUOS E FAMÍLIAS QUE RECEBEM OS ALUNOS.

Já ACS 1, EMBORA RESSALTE A EVOLUÇÃO DO ALUNO DE UMA POSTURA PRESCRITIVA PARA UMA POSTURA MAIS DIALÓGICA COM A COMUNIDADE, APRESENTA PREOCUPAÇÕES QUANTO à TRANSITORIEDADE DOS ALUNOS E EFETIVIDADE DO TRABALHO DIANTE DE SUA DESCONTINUIDADE DE UM ANO PARA O OUTRO.

*O QUE DIFERE DE UM ANO PARA O OUTRO é A QUESTÃO ATÉ DA, ASSIM SABE, MACETE DO PROFISSIONAL. ELE Já TER O DISCERNIMENTO DO QUE FALAR PARA O PACIENTE, DO QUE TRAZER PRO CONSULTÓRIO. O ALUNO DO 1º ANO QUER PÔR TUDO EM PRÁTICA, POR ELE NÃO CONHECER TODA BUROCRACIA QUE EXISTE, COMO é O SISTEMA, ENTÃO ELE VAI JOGANDO MUITA INFORMAÇÃO NO PACIENTE. Já QUANDO COMEÇAM OS OUTROS ANOS, ELES CONSEGUEM ADMINISTRAR MELHOR ESSE CONTEÚDO, COMEÇA A SER MAIS DINÂMICO... EU VEJO QUE A COMUNIDADE QUE RECEBEU OS ALUNOS, ELES SE INTERESSAM, MAIS ACABA SENDO MUITO POUCO, NÃO é? PORQUE NÃO é A MESMA FAMÍLIA QUE é ACOMPANHADA TODO ANO, NEM PODERIA SER PORQUE A COMUNIDADE é MUITO GRANDE. ENTÃO, QUANDO COMEÇA A ACOMPANHAR ELES*

*GOSTAM DO TRABALHO, MAS COMO É DE CURTO PERÍODO, AÍ ELES NÃO SENTEM UMA MELHORA...*

TAL PREOCUPAÇÃO TAMBÉM FOI MANIFESTADA PELOS ACS NO ESTUDO DE JUNQUEIRA; FRUTUOSO E SILVA (2013) AO MANIFESTAREM QUE:

*“EM RELAÇÃO AO CUIDADO, A NÃO CONTINUIDADE DO ATENDIMENTO APARECE COMO PREOCUPAÇÃO NAS FALAS REFERENTES À RELAÇÃO DIRETA COM O MUNÍCIPE/ USUÁRIO DO SERVIÇO E, NO CASO, TANTO DOS ALUNOS COMO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE (AGENTES COMUNITÁRIOS, ENFERMEIRAS E CHEFES DE UNIDADES), PERMEIA AS FALAS QUE DESCREVEM O DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO DE CAMPO. NESTA CATEGORIA DA NÃO CONTINUIDADE, DESTACAM-SE AS AFIRMAÇÕES DE SUPOSTAS DEFICIÊNCIAS DA INFRAESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS E UM PLANEJAMENTO E EXECUÇÃO DE ATIVIDADES ACADÊMICAS QUE DIALOGAM POUCO COM AS DEMANDAS DOS SERVIÇOS” (P.234).*

AO ATENTAR PARA OUTROS ASPECTOS, DENT 1 E A AUX ENF 2 DESTACAM QUE CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE DOS ALUNOS, ASSIM COMO DE SUA DISPONIBILIDADE E INTERESSE EM APRENDER, TAMBÉM SÃO FATORES DECISIVOS PARA UM BOM ANDAMENTO DAS AÇÕES.

*DEPENDE TAMBÉM DOS ALUNOS. TEM ALUNOS QUE SÃO MAIS CARISMÁTICOS, CONVERSAM MAIS COM A EQUIPE. TEM ALUNO QUE É MAIS FECHADO, QUER FAZER MAIS DO JEITO DELE. ÀS VEZES AS MENINAS RECLAMAM: - AH! ESSES ALUNOS CHEGAM E NÃO DÃO NEM BOM DIA! MAS EU ACHO QUE DEPENDE MUITO DO GRUPO, DO PRECEPTOR E DO ENVOLVIMENTO DELES COM A EQUIPE (DENT 1).*

*DEPENDE MUITO DO GRUPO DE ALUNOS. TEM GRUPO QUE SE DEDICA MUITO, MAS TEM OUTROS QUE NÃO ESTÃO MUITO A FIM. ÀS VEZES ASSIM, TEM ALGUNS ALUNOS MUITO INTERESSADOS, OUTROS NÃO. MAS ASSIM, EU PERCEBO QUE MUDOU MUITO DO INÍCIO DO IUSC ATÉ AGORA. MELHOROU MUITO, ESTE ANO OS DOIS GRUPOS QUE PASSARAM AQUI COM A GENTE FORAM MUITO BONS (AUX. ENF. 2).*

NO RELATO DA ENF. 5, REVELA-SE QUE A REPRESENTAÇÃO ACERCA DA DISCIPLINA QUE OUTRORA ERA DE CUNHO NEGATIVO, TEM SIDO MODIFICADA PELA CONSTATAÇÃO DAS EXPECTATIVAS QUE OS NOVOS ALUNOS TRAZEM AO INGRESSAR NA DISCIPLINA.

*A GENTE PERCEBE QUE QUANDO FEZ A APRESENTAÇÃO E QUESTIONOU O QUE ELES JÁ OUVIRAM FALAR DA DISCIPLINA, ELES DIZEM: -NÃO! FALARAM MUITO BEM DA DISCIPLINA, QUE EU VOU APRENDER MUITA COISA, E A EXPECTATIVA DELES É MUITO GRANDE, É MUITO GRANDE. E HÁ*

*UM TEMPO ATRÁS Não, O PESSOAL VINHA NA DISCIPLINA E: - AH! AQUELA COISA CHATA. VOU TER QUE SAIR E FAZER COISA DE ASSISTENTE SOCIAL... EMBORA A GENTE SAIBA QUE TEM AQUELES ALUNOS QUE Não GOSTAM DE SAÚDE PÚBLICA E VÃO SEGUIR UMA LINHA DIFERENTE, NO GERAL A GENTE PERCEBE QUE A DISCIPLINA TEM FEITO SENTIDO E ELES PERCEBEM COMO UMA COISA BOA.*

OS RELATOS TAMBÉM APONTAM QUE MUITOS ALUNOS Não TÊM O PERFIL OU Não SE INTERESSAM POR CONHECER E TRABALHAR NA SAÚDE PÚBLICA E, EM PARTICULAR, NA APS. TODAVIA, É RESSALTADO QUE A RESISTÊNCIA PRÉVIA À PROPOSTA TEM DIMINUÍDO NOS ÚLTIMOS ANOS E TEM SIDO CRESCENTE A EXPECTATIVA E INTERESSE PELA PARTICIPAÇÃO NA DISCIPLINA COM POSSIBILIDADES DE MODIFICAR A CONCEPÇÃO OUTRORA EXISTENTE.

NESTES RELATOS, FICOU ILUSTRADO QUE TEM SIDO DESCONSTRUÍDA DE MANEIRA GRADATIVA A VISÃO PEJORATIVA DA IUSC COMO UM TRABALHO DE SERVIÇO SOCIAL, OU COMO UM TRABALHO DE SEGUNDA CLASSE, PARA UMA PROPOSTA PEDAGÓGICA IMPORTANTE E NECESSÁRIA PARA FORMAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DOS ESTUDANTES.

AÇÕES COMO AS DA IUSC DESENVOLVIDAS NA FMB, SÃO EXEMPLOS DE EXPERIÊNCIAS QUE VÊM SENDO DESENVOLVIDAS Há ALGUNS ANOS, COM O OBJETIVO DE MUDAR PARADIGMAS TRADICIONAIS DA EDUCAÇÃO MÉDICA EM DIREÇÃO A PROCESSOS DE ENSINO-APRENDIZAGEM QUE FAVOREÇAM O CONTATO E A INSERÇÃO DO ALUNO DESDE OS PRIMEIROS ANOS DE GRADUAÇÃO EM UMA POSTURA CRÍTICA FRENTE ÀS PRINCIPAIS PROBLEMÁTICAS EM SAÚDE VIVENCIADAS PELA POPULAÇÃO NO SUS.

PARA TANTO, METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM TÊM SIDO DESTACADAS COMO FERRAMENTAS IMPORTANTES NA CONDUÇÃO DESTAS NOVAS PROPOSTAS, HAJA VISTA SEU POTENCIAL EM PERMITIR A PROBLEMATIZAÇÃO DE QUESTÕES CONCRETAS QUE AUXILIAM NA AQUISIÇÃO DE HABILIDADES ESSENCIAIS E AMPLIAM A CAPACIDADE DE REFLEXÃO E INTERVENÇÃO DO ALUNO DESDE AS PRIMEIRAS ETAPAS DE SUA FORMAÇÃO (CYRINO; RIZZATO, 2004; CYRINO ET AL 2005; FERREIRA; SILVA; AGUIRE, 2007; GIL, 2008, MITRE, 2008).

O USO DE METODOLOGIAS DE ENSINO PROBLEMATIZADORAS EM CENÁRIO CONTEXTUALIZADO, QUE INTEGREM TEORIA E PRÁTICA, E QUE

POSSIBILITEM AO ALUNO UM ESPAÇO DE REFLEXÃO SOBRE OS SEUS SENTIMENTOS E EMOÇÕES DURANTE A PRÁTICA CLÍNICA E O DESENVOLVIMENTO DE SUAS CAPACIDADES RELACIONAIS É UMA ETAPA FUNDAMENTAL PARA PROMOVER UMA APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA E COMPREENDER A SAÚDE MENTAL DOS ALUNOS. ESTAS METODOLOGIAS DE APRENDIZADO ESTÃO CENTRADAS NO PAPEL DO ALUNO COMO SUJEITO NO PROCESSO DE APRENDIZAGEM E NO PROFESSOR COMO TUTOR, APOIADOR, MENTOR E FACILITADOR (PARAGUAY, 2011).

HENRIQUES (2005) TAMBÉM NOS ALERTA QUE APESAR DE TODAS AS POSSIBILIDADES EXISTENTES NOS ESPAÇOS DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO, É INQUIETANTE PERCEBER QUE A FORMAÇÃO EM SAÚDE QUE UTILIZA OS SERVIÇOS DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE COMO CAMPO PRIVILEGIADO PARA AS ATIVIDADES PRÁTICAS QUE COMPÕEM ESSA FORMAÇÃO, SEJA NA MODALIDADE DE ESTÁGIO CURRICULAR OU NA DE AULA PRÁTICA TEM UMA INSERÇÃO NESSES SERVIÇOS QUE SE CARACTERIZA POR UM RELATIVO DISTANCIAMENTO, UM TRATAMENTO DE CERTA FORMA CERIMONIOSO ENTRE OS ENVOLVIDOS, NO QUAL AS CRÍTICAS QUE TENHAM AO OUTRO NÃO ENCONTRAM CANAIS ADEQUADOS DE EXPRESSÃO.

DE FORMA GERAL, PERCEBE-SE QUE A EVOLUÇÃO DA IUSC NO DECORRER DOS ANOS TEM SIDO VISTA COM BOM GRADO AOS OLHOS DOS PROFISSIONAIS, EMBORA SEJA DESTACADA UMA SÉRIE DE ASPECTOS QUE DEVEM SER LEVADOS EM CONSIDERAÇÃO NESSE PROCESSO.

SUA TRANSFORMAÇÃO DE UM PROJETO NÃO OBRIGATÓRIO PARA UMA DISCIPLINA OFICIAL TROUXE CONSIGO UM MAIOR RESPEITO DENTRO DA PRÓPRIA INSTITUIÇÃO FORMADORA, BEM COMO REFLEXOS QUE SE FIZERAM NOTAR DIRETAMENTE NUMA MELHOR ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E NO PREPARO DOS TUTORES. APESAR DISSO, CYRINO *ET AL* (2012) REVELAM QUE ESTE PROCESSO NÃO É HOMOGÊNEO E TEM ENCONTRADO ENTRAVES DENTRO DA PRÓPRIA UNIVERSIDADE:

“A IMPLANTAÇÃO DESTA PRÁTICA NÃO É FÁCIL E ENCONTRA RESISTÊNCIAS NO INTERIOR DA IES, INCLUSIVE NO QUE SE REFERE À POSSIBILIDADE DE DESENVOLVIMENTO DE UM ENSINO ADEQUADO NA ESF, TENDO EM VISTA O DESCRÉDITO NA PRÁTICA CLÍNICA EXTRA-HOSPITALAR E NA ATENÇÃO BÁSICA POR PARTE DE ALGUNS DOCENTES DA INSTITUIÇÃO. A ATENÇÃO BÁSICA AINDA POSSUI MÁ REPUTAÇÃO ENTRE OS MÉDICOS QUE ATUAM NO NÍVEL HOSPITALAR PORQUE MUITOS DESCONHECEM O TRABALHO LÁ REALIZADO OU AS FERRAMENTAS NECESSÁRIAS PARA LIDAR COM A DEMANDA ALI PRESENTE” (P.94).

EMBORA SEJA OBSERVADO QUE A IUSC TEM BUSCADO SUPERAR ESTAS RESISTÊNCIAS, EVIDENCIAM-SE PREOCUPAÇÕES DE QUE, SEM O DIÁLOGO ESPERADO, LIMITAM-SE AS POSSIBILIDADES DE UM FAZER DIFERENCIADO, QUE ASSUMA RESPONSABILIDADES ACERCA DO CUIDADO, DOS PROCESSOS E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO, DA GESTÃO E DA ESCUTA DO USUÁRIO.

APESAR DE TODOS OS AVANÇOS OCORRIDOS NOS ÚLTIMOS ANOS, REVELA-SE QUE A SUA INSERÇÃO E ATUAÇÃO JUNTO ÀS EQUIPES DE SAÚDE AINDA NÃO É DE TODA COMPREENDIDA PELOS PROFISSIONAIS, PRINCIPALMENTE NO QUE CONFERE AS PARTICULARIDADES DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS NOS DIFERENTES ANOS POR AQUELES QUE NÃO SÃO TUTORES DIRETOS DOS ALUNOS.

DO MESMO MODO, ALGUMAS TRANSFORMAÇÕES NO MODELO PEDAGÓGICO DA FMB QUE SE EXPRESSAM EM DIVERSOS MOMENTOS DA GRADE CURRICULAR, AINDA NÃO PERMITEM DIZER QUE TENHA HAVIDO UMA GRANDE MUDANÇA NA CONCEPÇÃO DOS DOCENTES DA INSTITUIÇÃO, HAJA VISTA QUE MUITOS DELES AINDA SE MOSTRAM CONTRÁRIOS AS PROPOSTAS E RETICENTES QUANTO AOS BENEFÍCIOS PROPORCIONADOS AOS ALUNOS NESTAS VIVÊNCIAS.

***“O APRENDIZADO NA COMUNIDADE NO PRESENTE COMO ESTRATÉGIA PARA UM FUTURO RETORNO SOCIAL”***

NO QUARTO NÚCLEO DE SIGNIFICAÇÃO ESTRUTURADO, REPOUSAM AS CONCEPÇÕES DE COMO OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE AVALIAM A RELEVÂNCIA DA FORMAÇÃO NA APS PARA A COMUNIDADE NA QUAL ESTÃO INSERIDOS E PARA A SOCIEDADE COMO UM TODO. AQUI, ESTÃO EXPLICITADOS NOS DIFERENTES RELATOS A PERTINÊNCIA DAS PROPOSTAS E DE SUAS POTENCIALIDADES EM FORMAR ALUNOS COM A CAPACIDADE DE LER E INTERVIR DE FORMA CRÍTICA NAS DEMANDAS E NECESSIDADES EM SAÚDE DA POPULAÇÃO.

COMO PODE SER OBSERVADO NO RELATO DE ENF 5:

*QUANDO EU FAÇO AS VISITAS E SOLICITO A*

*POSSIBILIDADE DE ACOMPANHAMENTO DOS ALUNOS, A GENTE COLOCA O PROPÓSITO DO TRABALHO, E FALA QUE É PRA FUTURAMENTE A GENTE TER UM PROFISSIONAL QUE CONHEÇA O LOCAL, CONHEÇA A REALIDADE DAQUELA POPULAÇÃO, E NÃO VAI FICAR FECHADO LÁ NO HOSPITAL, SEM SABER O QUE TÁ ACONTECENDO AQUI FORA... ELAS ACHAM ÓTIMO! E SE SENTEM FELIZES POR ESTAR RECEBENDO, TÁ AJUDANDO, TÁ RECEBENDO.*

ENF 5 DESTACA QUE O USUAL DISTANCIAMENTO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E PACIENTES EM DIVERSOS ASPECTOS, MUITAS VEZES É SENTIDO COMO SENSÇÃO DE ABANDONO E DE DESAMPARO. TODAVIA A POPULAÇÃO ENTENDE A IMPORTÂNCIA DO APRENDIZADO QUANDO LHES É EXPLICITADO ADEQUADAMENTE O CARÁTER DA PROPOSTA E TAMBÉM DA RELEVÂNCIA DE SEU PAPEL NESTA EXPERIÊNCIA.

TER A OPORTUNIDADE DE FAVORECER A CONSTRUÇÃO DE UMA SAÚDE PÚBLICA MAIS HUMANIZADA E ATENTA AOS ANSEIOS E PROBLEMÁTICAS ENFRENTADAS PELA POPULAÇÃO NO COTIDIANO DA ASSISTÊNCIA É VISTA COM BONS OLHOS POR AQUELES QUE PODEM E GOSTARIAM DE COLABORAR COM O PROCESSO FORMATIVO.

JÁ OS RELATOS DOS ACS 2 E ACS 4 DESTACAM QUE A EXPERIÊNCIA PRÉVIA NOS CENÁRIOS DA APS AUXILIA A APROXIMAR RELAÇÕES E A FORMAR VÍNCULO COM OS PACIENTES, ALÉM DE DIMINUIR A BARREIRA SOCIAL EXISTENTE ENTRE MÉDICOS E PACIENTES QUE SE REFLETE DENTRO DA PRÓPRIA FORMAÇÃO.

*EU PENSO QUE ISSO JÁ APROXIMA MAIS. EXISTE UMA BARREIRA ENTRE O PACIENTE E O MÉDICO, E QUANDO O PACIENTE COMEÇA A INTERAGIR COM O FUTURO MÉDICO DESDE O PRIMEIRO ANO E VAI ESTAR VENDO QUE O MÉDICO NÃO É NENHUM “BICHO PAPÃO”, É UM SER HUMANO IGUAL A ELE. NÃO É PORQUE ESTÁ DE JALECO ALI CONSULTANDO QUE ELE TEM QUE SER O SENHOR, ELE JÁ SABE TUDO E EU NÃO SEI NADA. EU ACREDITO QUE ESTREITA MAIS O RELACIONAMENTO, PORQUE DAQUI A SEIS ANOS ELE VAI ESTAR CONSULTANDO E VAI LEMBRAR: - NOSSA! VOCÊ FOI NA MINHA CASA. EU ACREDITO QUE ISSO ESTREITA MAIS O RELACIONAMENTO (ACS 2).*

*CAIU AQUELA COISA DO MÉDICO NO PATAMAR DE “SANTO”, O INTOCÁVEL. A IMPRESSÃO QUE ME DÁ É QUE QUEBROU ESSA COISA DO MÉDICO FICAR NO PATAMAR. ENTÃO A GENTE JÁ TEM A INTIMIDADE DE CONVERSAR COM ELE. MUITOS ATÉ, ASSIM, QUANDO VÊM COMO INTERNO E PASSOU PELO IUSC: AH! EU LEMBRO DE VOCÊ NA MINHA CASA. ENTÃO, JÁ QUEBRA AQUELA BARREIRA DE ACHAR QUE O DOUTOR É O INTOCÁVEL E EU NÃO SOU NADA. ENTÃO O PACIENTE APROXIMA. (ACS 4).*

OS ACS, POR SUA VEZ, FRISAM QUE O CONTATO DOS ALUNOS COM AS PROBLEMÁTICAS E CARACTERÍSTICAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COLABORAM PARA A DIMINUIÇÃO DO ABISMO SOCIAL EXISTENTE ENTRE MÉDICOS, PACIENTES E DEMAIS MEMBROS DA EQUIPE DE SAÚDE. RESSALTAM QUE AO TER UMA COMPREENSÃO AMPLIADA DOS PACIENTES EM SEU PRÓPRIO TERRITÓRIO, CONSEGUEM APROXIMAR SUA LINGUAGEM E CONDUTAS DE FORMA MAIS CONDIZENTE COM AS NECESSIDADES E ANSEIOS DA POPULAÇÃO.

NA MEDIDA EM QUE NÃO SE SENTEM INFERIORIZADOS E INTIMIDADOS PELA DISPARIDADE DE PODER, OS PACIENTES PODEM ENCONTRAR ABERTURA PARA EXPLICITAR VERDADEIRAMENTE O QUE PENSAM E SENTEM SEM MEDO DE POSSÍVEIS REPRESÁLIAS, E A NÃO MAIS FALAR AQUILO QUE O “DOUTOR” QUER E ESPERA OUVIR.

DE ACORDO COM GOMES *ET AL* (2012) “PARA QUE O PACIENTE FALE ABERTAMENTE SOBRE SUA HISTÓRIA, “CHEGUE A FALAR DE SEUS PROBLEMAS MAIS ÍNTIMOS”, O MÉDICO NECESSITA ESTABELECEER A CONFIANÇA PARA O DIÁLOGO, PERMITINDO UM “DISCURSO LIVRE” DO PACIENTE” (P.1111). ISSO TAMBÉM É NOTÓRIO PARA OS PRÓPRIOS ACS QUE AO VEREM DIMINUÍDA A DESIGUALDADE DE PODER, CONSEGUEM FALAR DE “IGUAL PRA IGUAL” SEM RECEIO.

ESSA CONSTATAÇÃO TAMBÉM SE APROXIMA COM OBSERVAÇÕES DA PESQUISA DE PARAGUAY (2011) AO REVELAR QUE:

“O AGENTE COMUNITÁRIO ENTREVISTADO VALORIZOU A IMPORTÂNCIA DO CONTEXTO FAMILIAR, SOCIAL E O “HUMANISMO DOS ALUNOS” AO ELABORAR O PROJETO TERAPÊUTICO. LEMBROU A IMPORTÂNCIA DA ESCUTA NAS VISITAS DOMICILIARES, DOS OBJETIVOS DO PROJETO, DO SENTIMENTO DE ESTAR EM REDE COM OS ALUNOS E PROFESSORES DA UNICAMP, VALORIZANDO AINDA UMA ABORDAGEM QUE ENVOLVE O INDIVÍDUO NO SEU CONTEXTO E COM A SUA SINGULARIDADE. (P.49).

NA FALA DA MED 8, É APONTADA QUE PELA POSIÇÃO QUE O ALUNO OCUPA, UMA SÉRIE DE ASPECTOS ENVOLVIDOS NA ABORDAGEM COM O PACIENTE SÃO FACILITADOS E MAIS BEM EXPLORADOS:

*EU ACHO QUE ELES FICAM MAIS CONFORTÁVEIS PRA FALAR COM OS ALUNOS. PORQUE ELES NÃO TÊM CORAGEM DE FALAR COM OS MÉDICOS QUE ELES NÃO TÊM CONDIÇÕES DE COMPRAR O REMÉDIO... ENTÃO EU ACHO QUE A COMUNIDADE GANHA QUANDO O MÉDICO COMPREENDE MAIS A REALIDADE E O JEITO DE SER DO PACIENTE. COMPREENDE TAMBÉM A*

*DIFICULDADE QUE É TER QUE TOMAR UM REMÉDIO PARA O RESTO DA VIDA. COMPREENDEM QUE ALGUNS PACIENTES ENCARAM UM DIAGNÓSTICO COM PÊSAR, OUTROS ENCARAM COM NATURALIDADE, OUTROS VÃO FAZER UM ESFORÇO PRA COMPRAR, E OUTROS JÁ NÃO VÃO FAZER ISSO... ENTÃO QUANDO VOCÊ CONSEGUE CHAMAR MAIS, IMPLICAR MAIS O PACIENTE NO SEU PRÓPRIO TRATAMENTO, A CHANCE DELE VIR A ADERIR É MUITO MAIOR.*

MED 8 CORROBORA A NECESSIDADE DE APROXIMAÇÃO COM OS PACIENTES COMO FATOR ESSENCIAL PARA A RESPONSABILIZAÇÃO COM SUA PRÓPRIA SAÚDE. A NÃO ADERÊNCIA AO TRATAMENTO NÃO DEVE SER VISTA COMO UMA AFRONTA AO MÉDICO OU DESCASO COM A PRÓPRIA SAÚDE, MAS SIM, COMPREENDIDA À LUZ DAS IDIOSINCRASIAS DE CADA PACIENTE EM DADA SITUAÇÃO, ONDE UMA SÉRIE DE MECANISMOS DE DEFESA E QUESTÕES DE ORDEM ECONÔMICA PODEM ESTAR EM JOGO E INCIDINDO DIRETAMENTE NO MODO EM QUE O INDIVÍDUO RECEBE O SEU DIAGNÓSTICO E SE ENGAJA NO TRATAMENTO PROPOSTO. DIANTE DESTES FATORES GOMES *ET AL* (2012) ILUSTRA O PENSAMENTO DE QUE:

*“A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE OCORRE NA DINÂMICA DOS PROCESSOS SUBJETIVOS E SOCIAIS ONDE HABITAM OS SUJEITOS, E COMPORTA UMA MULTIPLICIDADE DE FATORES POLÍTICOS, PESSOAIS, RELACIONAIS, CIENTÍFICOS, COMUNICACIONAIS, ORGANIZACIONAIS E MACROESTRUTURAIS. ELA NÃO SE DETÉM, NO ENTANTO, EM NENHUM DELES DE FORMA ISOLADA” (P.1114).*

NOS DIZERES DE DENT 2, FICA DESTACADA A POSSIBILIDADE DE GANHOS DA POPULAÇÃO QUE SERÁ ATENDIDA POR FUTUROS PROFISSIONAIS COM UMA AMPLIAÇÃO DO DIÁLOGO COM MÉDICOS QUE SE TORNAM MAIS HUMANOS AO LIDAR COM OS PACIENTES.

*EU ACHO QUE PRA SOCIEDADE É MUITO BOM, PORQUE VOCÊ VAI FORMAR UM PROFISSIONAL QUE SABE ESCUTAR, SABE SE COMUNICAR. COMO EU JÁ FALEI DA VISITAS: - PRESTA ATENÇÃO NOS PACIENTES! QUE MUITAS VEZES A GENTE VAI SE CONSULTAR COM MÉDICOS PARTICULARES MESMO E NEM OLHA NA SUA CARA. ENTÃO EU PASSO ISSO BASTANTE PARA OS MEUS ALUNOS: - VOCÊS QUEREM SER PROFISSIONAIS? VOCÊ PEGA PRONTUÁRIO E NÃO CONSEGUE LER UMA VÍRGULA DO QUE ESTÁ ESCRITO. ENTÃO EU ACHO QUE ISSO MUDA BASTANTE, PORQUE A GENTE SABE QUE HOJE EM DIA AS DOENÇAS SÃO MUITO, COMO DIZ, PSICOSSOCIAIS. ENTÃO EU ACHO QUE AJUDA BASTANTE.*

OBSERVA-SE EM SEU DISCURSO O CUIDADO EM AMPLIAR A

CAPACIDADE DE EMPATIA PARA COM OS PACIENTES E DE FAVORECER O EXERCÍCIO DE REFLEXÃO QUANTO À PRÓPRIA EXPERIÊNCIA NA CONDIÇÃO DE PACIENTES, E DE COMO É DESAGRADÁVEL QUANDO SE VEEM TRATADOS DE MODO NEGLIGENTE E FORTUITO. DESSA FORMA, BUSCA AUXILIÁ-LOS A SE COLOCAR NO LUGAR DO OUTRO E A SE PREOCUPAR ATÉ MESMO COM PEQUENOS DETALHES DE UM ATENDIMENTO, MAS QUE PODEM GERAR GRANDES TRANSTORNOS E MAL ESTAR NOS PACIENTES.

Já MED 2, EMBORA RESSALTE AS LIMITAÇÕES IMPOSTAS PELO MODELO DE ATENÇÃO EM QUE ATUA, SALIENTA AS POTENCIALIDADES DESTA VIVÊNCIA PARA A COMUNIDADE MESMO QUE AINDA NÃO POSSAM SER OBSERVADAS E AVERIGUADAS NESTE MOMENTO.

*EU ACHO QUE NA VERDADE, SE VOCÊ MUDA O PERFIL DO PROFISSIONAL VOCÊ ACABA TENDO UM PROFISSIONAL QUE RESPONDE MAIS ÀS DEMANDAS NO SEIO DA COMUNIDADE. NESTE SENTIDO, NO SENTIDO MAIS DE MÉDIO E LONGO PRAZO, NO CURTO PRAZO TALVEZ NÃO, PORQUE EU ACHO, PELO MENOS NO TERCEIRO ANO DO IUSC, POR QUE ELES FICAM MUITO NA UNIDADE, ELES NÃO TÊM MUITO ESSE TRABALHO NA COMUNIDADE. ATÉ PORQUE O CENTRO DE SAÚDE ESCOLA FICA NUMA POSIÇÃO MAIS PASSIVA, NÃO TEM ESSA AÇÃO EXTRA-MUROS, É MUITO RESTRITO.*

CONFORME FOI APRESENTADO, PODEMOS REFLETIR QUE NÃO SÓ ALUNOS E PROFISSIONAIS PODEM SER BENEFICIADOS POR MEIO DA PARTICIPAÇÃO E INTERAÇÃO COM A IUSC E DE OUTROS PROJETOS DE INSERÇÃO E APRENDIZADO NA APS, MAS TAMBÉM, A COMUNIDADE ONDE SÃO DESENVOLVIDOS OS TRABALHOS E A SOCIEDADE DE UM MODO MAIS AMPLO.

CONSTATAMOS QUE QUANDO HÁ UMA ARTICULAÇÃO MAIS SATISFATÓRIA ENTRE TODOS OS INDIVÍDUOS IMPLICADOS NAS PROPOSTAS EM CURSO, E QUANDO LHEM É EXPLICITADA A IMPORTÂNCIA DESTA EXPERIÊNCIA PARA OS ALUNOS E O PAPEL FUNDAMENTAL QUE AS FAMÍLIAS QUE OS RECEBEM EM VISITAS DOMICILIARES TÊM, ELAS SE SENTEM VALORIZADAS E GRATIFICADAS EM CONTRIBUIR COM ESTE PROCESSO. NO ESTUDO DE FERREIRA (2007) ESTAS QUESTÕES TAMBÉM EMERGIRAM, APONTANDO QUE:

*“OS DISCURSOS DOS SUJEITOS EVIDENCIAM O PAPEL SOCIAL QUE ELES TÊM NAS RELAÇÕES COM A COMUNIDADE, FORMANDO UM ELO ENTRE O ESTUDANTE, O SERVIÇO DE SAÚDE E A POPULAÇÃO NA ABS. ESSA RELAÇÃO CONTRIBUI PARA A MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DAS PESSOAS, AO MESMO TEMPO EM QUE COLABORA PARA A APRENDIZAGEM DO ESTUDANTE. RECONHECEM OS SABERES UM DO OUTRO NA MEDIDA EM QUE OCORRE A TROCA DE*

EXPERIÊNCIAS QUE GERAM AJUDAS MÚTUAS, ESTUDANTE COMUNIDADE” (P.56).

É NESSE SENTIDO QUE A ESCOLA MÉDICA DEVERÁ ASSUMIR AS NECESSIDADES SOCIAIS ORIGINADAS E DEFINIDAS PELOS GRUPOS LOCAIS, ALIANDO TÉCNICA E SENSIBILIDADE POLÍTICA.

“A DEFINIÇÃO CLARA DE OBJETIVOS A SEREM ALCANÇADOS PARA CONCEITOS, COMPORTAMENTOS E ATITUDES PERMITE QUE DOCENTES E ESTUDANTES TENHAM CLAREZA DA FORMAÇÃO ATÉ SEU MOMENTO DE AVALIAÇÃO. ADQUIRINDO SENSIBILIDADE, A CULTURA DEIXA DE SER DESIGUAL PARA TORNAR-SE DIFERENTE. COM ESSE CONCEITO, O MÉDICO NÃO MAIS PROCURA ELIMINAR A DISTÂNCIA ENTRE SUA ATUAÇÃO E O DESEJO DO PACIENTE, OU TORNAR O DESIGUAL EM IGUAL, MAS ENTENDÊ-LA, COMO DIFERENTES QUE SÃO E CONSCIENTES DESSA DIFERENÇA E DE SUA PARTICIPAÇÃO SOCIAL” (VIEIRA *ET AL*, 2007, P. 241).

A ADEQUAÇÃO DA COMUNICAÇÃO TAMBÉM TEM SIDO ACOMPANHADA POR UMA MAIOR SENSIBILIDADE NA INTERAÇÃO COM O PACIENTE, O QUE SE REVELA NUMA POSTURA MAIS ACOLHEDORA DIANTE DO SOFRIMENTO DO OUTRO, QUE PERCEBE AS SUAS PARTICULARIDADES E PROCURA ADEQUAR A OFERTA DE TRATAMENTO ÀS REAIS CONDIÇÕES DE VIDA DE CADA UM. EM SEU ESTUDO CAMPOS *ET AL* (2008) NOS APONTAM QUE:

“QUANTO A POSSÍVEIS MUDANÇAS PERCEBIDAS PELOS ALUNOS EM SUA FORMA DE ATENDER O PACIENTE AO FINAL DO ESTÁGIO, CONCLUIU-SE QUE ESTE PROVOCOU MUDANÇAS NA MAIORIA DOS ALUNOS, QUE PASSARAM A COMPREENDER A ABORDAGEM DO PACIENTE COMO UM SER BIOPSISSOCIAL. ALÉM DISSO, PROPORCIONOU AQUISIÇÕES IMPORTANTES PARA O EXERCÍCIO DA PROFISSÃO MÉDICA: MAIOR HABILIDADE, SEGURANÇA E PACIÊNCIA NO ATENDIMENTO AOS PACIENTES” (P.88-89).

MESMO QUE OS BENEFÍCIOS AINDA NÃO SEJAM TOTALMENTE EVIDENTES, NO MOMENTO EM QUE ESTÃO SENDO DESENVOLVIDOS OS TRABALHOS, ESTÃO COLOCADAS AS POTENCIALIDADES DESTA EXPERIÊNCIA NA CONSTRUÇÃO DE UM PROFISSIONAL DE SAÚDE MENOS AUTORITÁRIO, MAIS SEGURO E MAIS CONSCIENTE DE SEU PAPEL SOCIAL.

A DIVERSIFICAÇÃO DOS CENÁRIOS E A UTILIZAÇÃO DE METODOLOGIAS PROBLEMATIZADORAS SÃO COMPREENDIDAS COMO ESTRATÉGIAS PARA A TRANSFORMAÇÃO CURRICULAR, POIS APROXIMAM OS ESTUDANTES DA VIDA COTIDIANA E CONTRIBUEM PARA DESENVOLVER OLHARES CRÍTICOS E VOLTADOS PARA OS PROBLEMAS REAIS DA POPULAÇÃO.

ENTRETANTO, É NECESSÁRIO SALIENTAR QUE A PREOCUPAÇÃO COM O OUTRO E O COMPROMISSO COM A SAÚDE PÚBLICA NÃO SÃO PROCESSOS QUE OCORREM DE FORMA NATURAL E ESPONTÂNEA. TORNA-SE FUNDAMENTAL QUE ESTA EXPERIÊNCIA SEJA SIGNIFICADA E CONSTRUÍDA AO LONGO DE TODO CURSO, POR MEIO DE ESTRATÉGIAS E ESPAÇOS DE REFLEXÃO QUE FAVOREÇAM O DESENVOLVIMENTO DO PENSAMENTO CRÍTICO E DE UMA PRÁTICA MENOS ALIENADA.

***“O PAPEL PEDAGÓGICO - ASSISTENCIAL DOS CENTROS DE SAÚDE ESCOLA  
COMO FATOR RELEVANTE PARA O SUCESSO DO ENSINO NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE”***

EM CONSONÂNCIA COM UM DOS QUESTIONAMENTOS APRESENTADOS NESTA TESE, BUSCAMOS CAPTAR QUAIS SERIAM AS POSSÍVEIS DIFERENÇAS E/OU SEMELHANÇAS ENTRE OS DIFERENTES SERVIÇOS DE APS, QUANTO À PRESENÇA E INTERAÇÃO COM ALUNOS EM FORMAÇÃO PROFISSIONAL NESTES ESPAÇOS. EXPLICITAMOS ATRAVÉS DOS RELATOS ABAIXO, A PLURALIDADE DE OPINIÕES EXPRESSAS EM ALGUMAS ZONAS DE SENTIDO.

EM SEU RELATO, MED 2, EXPÕE A PARTICULARIDADE DE SEU PAPEL DENTRO DE UMA INSTITUIÇÃO QUE ALÉM DA FUNÇÃO ASSISTENCIAL ESTÁ ORGANIZADA E ESTRUTURADA PARA RECEBER ALUNOS.

*QUANDO EU FIZ A MINHA PROVA PRA ENTRAR AQUI, ISSO FOI COLOCADO COMO UMA CONDIÇÃO. QUE EU ESTAVA VINDO TRABALHAR AQUI E QUE UMA DAS FUNÇÕES SERIA PRESTAR ASSISTÊNCIA, PRESTAR ASSESSORIA, FAZER SUPERVISÃO DOS ALUNOS DA FACULDADE...NUM OUTRO MOMENTO, QUE EU FUI BANCA PRA CONTRATAÇÃO DE CLÍNICO, ISSO TAMBÉM ERA COLOCADO. MAS NÃO SÓ COLOCADO, MAS TAMBÉM VALORIZADO PRA AQUELES QUE TINHAM EXPERIÊNCIA, QUE A GENTE PERCEBIA QUE TINHA INTERESSE NA QUESTÃO DE DOCÊNCIA...*

MED 2 NOS CLARIFICA QUE SUA ATUAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA VAI MUITO ALÉM DA ATRIBUIÇÃO ASSISTENCIAL. A SUA INSERÇÃO EM ATIVIDADES DE CUNHO PEDAGÓGICO É PARTE INTEGRANTE DE SEU TRABALHO COTIDIANO, O QUE NÃO SÓ É VALORIZADO, MAS UTILIZADO COMO CRITÉRIO DURANTE PROCESSOS DE SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DE PROFISSIONAIS.

NO RELATO DA ENF 3, NOTA-SE O ORGULHO EM ATUAR NUMA INSTITUIÇÃO RECONHECIDA COMO DIFERENCIADA NO ATENDIMENTO à POPULAÇÃO, COMO TAMBÉM MELHOR ESTRUTURADA PARA COMPORTAR ALUNOS EM APRENDIZADO NESTES EQUIPAMENTOS.

*EU NUNCA TIVE PROBLEMAS EM RELAÇÃO A ALUNOS, EU ACHO QUE TUDO É BEM-VINDO E O CENTRO DE SAÚDE ESCOLA É REFERÊNCIA PRA ALUNO. ENTÃO, COMO EU FUI ALUNO E PASSEI PELO APRIMORAMENTO, EU JÁ ESTOU ACOSTUMADA DE COMO É A ROTINA. É QUE O CENTRO DE SAÚDE ESCOLA... NÃO QUERENDO PUXAR A SARDINHA, MAS ELE É ESTRUTURADO DE UMA MANEIRA DIFERENTE DAS OUTRAS UNIDADES PRA ATENDER, ACHO QUE TAMBÉM PELO ESPAÇO, PELOS GRUPOS, QUE TAMBÉM PARTICIPA NUTRICIONISTA, TEM A FISIO, EQUIPE MULTIPROFISSIONAL. ENTÃO TUDO QUE VOCÊ PRECISAR DISCUTIR JÁ TEM O PROFISSIONAL. EU ACHO QUE É DIFERENTE DAS OUTRAS UNIDADES, É DIFERENCIADO O TRATAMENTO DOS PACIENTES, NÃO NA QUESTÃO DA CONDUTA, MAS NOS GRUPOS, NO ACESSO...*

CONFORME PUDEMOS CONSTATAR, O MODELO DE ORGANIZAÇÃO E DE TRABALHO DESENVOLVIDOS PELOS CENTROS DE SAÚDE ESCOLA É DESTACADO COMO MAIS QUALIFICADO EM EXERCER UMA FUNÇÃO PEDAGÓGICA PARA ALUNOS QUE SE UTILIZAM DOS CENÁRIOS DA APS EM SUA FORMAÇÃO PROFISSIONAL.

ENTRE OS FATORES QUE CONFEREM UM STATUS DIFERENCIADO AOS CSE, É RESSALTADA A PRESENÇA E POSSIBILIDADE DE TRABALHO CONJUNTO COM OUTRAS CATEGORIAS PROFISSIONAIS QUE COMPÕEM O QUADRO TÉCNICO DO SERVIÇO E QUE HABITUALMENTE NÃO FAZEM PARTE DAS EQUIPES DE REFERÊNCIA DE UBS E USF. ALÉM DISSO, ENFATIZA NA ESTRUTURA FÍSICA ADEQUADA, COMO NA FACILIDADE DO ACESSO E NA REALIZAÇÃO DE GRUPOS COMO CONDIÇÕES ESSENCIAIS DE TRABALHO E DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.

DE MODO SIMILAR, MED 8 MOSTRA-SE SATISFEITA PELA LOGÍSTICA QUE DISPÕE E QUE NÃO É ENCONTRADA FACILMENTE EM OUTROS LUGARES:

*EU ACHO QUE UM PROBLEMA QUE A GENTE TEM AQUI, E NÃO É SÓ AQUI, PORQUE A GENTE É UM DOS MELHORES, SENÃO O MELHOR LUGAR, É A QUESTÃO DA FALTA DE ESPAÇO. PORQUE JUNTA O ATENDIMENTO JÁ DE ROTINA DOS CLÍNICOS, MAIS O ATENDIMENTO DO ALUNO. É AÍ A GENTE NÃO TEM SALA PRA TODO MUNDO, ACABA TENDO QUE PEGAR A SALA DE OUTRA ÁREA, E AINDA BEM QUE TEM OUTRA ÁREA!*

EMBORA TAIS SERVIÇOS TENHAM SIDO ESTRUTURADOS E CARACTERIZADOS JUSTAMENTE PARA QUE ALUNOS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU TIVESSEM UMA MAIOR APROXIMAÇÃO COM AS PROBLEMÁTICAS E POSSIBILIDADES DE CUIDADO EM SAÚDE NO NÍVEL PRIMÁRIO DE ATENÇÃO, CONSTATAM-SE UMA SÉRIE DE ASPECTOS QUE PODEM SER PENSADOS A PARTIR DESTA EXPERIÊNCIA.

ENTRE AS REFLEXÕES POSSÍVEIS, OBSERVAMOS QUE A CONTRATAÇÃO DE PROFISSIONAIS CIENTES DE SEU PAPEL EDUCACIONAL PARA ALÉM DE SUAS FUNÇÕES ASSISTENCIAIS DE ROTINA, BEM COMO MELHOR QUALIFICADOS PARA EXERCER TAIS ATIVIDADES, SE TORNAM DE SUMA IMPORTÂNCIA PARA QUE OS PROFISSIONAIS E OS SERVIÇOS CONTINUEM A DESEMPENHAR A SUA FUNÇÃO DE ESCOLA E DE CAMPO DE FORMAÇÃO.

AO DISCORRER SOBRE A FORMAÇÃO PEDAGÓGICA DOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE, MOHR (2001) AFIRMA QUE:

“O PROFISSIONAL DE SAÚDE é UM EDUCADOR, EMBORA NEM SEMPRE ESTEJA CONSCIENTE DISSO. ESSE PROFISSIONAL EXERCE AÇÕES INFORMAIS DE EDUCAÇÃO COMO INERENTES à SUA ATIVIDADE PROFISSIONAL, POR EXEMPLO, QUANDO SE RELACIONA COM O PACIENTE E SUA FAMÍLIA OU, AINDA, COM COLEGAS DE TRABALHO. MUITAS VEZES - O CASO DO PRECEPTOR- ELE TAMBÉM FAZ PARTE DO SISTEMA FORMAL, UMA VEZ QUE TEM SOB A SUA RESPONSABILIDADE A FORMAÇÃO DE FUTUROS PROFISSIONAIS. TAL ATIVIDADE PODE ACONTECER EM EXPLANAÇÕES TEÓRICAS COM O SEU GRUPO DE ALUNOS QUE DISCUTE UM CASO CLÍNICO, DO MESMO MODO QUE PELO GESTO E PELA POSTURA à BEIRA DO LEITO DO PACIENTE OU NAS ATITUDES E VALORES QUE MANTÉM COM OS DEMAIS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE” (P.55).

DIANTE DESSE QUADRO, SE REVELA A NECESSIDADE DE ESPAÇOS FREQUENTES DE DISCUSSÃO, QUE GARANTAM A PACTUAÇÃO DESTA TAREFA POR TODOS PROFISSIONAIS NO COTIDIANO DAS AÇÕES. ESTA ORGANIZAÇÃO é O QUE TEM PERMITIDO UM FUNCIONAMENTO MAIS HARMONIOSO DAS INSTITUIÇÕES QUE CONSEGUEM CONGREGAR O SEU PAPEL DE FORMAÇÃO E AINDA EXECUTAR UMA ASSISTÊNCIA à SAÚDE DE FORMA SATISFATÓRIA.

“ACREDITA-SE QUE UMA REFLEXÃO ACERCA DO PROCESSO DE TRABALHO MÉDICO E SOBRE A PRÁTICA DA PRECEPTORIA FAVOREÇA A COMPREENSÃO QUANTO A ESSE CONTEXTO DE TRABALHO - QUE é ININTERRUPTAMENTE TENSIONADO POR DIVERSAS FORÇAS, ORIUNDAS DE DIFERENTES INSTÂNCIAS (ESCOLA/ HOSPITAL/ SOCIEDADE) E MEDIDAS POR MÚLTIPLOS ATORES (ALUNOS/ GESTORES/ EQUIPE/ PACIENTE/ FAMÍLIA) - MAS TAMBÉM, E PRINCIPALMENTE, PODERÁ LEVAR OS PRECEPTORES A SE DAREM CONTA DO SEU IMPORTANTE PAPEL NA FORMAÇÃO DOS ALUNOS, BEM COMO DOS LIMITES E POSSIBILIDADES DESTA PRÁTICA”. (MONTEIRO; LEHER E RIBEIRO, 2010, P.15).

NESSA PERSPECTIVA, OS CSE CONTINUAM A SE “RETROALIMENTAR” DIANTE DA CONSTANTE TROCA DE SABERES COM A PRESENÇA DE ALUNOS E A DESENVOLVER UMA ASSISTÊNCIA TIDA COMO DIFERENCIADA DOS DEMAIS SERVIÇOS DE APS DO MUNICÍPIO, REALIZANDO DIVERSAS AÇÕES QUE AGREGAM CONHECIMENTOS TRAZIDOS PELOS ALUNOS ÀS AÇÕES DA UNIDADE.

APESAR DA CONSTATAÇÃO DOS ASPECTOS POSITIVOS PARA FORMAÇÃO DOS ALUNOS, TORNA-SE IMPORTANTE REFLETIR EM QUE MEDIDA AS UNIDADES ESCOLA REPRESENTAM A CONCRETUDE DO SUS NOS PROCESSOS FORMATIVOS. ISTO, POIS, SUAS CONCEPÇÕES E NECESSIDADES ENCONTRAM-SE ATRELADAS AO IDEÁRIO DA UNIVERSIDADE, QUE GERAM SUAS PRÓPRIAS ESTRATÉGIAS, PROGRAMAÇÕES PARALELAS E COM ESQUEMAS DIFERENTES.

ASSIM, PASSA A SER AINDA MAIS FUNDAMENTAL A NECESSIDADE DE DIVERSIFICAÇÃO DOS CENÁRIOS DE APRENDIZAGEM, PARA QUE TANTO OS ALUNOS POSSAM ADQUIRIR MAIOR CONHECIMENTO E INSTRUMENTALIZAÇÃO PARA O TRABALHO NOS DIFERENTES SERVIÇOS DA APS, COMO OS PROFISSIONAIS DESTES EQUIPAMENTOS POSSAM INCORPORAR O APRENDER E O ENSINAR AO COTIDIANO DE TRABALHO COMO ALGO INERENTE A SUA PRÁTICA.

## **EIXO 2 - TENSÕES E ENTRAVES PARA CONSOLIDAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE ENSINO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

NESTE EIXO, ENCONTRAM-SE REUNIDOS UMA SÉRIE DE DIFICULDADES E TENSÕES VISTAS COMO LIMITAÇÃO À CONSOLIDAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE ENSINO NA APS. OS DIFERENTES RELATOS APONTAM PARA ASPECTOS PROBLEMÁTICOS E DE INSATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS LIGADOS PRINCIPALMENTE A FATORES DE ORDEM ESTRUTURAL, DA REFORMA CURRICULAR, DA MUDANÇA NA GESTÃO MUNICIPAL E DA COORDENAÇÃO E TUTORIA DA DISCIPLINA IUSC. MAIS UMA VEZ, IREMOS DESTACAR TAIS QUESTÕES NOS DIFERENTES DISCURSOS, BEM COMO IREMOS EXPLICITAR A PLURALIDADE DE SENTIDOS CONFERIDOS PELOS ENTREVISTADOS.

**“O CENÁRIO DE POSSIBILIDADES DE APRENDIZAGEM LIMITADO PELO ESPAÇO FÍSICO DAS UNIDADES DE SAÚDE”**

TAL NÚCLEO DE SIGNIFICAÇÃO FOI ESTRUTURADO A PARTIR DA VISÃO QUE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE CONFEREM À PRESENÇA DE ALUNOS NO COTIDIANO DAS UNIDADES E DE COMO ESTA RELAÇÃO AFETA A DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO DA INSTITUIÇÃO COMO UM TODO, PRINCIPALMENTE NO QUE TANGE AS POSSÍVEIS INTERFERÊNCIAS NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E DAS ADEQUAÇÕES NECESSÁRIAS PARA REALIZAÇÃO DESTA VIVÊNCIA.

DESSA FORMA, SALIENTAMOS QUE EMBORA A QUESTÃO DA LIMITAÇÃO ESPACIAL DAS UNIDADES TENHA SE CONFIGURADO ENQUANTO UM IMPORTANTE LIMITADOR À MAIORIA DOS ENTREVISTADOS, OS TRECHOS DE RELATOS ABAIXO DEMONSTRAM ALGUMAS ZONAS DE SENTIDOS CONFERIDAS A ESTA PROBLEMÁTICA.

CONFORME PODEMOS PERCEBER NO RELATO DA ENF 1:

*A GENTE TEM QUE SE ORGANIZAR PRA ISSO, PORQUE É ASSIM, EMBORA TALVEZ PAREÇA QUE AQUI É UM LUGAR: “AH, O POSTO É AMPLO”, TEM MOMENTO QUE A GENTE NÃO TEM AONDE TODO MUNDO ATENDER, POR EXEMPLO, QUINTA DE MANHÃ TEM SAÚDE MENTAL, TEM MATRICIAMENTO COM A GINECOLOGIA E DAÍ TEM OS ALUNOS TODOS, TEM OS INTERNOS ENTÃO A GENTE TEM QUE SE ORGANIZAR PORQUE O ESPAÇO FÍSICO ACABA SE TORNANDO PEQUENO. ENTÃO A GENTE SE ORGANIZA: NESTE DIA NÃO FAZ AGENDA PRA UM DETERMINADO, PARTE PRA UM OUTRO, MAS ISSO A EQUIPE... JÁ FAZ TANTO TEMPO QUE OS ALUNOS ESTÃO INSERIDOS NA UNIDADE, QUE A EQUIPE JÁ ABRAÇA ESTA CAUSA E AJUDA E ENTENDE COMO PARTE DA EQUIPE NAQUELE DETERMINADO MOMENTO, OS INTERNOS PASSAM TRÊS MESES É UM PERÍODO MAIS CURTO, MAS AS RESIDENTES NÃO FICAM O TEMPO TODO, ENTÃO TORNAM-SE PARTE DA EQUIPE. ISSO COM CERTEZA EU ACHO QUE TEM UMA CONTRIBUIÇÃO PRA EQUIPE, AQUELES 22 QUE EU TE FALEI É SEM ESSES ALUNOS TODOS, MAS TEM UMA CONTRIBUIÇÃO PORQUE ÀS VEZES TRAZ UM OUTRO OLHAR, PODE CONTRIBUIR COM A GENTE DE UMA OUTRA MANEIRA QUE ÀS VEZES NA CORRERIA DO DIA-A-DIA A GENTE NÃO TEM DETERMINADO TEMPO PRA TOCAR UM ATIVIDADE DE PROMOÇÃO, QUE COM A AJUDA DELES, AGORA COM OS ALUNOS DO IUSC É ALGO MAIS PONTUAL, É ALGO MAIS RÁPIDO, ELES VEM NUM PERÍODO, AS VEZES NUMA SEMANA VOLTA NO OUTRO, ENTÃO É UM CONTATO MAIS INDIRETO COM A EQUIPE.*

OBSERVA-SE QUE NA SUA POSIÇÃO DE GERENTE DE UNIDADE DE SAÚDE, ENF 1, RECONHECE AS LIMITAÇÕES ESTRUTURAIS DESTA

EQUIPAMENTO, CONTUDO, ATRIBUI À PRESENÇA DE ALUNOS UM PAPEL DE “TOCADOR” DE SERVIÇO, PRINCIPALMENTE EM AÇÕES DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE DOS QUAIS A UNIDADE DEVERIA ESTAR PREPARANDO-OS PARA DESENVOLVER.

ESSA LÓGICA SE SUBVERTE, NA MEDIDA EM QUE A UNIDADE NÃO LHE APRESENTA UM IDEÁRIO DE TRABALHO CONDIZENTE COM AS PARTICULARIDADES E NECESSIDADES DA APS, MAS SIM, QUE TAIS AÇÕES NÃO SÃO COLOCADAS EM PRIMEIRO PLANO NO COTIDIANO DE TRABALHO, DELEGANDO AOS ALUNOS PROPOSTAS TIDAS COMO SECUNDÁRIAS E RENEGADAS PELA EQUIPE DE SAÚDE.

Já NO RELATO DE MED 2:

*EU ACHO QUE É ASSIM: VOCÊ TEM QUE TER TODA EQUIPE PREPARADA E CAPACITADA PRA RECEBER ALUNOS, DESDE AUXILIAR DE ENFERMAGEM, OS MÉDICOS, O PESSOAL DA ADMINISTRAÇÃO, VOCÊ PRECISA TER A QUESTÃO DO ESPAÇO ENTÃO ISSO É UMA COISA QUE ÀS VEZES É COMPLICADO. A PARTIR DO MOMENTO, POR EXEMPLO QUE O IUSC FICOU COM DISCIPLINA OBRIGATÓRIA, A GENTE ACABOU TENDO QUE LEVAR OS ALUNOS A ATENDER EM DUPLA E ISSO É RUIM, NÃO É MESMA COISA QUE CADA ALUNO COM SEU PACIENTE COMO ERA NO INÍCIO. COMO A GENTE TINHA GRUPOS MENORES ENTÃO ELES TINHAM MAIS DISPONIBILIDADE DE ESPAÇO, ENTÃO EU ACHO QUE A QUESTÃO DO ESPAÇO, DAS SALAS É QUESTÃO COMPLICADA. E MESMO O NÚMERO DE ALUNOS PRA FAZER A SUPERVISÃO, LÓGICO, SE VOCÊ TEM UM MENOR NÚMERO DE ALUNOS VOCÊ CONSEGUE DAR UMA ATENÇÃO MAIOR, SE TEM MAIOR NÚMERO DE ALUNOS, ÀS VEZES TEM QUE ESPERAR MAIS, PRA FAZER A DISCUSSÃO DO CASO, MAS EU ACHO QUE É MAIS A QUESTÃO DO ESPAÇO.*

NESSE TRECHO, MED 2 APONTA QUE A TRANSFORMAÇÃO DA IUSC EM DISCIPLINA TROUXE CONSIGO OUTRAS PROBLEMÁTICAS NA INTERAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS E ALUNOS QUE SE REFLETEM DIRETAMENTE NA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO. RESSALTA QUE ESSAS TENSÕES PODEM SER MINIMIZADAS PELA PREPARAÇÃO PRÉVIA E ENVOLVIMENTO DA EQUIPE DE SAÚDE COMO UM TODO, E NÃO APENAS AOS PROFISSIONAIS TUTORES LIGADOS DIRETAMENTE À PRECEPTORIA DESTES ALUNOS. MAIS DO QUE ISSO, MED 2 APONTA QUE ESTA TAREFA NÃO É RECONHECIDA COMO ALGO INTRÍNSECO AO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS E, PORTANTO, DEVE SER ENGENDRADA COTIDIANAMENTE NA FORMA DE CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO CONTINUADA DE SEUS TRABALHADORES.

FIGURA TAMBÉM NA CONCEPÇÃO DO ACS 1:

*OLHA, Já CAUSOU MUITO CHOQUE. PORQUE DEPENDE DO ESPAÇO FÍSICO DA UNIDADE E DE COMO ESSES ALUNOS FORAM RECEPCIONADOS, Né? PORQUE EU TENTO ME COLOCAR NO LUGAR, ESTAR NUM LOCAL DIFERENTE, Tá COM UMA PROPOSTA DE TRABALHO, ENTÃO VOCÊ Já VAI RECEOSO DE COMO VOCÊ VAI TER UMA RECEPÇÃO NA UNIDADE, ENTÃO EU ACHO QUE ISSO CABE A NÓS, DE QUEM Tá DO LADO DE CÁ. DO PROFISSIONAL QUE Tá DO LADO DE CÁ TENTAR RECEPCIONÁ-LOS DA MELHOR MANEIRA POSSÍVEL, MAS TAMBÉM, O MAIS IMPORTANTE é QUESTÃO DE QUEM ESTÁ NA PRECEPTORIA DISSO, E CHEGAR E APRESENTAR, “OLHA, ESSES SÃO OS ALUNOS, DE TAL CATEGORIA. ELES VÃO FICAR TANTO TEMPO NA UNIDADE, COM ESSA PROPOSTA...”. EU ACHO QUE ISSO é FUNDAMENTAL.*

FALANDO A PARTIR DE UMA POSIÇÃO DIFERENCIADA DOS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR, O ACS 1 RECONHECE O SEU PAPEL E DOS DEMAIS MEMBROS DA EQUIPE NA TAREFA DE RECEPCIONAR ADEQUADAMENTE QUEM ESTÁ CHEGANDO ÀS UNIDADES. POR OUTRO LADO, DESTACA QUE A UNIVERSIDADE, NA FIGURA DOS DOCENTES, TAMBÉM DEVE BUSCAR UMA MAIOR INTEGRAÇÃO COM AS EQUIPES, EXPLICITANDO E ACORDANDO ADEQUADAMENTE AS PROPOSTAS QUE SERÃO EXECUTADAS. TAIS MEDIDAS PODERIAM COLABORAR PARA QUE TODOS PROFISSIONAIS SINTAM-SE PARTE INTEGRANTE DESTES PROCESSOS, E NÃO MERAMENTE USADOS EM AÇÕES PONTUAIS QUE LHEM GERAR MAIS TRANSTORNOS E DIFICULDADES DO QUE CONTRIBUIÇÕES EM SUA PRÁTICA DIÁRIA.

ESTA OBSERVAÇÃO SE COADUNA COM A REFLEXÃO DE ALBUQUERQUE *ET AL* (2007) QUANDO NOS APONTAM QUE É IMPENSÁVEL A MUDANÇA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SEM A DISCUSSÃO SOBRE A ARTICULAÇÃO ENSINO-SERVIÇO CONSIDERANDO-A UM ESPAÇO PRIVILEGIADO PARA UMA REFLEXÃO SOBRE A REALIDADE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS E A NECESSIDADE DE TRANSFORMAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL VIGENTE. DA MESMA FORMA, OS ESTUDOS DE TRAJMAN *ET AL* (2009) E MASSOTE *ET AL* (2011) AFIRMAM QUE AS UNIDADES DE SAÚDE CARECEM DE UMA MAIOR ATENÇÃO EM RELAÇÃO À CONDIÇÃO CONCRETA DE FALTA DE ESPAÇO PARA ACOLHER UMA DEMANDA CADA VEZ MAIS CRESCENTE POR FORMAÇÃO PROFISSIONAL NA APS.

APESAR DE TODAS ESSAS DIFICULDADES, AS EQUIPES DE SAÚDE TÊM PROCURADO SE ADEQUAR PERANTE A ESTA CONFIGURAÇÃO DE

TRABALHO POR MEIO DA IMPROVISACÃO DE SALAS, RODÍZIO DE ALUNOS EM DIAS ALTERNADOS, ASSIM COMO NA REALIZAÇÃO DE SUPERVISÕES EM GRUPO, QUE EMBORA AJUDEM A MINIMIZAR NÃO RESOLVEM DE FATO OS PROBLEMAS.

O RELATO DE ENF 3 CORROBORA ESSA CONCEPÇÃO, RESSALTANDO AS DIFICULDADES VIVENCIADAS PELA UNIDADE DIANTE DAS LIMITAÇÕES ESTRUTURAIS, QUE TAMBÉM SE REFLETEM EM SUA MENOR CAPACIDADE DE INCORPORAR ALUNOS EM SUAS ATIVIDADES.

*OLHA, PRA MIM NUNCA TIVE NENHUM PROBLEMA COM ALUNO ASSIM PRA RECEBER, A ÚNICA DIFICULDADE NOSSA AQUI É A SALA, PORQUE SE TIVESSE MAIS ESTRUTURA FÍSICA, TIVESSE MAIS SALAS, EU ACHO QUE DARIA... DAVA PRA MAIS ALUNOS ESTAR ATENDENDO... COMO A ESTRUTURA FÍSICA É PEQUENA ENTÃO, IGUAL NA SEGUNDA-FEIRA É UM DIA QUE, UM DOS ALUNOS, ELE ATENDE LÁ NA SALA DE ELETRO, DAÍ FAZ UM CONSULTÓRIO LÁ. MAS ASSIM NA ORGANIZAÇÃO É QUE NÃO TEM MUITO ESPAÇO FÍSICO, MAS ASSIM O QUE DÁ PRA GENTE CONCILIAR, ELE VEM, ATENDE NA SALA DE GRUPO.*

SALIENTAMOS QUE PARA ALÉM DAS DIFICULDADES NA INTERAÇÃO COM OS ALUNOS IMPOSTAS PELA LIMITAÇÃO ESPACIAL NAS UNIDADES DE SAÚDE, TAL PROBLEMÁTICA REVELA QUE ESTAS ESTRUTURAS NÃO TÊM SIDO CONSTRUÍDAS DE MANEIRA A ATENDER AS NECESSIDADES E PARTICULARIDADES DO CUIDADO EM SAÚDE NO NÍVEL PRIMÁRIO DE ATENÇÃO. ISSO SE VERIFICA NA INCONGRUÊNCIA DESTES DISPOSITIVOS QUE, POR NÃO SE VEREM EM CONDIÇÕES FAVORÁVEIS, ACABAM NEGLIGENCIANDO UMA SÉRIE DE AÇÕES QUE DEVERIAM SER PARTE INTEGRANTE DO SEU PROCESSO DE TRABALHO, A EXEMPLO DAS ATIVIDADES EM GRUPO E DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE.

NO CASO ESPECÍFICO DAS UNIDADES BÁSICAS DE BOTUCATU, RESSALTA-SE QUE DUAS DESTAS OBTIVERAM ADEQUAÇÕES FÍSICAS COM RECURSOS ADVINDOS DOS PROGRAMAS PROMED E PRO-SAÚDE, PRINCIPALMENTE PARA AMPLIAÇÃO DOS ESPAÇOS FÍSICOS E ADEQUAÇÕES PARA RECEBER OS ESTUDANTES.

EM CONSONÂNCIA COM ESTAS CONSTATAÇÕES LEITE ET AL (2012) RESSALTAM OUTROS FATORES ATRELADOS A ESTA QUESTÃO:

*“CABE RESSALTAR QUE, NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, HÁ DIFICULDADES NA EXECUÇÃO DO TRABALHO LOCAL, ESCASSEZ DE RECURSOS NA COMUNIDADE E PROBLEMAS ADVINDOS DE INFRAESTRUTURA FÍSICA INADEQUADA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS). MUITAS DELAS FUNCIONAM EM CASAS ALUGADAS,*

ADAPTADAS PARA O FUNCIONAMENTO COMO UNIDADE DE SAÚDE, SEM INSPEÇÃO DOS RISCOS E INSALUBRIDADE PARA A CERTIFICAÇÃO EM TERMOS DE QUALIDADE. OUTRO OBSTÁCULO IMPORTANTE RESIDE NAS RELAÇÕES TRABALHISTAS EXPRESSAS NO VÍNCULO DOS PROFISSIONAIS, SEM GARANTIA DE ESTABILIDADE, SEM PROGRESSÃO NA CARREIRA PROFISSIONAL, SALÁRIOS DESIGUAIS, DEMISSÕES FREQUENTES E SUBSTITUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS CAPACITADOS, PREJUDICANDO A CONTINUIDADE DO TRABALHO DE FORMA SISTEMATIZADA” (116).

TAIS CONSTATAÇÕES REVELAM A CONTRADIÇÃO PRESENTE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS QUE ENFATIZAM A APS E, EM ESPECIAL, A ESF COMO ESTRATÉGIAS FUNDAMENTAIS PARA AMPLIAÇÃO DO ACESSO E NO MODO EM QUE SÃO OFERTADOS OS CUIDADOS EM SAÚDE NO BRASIL, MAS QUE NÃO TEM ENCONTRADO CONDIÇÕES CONCRETAS PARA SE EFETIVAREM. ESTE CENÁRIO NOS REMETE A PENSAR QUE A ESF APESAR DE TODAS AS PROPOSIÇÕES CONTRÁRIAS, NECESSITA AVANÇAR EM MUITOS ASPECTOS PARA QUE NÃO SEJA CORROBORADA A CONCEPÇÃO DE UM MODELO BARATO FEITO PARA OS POBRES.

EMBORA NÃO TENHA SIDO DESTACADO NOS RELATOS DOS PROFISSIONAIS, COMPREENDEMOS QUE A RELAÇÃO DE ENSINO-APRENDIZAGEM NOS CENÁRIOS DA APS DEVE BUSCAR A IR ALÉM DOS MUROS DAS UNIDADES DE SAÚDE. ALÉM DE DIMINUIR A SOBRECARGA DOS SERVIÇOS, A AMPLIAÇÃO E DIVERSIFICAÇÃO DAS ATIVIDADES EM OUTROS ESPAÇOS E EQUIPAMENTOS SOCIAIS DO TERRITÓRIO, PODERÁ FAVORECER AINDA MAIS A FORMAÇÃO DE ALUNOS CONHECEDORES DAS REAIS CONDIÇÕES DE VIDA DA POPULAÇÃO E CAPACITADOS PARA TRABALHAR EM REDE E DE FORMA INTERSETORIAL.

***“INTERFERÊNCIAS E INCONGRUÊNCIAS DA GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE NA EXECUÇÃO DE ATIVIDADES PEDAGÓGICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”***

PROCURAMOS CONDENSAR NESTE NÚCLEO DE SIGNIFICAÇÃO ALGUNS APONTAMENTOS E INSATISFAÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUANTO A MUDANÇAS E DIRECIONAMENTOS DADOS PELA GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE QUANTO ÀS ATIVIDADES DE CUNHO PEDAGÓGICO NA APS. RESSALTA-SE QUE DEPENDENDO DA MANEIRA COM QUE TAIS AÇÕES SÃO

DIFICULTADAS OU FAVORECIDAS PELOS COORDENADORES DA APS, MUITOS DOS TRABALHOS SÃO NEGLIGENCIADOS OU INVIABILIZADOS EM SUA CONSECUÇÃO.

AO SE REFERIR ÀS IMPLICAÇÕES DA GESTÃO NAS ATIVIDADES, MED 6 COLOCA QUE:

*A MUDANÇA DE GESTÃO ATRAPALHA SIM. AGORA NÓS ESTAMOS SENDO COBRADOS POR PRODUTIVIDADE. ENTÃO, É ACORDADO QUE NÓS TEMOS QUE ATENDER UM CERTO NÚMERO DE PACIENTES POR PERÍODO, DESENVOLVER TAIS E TAIS AÇÕES. DEPENDENDO DA VISÃO QUE O GESTOR TEM, ATRAPALHA O NOSSO TRABALHO SIM. PORQUE NA MEDIDA QUE A GENTE FICA AMARRADO SÓ NA PRODUÇÃO, A GENTE ACABA TENDO QUE ABRIR MÃO E NÃO PODE SE DEDICAR A OUTRAS COISAS.*

COMO SE PODE PERCEBER, MED 6 RESSALTA A PREOCUPAÇÃO COM A MUDANÇA NA GESTÃO MUNICIPAL E COM AS PRIORIDADES NO TRABALHO QUE TAMBÉM SE MODIFICAM. NA MEDIDA EM QUE A COBRANÇA POR PRODUTIVIDADE AUMENTA, OUTRAS AÇÕES DA UNIDADE DE SAÚDE SÃO RELEGADAS AO SEGUNDO PLANO, O QUE REFLETE EM INEGÁVEIS PREJUÍZOS ÀS ATIVIDADES DE ENSINO.

EM PESQUISA REALIZADA NO MUNICÍPIO DE BOTUCATU, MACEDO (2013) TAMBÉM CONSTATOU TAIS QUESTÕES AO DESTACAR QUE:

*“IMPORTANTE CONSIDERARMOS, NO ENTANTO, QUE A REALIDADE DA USF PESQUISADA ENCONTRAVA-SE PERMEADA POR MAIOR PRESSÃO DA GESTÃO TENDO EM VISTA O CUMPRIMENTO DE METAS DEFINIDAS PELOS INDICADORES DE SAÚDE. DE ACORDO COM OS DADOS ENCONTRADOS NA ENTREVISTA REALIZADA COM OS GESTORES DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA E DA FUNDAÇÃO ESTATAL, A PRIORIDADE DEFINIDA PARA O TRABALHO NA APS CENTRA-SE NA ALTERAÇÃO DE INDICADORES EM SAÚDE, NOS RESULTADOS, PORTANTO, COM PREJUÍZO E/OU POUCA ÊNFASE AO PROCESSO DE TRABALHO” (P.246).*

COM ISSO, SE EVIDENCIA A VISÃO IMEDIATISTA E EM MUITAS VEZES PATERNALISTA DOS ÓRGÃOS GESTORES, QUE DEMONSTRAM TER UMA COMPREENSÃO DO SUS E DA APS, APENAS COMO MECANISMOS QUE DEVEM DAR RESPOSTAS ÀS DEMANDAS BÁSICAS E IMEDIATAS POR ASSISTÊNCIA À SAÚDE QUE ATENDAM DE MODO MAIS SATISFATÓRIO SUAS NECESSIDADES ELEITOREIRAS.

É NESSE SENTIDO QUE BARRETO *ET AL* (2012) COLOCAM QUE A PACTUAÇÃO INTERINSTITUCIONAL PARA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO DEVE

ENVOLVER AS INSTITUIÇÕES DE ENSINO E SECRETARIAS MUNICIPAIS E ESTADUAIS DE SAÚDE QUE DEVERÃO CONSTITUIR EM SEUS ORGANOGRAMAS UM ESPAÇO DEMOCRÁTICO PARA A ARTICULAÇÃO DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO. ENTRE OUTRAS RESPONSABILIDADES ESTÃO:

“1. ÊNFASE MAIOR NA IMPORTÂNCIA DE UM ESPAÇO ADEQUADO (INCLUINDO ESTRUTURA FÍSICA, POPULAÇÃO ADSTRITA, RECURSOS DE APRENDIZAGEM, ETC.); 2. DESCRIÇÃO DA FORMAÇÃO DESEJÁVEL (OU PERFIL) PARA UM PROFISSIONAL SE TORNAR PRECEPTOR, INCLUINDO POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO CONTINUADA E INTEGRAÇÃO COM A COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA; 3. CONSTRUÇÃO DAS EMENTAS DOS ESTÁGIOS ENVOLVENDO COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA E GESTÃO DOS SERVIÇOS E PRECEPTORES” (P.582).

QUESTÕES QUE TAMBÉM SÃO PARTES INERENTES E INDECOMPONÍVEIS NA ORGANIZAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DOS PRECEITOS DO SUS SÃO NEGLIGENCIADAS E SECUNDARIZADAS, O QUE DEMONSTRA O DESCONHECIMENTO NA LEGITIMAÇÃO DO PAPEL FORMADOR DO SISTEMA, ASSIM COMO NA AUSÊNCIA DE INTERLOCUÇÃO E CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO DE TRABALHO A MÉDIO E LONGO PRAZO COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

PIZZINATO *ET AL* (2012) TAMBÉM NOS APRESENTAM ALGUMAS REFLEXÕES QUANTO A ESTES ASPECTOS:

“RESSALTA-SE AINDA, COMO DESAFIO, A NECESSIDADE DE AUMENTAR O NÚMERO DE INTERVENÇÕES REALIZADAS CONJUNTAMENTE POR ACADÊMICOS E PROFISSIONAIS DE DUAS OU MAIS ÁREAS. ESSE FATO DECORRE, DENTRE OUTROS FATORES, DA ROTINA DOS SERVIÇOS, DE HORÁRIOS DE AULAS NÃO COINCIDENTES ENTRE OS DIVERSOS CURSOS E DA FALTA DE CULTURA DE ALGUNS TRABALHADORES E DOCENTES PARA DESENVOLVER ATIVIDADES MULTIPROFISSIONAIS, ENGENDRADAS POR UMA CONCEPÇÃO INTERDISCIPLINAR. PERCEBE-SE QUE A GRANDE DEMANDA DE ATIVIDADES DE ROTINA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DIFICULTA A PARTICIPAÇÃO DOS TRABALHADORES EM ATIVIDADES COM OS ACADÊMICOS, BEM COMO EM REUNIÕES DE PLANEJAMENTO E DE CAPACITAÇÃO” (P.175).

DO MESMO MODO, O ACS 1 E MED 1 CORROBORAM ESSA NECESSIDADE E APRESENTAM A PERCEPÇÃO DE QUE AS MUDANÇAS DE UMA ADMINISTRAÇÃO PARA OUTRA AFETAM ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E TRAZEM CONSEQUÊNCIAS PARA TODOS OS ENVOLVIDOS.

*AH! AFETA, ENTENDEU? AFETA PORQUE ASSIM, SEMPRE QUANDO UMA GESTÃO, NÃO PORQUE QUER MUDAR O QUE TÁ BOM, MAS PRA QUERER PÔR TUDO DO JEITO DELE ENTENDEU? ASSIM, VAI QUERER ALTERAR ALGUMA SITUAÇÃO, VAI QUERER ESCREVER UMA OUTRA SITUAÇÃO. ENTÃO, ALTERA*

*SIM, SABE? ENTÃO, A TRANSIÇÃO AQUI, ELA É UM POUCO DOLORIDA, SABE? A GENTE SENTE NA PELE. É CLARO QUE MENOS DO QUE OS DOS MAIS ALTOS POSTOS DA COORDENAÇÃO, MAS É UMA... É UMA ONDA, QUE VAI DISSIPANDO, QUE CHEGA ATÉ A GENTE E A GENTE SENTE TAMBÉM ESSA ALTERAÇÃO (ACS 1).*

*INTERFERE, POR EXEMPLO, QUANDO MUDA UMA PROGRAMAÇÃO QUE VOCÊ VINHA FAZENDO. A GENTE TEM AQUELES PROGRAMAS DO MINISTÉRIO QUE A GENTE PROCURA CUMPRIR. NÃO CUMPRE AO PÉ DA LETRA, MAS A GENTE TEM QUE PASSAR ISSO PROS ALUNOS. "OLHA! ISSO AQUI É O PROGRAMA DO MINISTÉRIO, E O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA FUNCIONA ASSIM". AÍ MUDA A GESTÃO... E EU FIQUEI SABENDO QUE A PEDIATRA QUE ENTROU, QUE IRIA FAZER O MATRICIAMENTO, NÃO VAI MAIS TER ESSE MATRICIAMENTO. VAI ATENDER RECÉM-NASCIDOS LÁ NO ARE (AMBULATÓRIO REGIONAL DE ESPECIALIDADES). EU NÃO ENTENDI, PORQUE ISSO FOGE COMPLETAMENTE DA IDÉIA DE QUALQUER PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. A MÉDICA DA UNIDADE, A GINECOLOGISTA DA UNIDADE, A PEDIATRA DA UNIDADE SOU EU. PORQUE A ASSISTÊNCIA DO RECÉM-NASCIDO VAI SER FEITA EM OUTRO LUGAR? ENTÃO, ISSO FOI UMA IDÉIA QUE O ATUAL GOVERNO TEVE QUE FOGE COMPLETAMENTE A TUDO QUE A GENTE FAZIA E ACREDITA QUE DEVA SER O PROGRAMA. ISSO ATRAPALHA? ATRAPALHA. PORQUE VOCÊ TÁ FALANDO UMA COISA PRO ALUNO E TÁ FAZENDO OUTRA... (MED 1).*

AO APONTAR A DESCONTINUIDADE E/OU DESCONSTRUÇÃO DOS PROJETOS E AÇÕES EM CURSO QUANDO NOVOS PERSONAGENS ASSUMEM A GESTÃO, OS RELATOS TRAZEM À TONA UM PERVERSO "JOGO" DE VAIDADES E DE INTERESSES POLÍTICOS QUE MESMO QUE NÃO SEJAM TOTALMENTE EXPLÍCITOS, INTERFEREM NO *MODUS OPERANDI* DAS DIVERSAS AÇÕES EXECUTADAS PELAS UNIDADES DE SAÚDE.

PARA SE COMPREENDER DE MODO MAIS PARTICULAR COMO TAIS QUESTÕES ESTÃO PRESENTES NO MUNICÍPIO, RECORREMOS MAIS UMA VEZ ÀS CONCLUSÕES DO TRABALHO DE MACEDO (2013) QUE CORROBORA A CONSTATAÇÃO DE QUE:

*"A EXISTÊNCIA DE DUAS FORMAS DISTINTAS DE GESTÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE, (ADMINISTRAÇÃO DIRETA E ADMINISTRAÇÃO INDIRETA) CONSTITUI-SE EM MOTIVOS DE QUEIXAS, DÚVIDAS, SOFRIMENTO E CONFLITOS, EM ESPECIAL NO TOCANTE ÀS CONDIÇÕES GERAIS DE TRABALHO, AOS SALÁRIOS, BENEFÍCIOS E JORNADA DE TRABALHO... A PRESENÇA, NO MUNICÍPIO, DE DOIS GESTORES DISTINTOS RELATIVOS AOS DIFERENTES MODELOS TECNOLÓGICOS DE CUIDADOS PRIMÁRIOS, MOSTROU-SE COMO DETERMINANTE IMPORTANTE DOS CONFLITOS, DESENTENDIMENTOS, DÚVIDAS E DIFICULDADES INTER-RELACIONAIS E DE CLASSE EXISTENTES ENTRE OS TRABALHADORES DE UMA MESMA UNIDADE DE SAÚDE, BEM COMO ENTRE AQUELES DE UNIDADES DIFERENTES" (P.247).*

TAIS INTERFERÊNCIAS, ALÉM DE NÃO DEMONSTRAR PREOCUPAÇÃO QUANTO AOS REAIS BENEFICIÁRIOS DA ASSISTÊNCIA, QUE EM ÚLTIMA INSTÂNCIA ARCAM COM OS PREJUÍZOS IMPOSTOS POR ESTE DESCOMPASSO, COLABORAM PARA O DESGASTE E SOFRIMENTO EMOCIONAL DA EQUIPE DE SAÚDE, QUE EM MUITOS MOMENTOS, SENTEM-SE HIPÓCRITAS EM ESTAR PREGANDO UMA VISÃO DE MUNDO E DE PROPOSTA DE TRABALHO QUE SE MOSTRAM INCONGRUENTES COM O QUE DESENVOLVEM DE FATO NA PRÁTICA COTIDIANA.

IMPORTANTES FERRAMENTAS DE TRABALHO E PRINCÍPIOS GERAIS QUE DEVERIAM NORTEAR E ORIENTAR AS ATIVIDADES NA APS SÃO SUBSUMIDAS AOS GOSTOS E INTERESSES LOCAIS. UM EXEMPLO QUE CORPORIFICA ISSO É EXPRESSO NA NÃO INCORPORAÇÃO DO MATRICIAMENTO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO, TIDO COMO IMPORTANTE MECANISMO DE CAPACITAÇÃO E POTENCIALIZAÇÃO DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO OFERTADO NA APS.

NESSE SENTIDO, FAZ-SE NECESSÁRIO DESTACAR QUE AS ENTREVISTAS, BEM COMO AS DISCUSSÕES NOS GRUPOS FOCAIS DESENVOLVIDAS POR MACEDO (2013) EXPRESSARAM DÚVIDAS, DESCONHECIMENTOS E ANSIEDADES DOS TRABALHADORES QUANTO AO CONTEXTO DE TRANSIÇÕES RELATIVAS AOS VÍNCULOS CONTRATUAIS NO QUE SE REFERE À ALTERNÂNCIA DE ASSOCIAÇÃO FILANTRÓPICA PARA FUNDAÇÃO ESTATAL, BEM DO REGIME CELETISTA PARA ESTATUTÁRIO.

ENTRE OUTRAS CONSTATAÇÕES JUNTO AOS GESTORES ENTREVISTADOS, OBSERVOU QUE O CONTRATO DE GESTÃO PAUTA-SE NO OBJETIVO DE REDUÇÃO DE INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS RUINS, NA OTIMIZAÇÃO DOS ESPAÇOS DE REUNIÕES DE EQUIPE PARA DEFINIÇÃO DE ESTRATÉGIAS VISANDO À ALTERAÇÃO DE TAIS ÍNDICES, ALÉM DE APROXIMAR MAIS OS TRABALHADORES DOS DISTINTOS MODELOS TECNOLÓGICOS, TENDO EM VISTA A MINIMIZAÇÃO DOS CONFLITOS EXISTENTES.

“A ÊNFASE É COLOCADA NOS FINS; PORTANTO, NAS METAS E RESULTADOS, EM DETRIMENTO E/OU DE MANEIRA INDEPENDENTE DE ANÁLISES MAIS APROFUNDADAS E REFLEXÕES COLETIVAS QUANTO AOS PROCESSOS MEIOS E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO ESPECÍFICA DE CADA REALIDADE DA UNIDADE DE SAÚDE” (MACEDO, 2013, P.133).

CONFORME FOI POSSÍVEL AVERIGUAR, CONFLITOS ENTRE OS

TRABALHADORES DOS DISTINTOS MODELOS DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE SE CONSTITUEM EM MOTE DE PREOCUPAÇÃO PARA OS GESTORES, EXIGINDO ESTRATÉGIAS DE ATUAÇÃO ESPECÍFICAS, EM ESPECIAL, EM CONTEXTOS MUNICIPAIS NOS QUAIS A ADMINISTRAÇÃO DOS SERVIÇOS POSSUI DUAS OU MAIS INSTÂNCIAS EXECUTORAS (ADMINISTRAÇÕES DIRETAS E INDIRETAS).

AO BUSCAR UMA ANÁLISE MAIS AMPLA DESTES FATORES, NOS APOIAMOS EM LÚKÁCS (1981) E MÉSZAROS (2006), AO SUSTENTAREM QUE UMA DAS DETERMINAÇÕES OBJETIVAS DO DESENVOLVIMENTO DA ALIENAÇÃO NO PLANO DA PRÁXIS DECORRE DA SUBORDINAÇÃO DOS AGENTES PELOS PROCESSOS PRODUTIVOS, OU SEJA, COMO CONSEQUÊNCIA DA PROPRIEDADE DOS MEIOS E OBJETOS DE TRABALHO ALHEIA AOS TRABALHADORES, QUE SÃO CONTROLADOS PELO PROCESSO DE TRABALHO, AO INVÉS DE CONTROLÁ-LO. AO PERDEREM O CONTROLE SOBRE OS MEIOS E CONDIÇÕES DE TRABALHO E, CONSEQUENTEMENTE, SOBRE SUA ATIVIDADE, ESTA PASSA A SE APRESENTAR EM MUITOS ASPECTOS ESTRANHA (ALIENADA) PARA OS AGENTES.

***“A SUSTENTABILIDADE DE PROJETOS DE ENSINO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SUAS IMPLICAÇÕES EM PROJETOS INDUTORES DE MUDANÇA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE”***

ESTÃO APRESENTADAS NESTE NÚCLEO DE SIGNIFICAÇÃO QUESTÕES REFERENTES À PACTUAÇÃO DE AÇÕES ENTRE RESPONSÁVEIS PELA COORDENAÇÃO E CONDUÇÃO DAS ATIVIDADES ACADÊMICAS NO ÂMBITO DA UNIVERSIDADE JUNTO A GESTORES E PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA APS. OBSERVAM-SE FATORES POLÊMICOS ENVOLVENDO A GRATIFICAÇÃO FINANCEIRA AOS ENVOLVIDOS DIRETAMENTE NO CONTATO COM OS GRUPOS DE ALUNOS, ALÉM DE OUTROS CAMPOS DE TENSÃO RELACIONADOS À EXECUÇÃO DA DISCIPLINA IUSC E PROGRAMAS PRÓ-SAÚDE E PET-SAÚDE.

QUANTO AOS ASPECTOS QUE DIZEM RESPEITO À COORDENAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DA DISCIPLINA, PROFISSIONAIS COMO A DENT 1 MANIFESTA QUE:

*É, COM OS ALUNOS EU JÁ NÃO SEI, MAS TAMBÉM A GENTE ACABA ESCUTANDO MUITO BOATO. AH! EU NEM SEI SE EU POSSO TÁ FALANDO.... MAS É QUE É ASSIM, QUE VAI ACABAR*

*O PET. PELO MENOS EM BOTUCATU, PORQUE é... ELES ESTARIAM MEIO REVOLTADOS, PORQUE é MUITA PRESSÃO SABE, PRA COLOCAR TAL PESSOA COMO COORDENADOR, TAL COMO TUTOR, QUEM ELES QUISESSEM DA SECRETARIA, SABE? EU NÃO SEI NEM SE ISSO é VERDADE, MAS DAÍ EU ACHO QUE INTERFERE NESSE PONTO, MAS DA COORDENAÇÃO DO PET, DO IUSC, MAS COM OS ALUNOS MESMO ACHO QUE NÃO.”*

NESSE PONTO, DENT 1 APONTA QUE COMENTÁRIOS QUE CIRCULAM NOS BASTIDORES DAS UNIDADES DE SAÚDE NA FORMA DE BOATOS TAMBÉM INTERFEREM NO ANDAMENTO DAS Ações. TAL CONSTATAÇÃO APRESENTA QUE PROPOSTAS COMO A DA IUSC E DO PET- SAÚDE GERAM, EM ALGUMAS SITUAções, DESENTENDIMENTO E DISPUTAS ENTRE FUNCIONÁRIOS E ASSESSORES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, PROFISSIONAIS DA REDE E OS RESPONSÁVEIS PELA COORDENAção DOS PROJETOS.

MANOEL (2012) NOS LEMBRA QUE A PARCERIA ESTABELECIDADA COM A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE REQUER A DISPONIBILIDADE DE DIÁLOGO PERMANENTE E MUITAS VEZES é NECESSÁRIA A ADMINISTRAção DE CONFLITOS, ORIGINADOS DE INTERESSES DIVERGENTES ENTRE AS PARTES, FMB E SMS, PRINCIPALMENTE NO QUE DIZ RESPEITO à MUDANça NA DISTRIBUIção DE PROFISSIONAIS NA REDE DE SERVIços DE SAÚDE E UTILIZAção DE RECURSOS PROVENIENTES DE PROGRAMAS DE INCENTIVO DO GOVERNO FEDERAL. OBSERVA-SE QUE O DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO INTEGRADO, EM PARCERIA, SOFRE AS CONSEQUÊNCIAS DAS CONSTANTES MUDANças NAS GESTões, TANTO NA ADMINISTRAção MUNICIPAL, QUANTO NA UNIVERSIDADE.

EMBORA A “BOLSA” DISPONIBILIZADA AOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS DIRETAMENTE COM OS PROJETOS SEJA VISTA COMO UM INCENTIVO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE é NOTÓRIO QUE SUAS REPERCUSSões PODEM CHEGAR MUITO ALÉM. O RECEIO E O MEDO EM MANIFESTAR TAL ASPECTO APONTAM PARA UMA SÉRIE DE CONFLITOS PRESENTES NA ESCOLHA E DIRECIONAMENTO DE QUEM SERÃO AS PESSOAS ESCOLHIDAS COMO TUTORES DOS PROJETOS.

TENDO EM VISTA O HISTÓRICO DE PARTICIPAção E ENVOLVIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA REDE COM AS Ações E PROPOSTAS DE ENSINO NA APS PACTUADAS ENTRE AS INSTITUIções DE ENSINO E SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, A “BOLSA” OFERTADA PASSA A ADQUIRIR STATUS DE

COMPLEMENTAÇÃO SALARIAL E DE IMPORTANTE MECANISMO DE SEDUÇÃO PARA OS PROFISSIONAIS QUE NÃO SE MOSTRAM EMPOLGADOS COM O PISO BÁSICO OFERECIDO NA HORA DA CONTRATAÇÃO.

QUESTÕES ATRELADAS À BOLSA DE INCENTIVO AOS PROFISSIONAIS TUTORES E DE CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS TAMBÉM APARECEM NOS DISCURSOS DA ENF 5 E DENT 3:

*QUANDO FALAM DE ALUNO VIR ENTREVISTAR MÉDICO, VIR ACOMPANHAR, EU SINTO UM POUCO DE RESISTÊNCIA DE ALGUNS PROFISSIONAIS. ATÉ O FATO DE ALGUNS TER BOLSA E OUTRAS NÃO TER BOLSA. ENTÃO CRIOU UM ATRITO E UMA RESISTÊNCIA MAIOR. E TAMBÉM PELO FATO DE ALGUNS DOS PROFISSIONAIS QUE ESTÃO AQUI TER OUTRO EMPREGO (ENF 5).*

*TAMBÉM ACHO QUE AS ACS SE SENTEM MUITO SOBRECARREGADAS... ELAS JÁ COMEÇAM A DAR SINAIS DESSE CANSAÇO, UM ESGOTAMENTO... ENTÃO NÃO SEI BEM COMO OU O QUÊ, MAS FALTA UMA MOTIVAÇÃO MAIOR PRA ELAS TAMBÉM. ACHO QUE NO ANO PASSADO TINHA UMA BOLSA PRA AS ACS E PAROU DE VIR... ACHO QUE ELAS DEVEM PENSAR: - OS TUTORES, PRECEPTORES TÊM BOLSA, E A GENTE QUE FAZ AS VISITAS DOMICILIARES, ACOMPANHA, DISCUTE E NÃO TEM NENHUM INCENTIVO? MAS NÃO SÓ O DINHEIRO FALTA TAMBÉM CAPACITAÇÃO, CURSOS... EU SINTO FALTA DE CAPACITAÇÃO PRA MIM. NA PARTE MÉDICA E DE ENFERMAGEM TEM BASTANTE POR CAUSA DA UNESP, MAS AS OUTRAS ÁREAS FICAM UM POUCO DE LADO... E A GENTE TAMBÉM TEM QUE ESTAR EM CONSTANTE ATUALIZAÇÃO, PORQUE AS COISAS MUDAM... ATÉ PORQUE A GENTE TAMBÉM ESTÁ COM ALUNO E PRECISA DE CAPACITAÇÃO. ACHO QUE ESSA É UMA FALHA DA SECRETARIA (DENT 3).*

DIANTE DO EXPOSTO, VERIFICAMOS QUE MESMO OS PROFISSIONAIS QUE ATUAM DIRETAMENTE COMO TUTORES E RECEBEM GRATIFICAÇÕES FINANCEIRAS, PERCEBEM O DESCONTENTAMENTO E SE SOLIDARIZAM COM OS OUTROS MEMBROS DA EQUIPE QUE NÃO TÊM OU QUE DEIXARAM DE TER ESSE “PRIVILÉGIO”. ALÉM DISSO, APRESENTAM A NECESSIDADE DE VALORIZAÇÃO E EMPODERAMENTO DAS AÇÕES PEDAGÓGICAS DOS OUTROS PROFISSIONAIS DA EQUIPE PARA ALÉM DA QUESTÃO FINANCEIRA.

O DISCURSO DE DENT 3 TAMBÉM REVELA O DESEJO DE SER CONTEMPLADA EM ESPAÇOS DE REFLEXÃO E CAPACITAÇÃO QUE HISTORICAMENTE TÊM SIDO OFERTADOS E DIRIGIDOS A APENAS AS CATEGORIAS MÉDICAS E DE ENFERMAGEM, MAS QUE TAMBÉM IRIAM COLABORAR COM SUA INSTRUMENTALIZAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DO SEU

TRABALHO.

AO SE BUSCAR UMA MAIOR COMPREENSÃO SOBRE ESTES FATORES, NOS APOIAMOS EM DALLA VECCHIA (2012) AO REFLETIR SOBRE OS DESAFIOS DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE E GESTORES FRENTE À PROPOSTA ORGANIZACIONAL DA ESF:

“(...) CONTRIBUI PARA UMA ASSISTÊNCIA INTEGRAL E DE QUALIDADE POR POSSIBILITAR EFETIVA POTENCIALIZAÇÃO DA APS; É RELEVANTE PARA SAÚDE DO TRABALHADOR; CORRESPONDE ÀS DEMANDAS DOS TRABALHADORES DA SAÚDE POR APOIO TÉCNICO-INSTITUCIONAL VOLTADOS AO DESENVOLVIMENTO DE SI MESMOS ENQUANTO EQUIPE; CONTRIBUI COM A SUPERAÇÃO DE DEFICIÊNCIAS BÁSICAS DA FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DE NÍVEL SUPERIOR; GRUPOS DE ATENÇÃO À SAÚDE, DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL SÃO DIFÍCEIS DE SEREM CONSOLIDADOS EM PARTE POR CAUSA DAS DIFICULDADES DOS PRÓPRIOS TRABALHADORES ATUAREM EM EQUIPE” (P.124).

NESSE PROCESSO, OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SÃO COLOCADOS EM EVIDÊNCIA, NA MEDIDA EM QUE AGUDIZAM AS MAIORES CONTRADIÇÕES, TENDO EM VISTA QUE SÃO VISLUMBRADOS COMO PEÇAS FUNDAMENTAIS NO MODELO OFICIAL DE SAÚDE DO GOVERNO BRASILEIRO PARA A APS, E AO MESMO TEMPO, RECEBEM OS MENORES SALÁRIOS DENTRE OS PROFISSIONAIS QUE COMPÕEM AS EQUIPES DA ESF.

EM ESTUDO REALIZADO TRAJMAN *ET AL* (2009) TAMBÉM CORROBORAM ESSA CONSTATAÇÃO AO AVERIGUAR QUE:

“OS PROFISSIONAIS COM VÍNCULO EM IES RESPONDERAM QUE GOSTARIAM DE DESEMPENHAR A PRECEPTORIA COM MAIOR FREQUÊNCIA. POSSIVELMENTE SENTEM MAIOR SEGURANÇA POR JÁ DESENVOLVEREM ATIVIDADES DE ENSINO. A MAIORIA DOS PROFISSIONAIS DA REDE NÃO ENCONTRA APOIO INSTITUCIONAL OU OFERECIMENTO DE OPORTUNIDADES PARA ACESSO A CURSOS DE FORMAÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE DA FAMÍLIA, EM SAÚDE COLETIVA OU MESMO PARA O EXERCÍCIO DE UMA CLÍNICA AMPLIADA DE CUNHO GENERALISTA, CONFORME AS PRIORIDADES ESTABELECIDAS PARA O SETOR” (P.30).

TAL CENÁRIO DEMONSTRA QUE AS POLÍTICAS INDUTORAS DE MUDANÇAS NA EDUCAÇÃO E NA PRÁTICA DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA AINDA ENCONTRAM ASPECTOS LIMITANTES E QUE NECESSITAM MAIOR REFLEXÃO TENDO EM VISTA UMA TRANSFORMAÇÃO MAIOR, HAJA VISTA QUE UM SISTEMA DE SAÚDE UNIVERSAL, INTEGRAL E EQUÂNIME NÃO SE EFETIVA SEM QUE TODOS ATORES SEJAM VISTOS COMO PARTE INTEGRANTES E INDECOMPONÍVEIS DE UM MESMO PROJETO.

NESSE SENTIDO, NOS APOIAMOS NAS REFLEXÕES DE FEUERWERKER E CAPOZZOLO (2013) AO CONSIDERAREM QUE:

“(...) EM RAZÃO DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS E DE VÁRIAS INICIATIVAS POLÍTICAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, EXISTEM VÁRIOS CONVITES À INSTALAÇÃO INSTITUCIONAL DE INOVAÇÕES, É IMPORTANTE PONDERAR QUE AS POSSIBILIDADES DE PRODUZIR MAIORES OU MENORES EFEITOS DEPENDEM, DE SAÍDA, DO MODO COMO SE INAUGURA O PROCESSO. DO MODO QUE SE CONSTRÓI A AGENDA DE DISCUSSÃO E AS POSSÍVEIS PROPOSTAS DE INOVAÇÃO. QUANTO MAIS COLETIVO, INCLUSO E CONVIDATIVO, MAIORES AS POSSIBILIDADES DE PRODUZIR EFEITOS - TAMBÉM SURPREENDENTES E INESPERADOS” (P.43).

DA MESMA FORMA, O EXERCÍCIO DE UMA CLÍNICA AMPLIADA DEVE NECESSARIAMENTE SER RESPALDADO INSTITUCIONALMENTE, O QUE PASSA PELO RECONHECIMENTO DE QUE NÃO SÃO APENAS MÉDICOS, DENTISTAS, PSICÓLOGOS, ASSISTENTES SOCIAIS E ENFERMEIROS OS ÚNICOS PROTAGONISTAS A SEREM CONSULTADOS E CONTEMPLADOS EM ESPAÇOS DE QUALIFICAÇÃO E INSTRUMENTALIZAÇÃO DE SUA PRÁTICA.

APESAR DOS AVANÇOS OCORRIDOS NA ARTICULAÇÃO ENSINO-SERVIÇO E NA MUDANÇA CURRICULAR, COLOCAM-SE INÚMEROS DESAFIOS PARA QUE OS DISPOSITIVOS/ FERRAMENTAS DE INDUÇÃO DE MUDANÇAS POSSAM AVANÇAR AINDA MAIS. ENTRE ESTES: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DOS PROGRAMAS; BUSCAR MAIOR INTEGRAÇÃO E SUSTENTABILIDADE PARA AS AÇÕES PROPOSTAS NA REDE DE ATENÇÃO; UNIVERSALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO; FOMENTAR OUTRAS INICIATIVAS DE ARTICULAÇÃO QUE VENHAM A SER EXITOSAS NOS TERRITÓRIOS E QUALIFICAÇÃO TÉCNICA/PEDAGÓGICA DOS DOCENTES E PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS.

ALÉM DISSO, TORNA-SE DE FUNDAMENTAL IMPORTÂNCIA FORTALECER OS ESPAÇOS DE GESTÃO REGIONAIS, ONDE SEJAM DISCUTIDAS AS PRIORIDADES NO CAMPO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, COM MAIOR ARTICULAÇÃO ENTRE UNIVERSIDADES, GESTÃO, TRABALHADORES E USUÁRIOS DO SISTEMA.

***“O ENSINO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O ENTRAR NA CASA DO OUTRO SEM PEDIR LICENÇA”***

NESTE NÚCLEO, SÃO TRAZIDOS OUTROS ELEMENTOS RELACIONADOS À SISTEMATIZAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DOS TRABALHOS QUE SE DESENVOLVEM NA PARCERIA DA UNIVERSIDADE COM AS UNIDADES DE SAÚDE. ENTRE ELES, DESTACA-SE A INSATISFAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DIANTE DO DESCONHECIMENTO E FALTA DE DIÁLOGO NO PLANEJAMENTO DAS AÇÕES, BEM COMO NO DESEJO DE SABER MAIS E OPINAR SOBRE AS PROPOSTAS EM CURSO.

DESSE MODO, SÃO TRAZIDOS RELATOS QUE MANIFESTAM O SENTIMENTO DE “INVASÃO” DO ESPAÇO ALHEIO POR ALUNOS E TUTORES QUE EM MUITAS VEZES DESCONSIDERAM REGRAS BÁSICAS DA BOA CONVIVÊNCIA E ASSUMEM ATITUDES DESRESPEITOSAS COM QUEM DEVERIAM ASSUMIR UMA ATITUDE EMPÁTICA E DE COOPERAÇÃO.

PODEMOS OBSERVAR TAIS CONSTATAÇÕES NOS RELATOS DE AUX ENF 7 E ENF 6 AO DESTACAREM QUE:

*EU CONSIDERO O MEU TRABALHO, A MINHA CASA E AS PESSOAS DAQUI MINHA FAMÍLIA... ENTÃO EU ACHO HORRIVEL, POR EXEMPLO, AS PESSOAS CHEGAREM NA SUA CASA E NÃO TE CUMPRIMENTAREM. VAI ENTRANDO AQUELE MONTE DE ALUNO, NINGUÉM OLHA NA SUA CARA, EU ACHO RIDÍCULO AQUILO, NÃO GOSTO... E ACHO QUE ESSAS QUESTÕES ASSIM PRECISAM DE MAIS ORIENTAÇÃO... AS PESSOAS TÊM QUE TER MAIS CONVERSA, PREPARO, ORIENTAÇÃO, PORQUE QUEM TÁ AQUI ACHA QUE É DONO DO LUGAR... EU ACHO ASSIM, QUEM É O COORDENADOR DO IUSC? QUEM É ESSA PESSOA QUE RESPONDE POR TODAS AS MATÉRIAS? PORQUE A GENTE NÃO TEM MUITA COMPREENSÃO. A GENTE PEGA UM PEDACINHO AQUI, NÃO SE CONHECE TUDO, A GENTE CONHECE UMA PARTE. ACHO QUE SERIA IMPORTANTE TEMOS UMA VISÃO DO TODO (AUX ENF 7).*

*É ASSIM, A GENTE TEM UMA DEMANDA MUITO GRANDE E TEM HORÁRIOS MUITO FIXOS DE ATENDIMENTOS. ENTÃO, NA REALIDADE É IMPORTANTE A PARTICIPAÇÃO DO ALUNO? É, MAS EU ACHO TAMBÉM QUE TEM QUE TER UMA MALEABILIDADE PRA GENTE ADEQUAR OS HORÁRIOS QUE ESSES ALUNOS VÃO ESTAR NA UNIDADE, PRA QUE ELES TENHAM MAIOR DISPONIBILIDADE DENTRO DO SERVIÇO, TANTO PRA TER CONTATO COM A COMUNIDADE, QUANTO COM OS PROFISSIONAIS E TER ESPAÇO PRA ELES TRABALHAREM. ENTÃO, ÀS VEZES, ELES CHEGAM EM UMA UNIDADE LOTADA, SEM SALA, SEM LOCAL PRA TRABALHAR, NÃO TEM TEMPO DE CONVERSAR COM O PROFISSIONAL PORQUE TÁ TODO MUNDO ATAREFADO. ENTÃO ELE NÃO CONSEGUE ENTENDER MUITO A DINÂMICA DO SERVIÇO. EU ACHO QUE ISSO É UM FATOR DIFICULTADOR IMPORTANTE. ENTÃO, SE DE REPENTE A GENTE CONSEGUISSSE MUDAR UM POUCO ESSA DINÂMICA, FAZER COM QUE OS ALUNOS, COM QUE A FACULDADE INTERAGISSEM DE FORMA A TENTAR OS HORÁRIOS DE MAIS FOLGA PRA*

*ATENDER... É QUE EXISTEM OS HORÁRIOS QUE JÁ ESTÃO PRÉ-ESTABELECIDOS. ENTÃO SE NÃO FOSSEM TÃO CERTINHOS, DIGAMOS ASSIM, SE JÁ NÃO VIESSE DE CIMA PRA BAIXO A COISA, JÁ TÃO ESTRUTURADA, MEIO QUE NÃO DÁ PRA MEXER. EU ACHO QUE SERIA MUITO MAIS VANTAJOSO PRO ALUNO E PRA UNIDADE PODER TRABALHAR MAIS COM EDUCAÇÃO, PUDESSE FAZER OUTRAS AÇÕES COM A COMUNIDADE, O QUE COM ESSA ESTRUTURA MUITO RÍGIDA A GENTE NÃO CONSEGUE FAZER (ENF 6).*

OBSERVA-SE CLARAMENTE O DESCONTENTAMENTO COM A POSTURA ARROGANTE DE ALGUNS ALUNOS E DE TUTORES QUE NÃO OS PREPARAM ADEQUADAMENTE PARA ENTRAR NA “CASA DO OUTRO”. TAMBÉM EXPRESSAM A INSATISFAÇÃO POR NÃO PODER TOMAR PARTE DAS DECISÕES E TER QUE SE ADEQUAR A PROPOSTAS PRÉ-ESTABELECIDAS QUE NÃO LEVEM EM CONSIDERAÇÃO AS PARTICULARIDADES E DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO DA UNIDADE.

NESSE SENTIDO, CONCORDAMOS COM AS REFLEXÕES DE JUNQUEIRA; FRUTUOSO E SILVA (2013) AO ALERTAREM QUE DIANTE DAS DIFICULDADES REAIS DO SISTEMA E OS EMBATES ENTRE ENSINO E CUIDADO, É INDISCUTÍVEL A IMPORTÂNCIA, PARA A CONSOLIDAÇÃO DO SUS, DE ESPAÇOS DE COMPARTILHAMENTO DE SABERES E DE MODOS DE VER O COTIDIANO DO CUIDADO ENTRE DOCENTES, ESTUDANTES, USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS. É NESSES ESPAÇOS - DE EXERCÍCIO DE CONSTRUÇÃO DE UMA NOVA LÓGICA SANITÁRIA EM CURSO - QUE APARECEM CONFLITOS, TENSÕES INSTABILIDADES E INCERTEZAS ENTRE POLÍTICAS E ORGANIZAÇÕES FORTEMENTE INSTITUÍDAS, A PARTIR DE ENCONTROS E EMBATES DE INTERESSES.

TAIS MANIFESTAÇÕES, AINDA REVELAM QUE OS PROFISSIONAIS NÃO GOSTARIAM DE FICAR ALHEIOS A CONSTRUÇÃO E DECISÕES TOMADAS, MAS SIM, TOMAR PARTE EM TODO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DOS TRABALHOS, SENDO FUNDAMENTAL E NECESSÁRIA A APROXIMAÇÃO COM OS COORDENADORES E RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO DOS PROJETOS. NESSE SENTIDO, MACEDO (2013) APONTA PARA A PREOCUPAÇÃO DE QUE:

“MUITAS VEZES, PORÉM, OS PROCESSOS PARTICIPATIVOS, COLETIVIZADOS E DEMOCRÁTICOS DAS DECISÕES NO TRABALHO SÃO REVESTIDOS, NA OPINIÃO DOS TRABALHADORES, POR UM “FAZ DE CONTA”, NO QUAL OS CANAIS DE COMUNICAÇÃO ATÉ PODEM ENCONTRAR-SE ABERTOS, MAS NEM SEMPRE AS PONDERAÇÕES E POSICIONAMENTOS TECIDOS SÃO DE FATO ENCARADOS COM SERIEDADE, SENDO IMPLEMENTADOS E/OU ABORDADOS COMO

CONTRIBUIÇÕES EFETIVAS E NÃO MERAMENTE “FORMAIS” AO PROCESSO DE GESTÃO” (P.237).

AO ATENTAR PARA OUTROS FATORES, DENT 1 E ENF 2 MANIFESTAM QUE:

*DEPENDE TAMBÉM DOS ALUNOS. TEM ALUNOS QUE SÃO MAIS CARISMÁTICOS, CONVERSAM MAIS COM A EQUIPE. TEM ALUNO QUE É MAIS FECHADO, QUER FAZER MAIS DO JEITO DELE. ÀS VEZES AS MENINAS RECLAMAM: - AH! ESSES ALUNOS CHEGAM E NÃO DÃO NEM BOM DIA! MAS EU ACHO QUE DEPENDE MUITO DO GRUPO, DO PRECEPTOR E DO ENVOLVIMENTO DELES COM A EQUIPE (DENT 1).*

*... PORQUE A GENTE TEM QUE DEIXAR A SALA LIBERADA, TEM QUE AVISAR O PESSOAL E TEM GRUPO QUE SE ENTROSA SUPER COM OS FUNCIONÁRIOS, ENTÃO ACABA SENDO SUPER BACANA. ASSIM, TEM UNS GRUPOS QUE NÃO TEM UM ENTROSAMENTO TÃO BOM, ENTÃO ACABA ASSIM, ELES VÊM NA UNIDADE SÓ PRÁ USAR A SALA, PRA USAR O ESPAÇO FÍSICO E IR EMBORA. ENTÃO, ASSIM, A GENTE PODIA TRABALHAR UM POUQUINHO MAIS, TALVEZ ISSO SEJA LEGAL. UMA MANEIRA DE ENTROSAR OS ALUNOS COM A EQUIPE. SEI LÁ, ELES VIREM NA UNIDADE E A EQUIPE “CONVERSAREM” COM ELES E FICAR UM PERÍODO ANDANDO PELA UNIDADE COM A EQUIPE. O PRIMEIRO ANO QUE EU TRABALHEI, NOSSA! ELES ADORAVAM ESSE POSTO, PORQUE ELES PEGARAM AMIZADE COM TODO MUNDO. ELES GOSTAVAM DE, SABE? ESSE SEGUNDO ERA MENOS, MAS TINHAM ALGUNS QUE JÁ TINHAM BASTANTE AMIZADE JÁ. ACHO QUE TAMBÉM DEPENDE UM POUCO DE PERSONALIDADE DE CADA UM. MAS EU ACHO QUE A EQUIPE TRABALHA BEM ISSO (ENF 2).*

NESSE SENTIDO, ESSES PROFISSIONAIS NOS APRESENTAM QUE FATORES ATRELADOS A CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE DOS ALUNOS TAMBÉM PODEM INFLUENCIAR NOS RUMOS EM QUE AS AÇÕES IRÃO TOMAR. APONTAM QUE ATRIBUTOS COMO CARISMA E EXTROVERSÃO, SOMADOS À SENSIBILIDADE EM RECONHECER O DETENTOR DO ESPAÇO DE DIREITO E INCORPORÁ-LO NA CONSTRUÇÃO DE PROJETOS E AÇÕES, PODE FAVORECER UMA INTEGRAÇÃO MAIS SATISFATÓRIA E GERAR MENOS RESISTÊNCIAS. REFLETINDO SOBRE ESSES ASPECTOS GOMES *ET AL* (2012) ENFATIZAM QUE:

*“AS QUALIDADES DE “EDUCAÇÃO”, “CORTESIA”, “PACIÊNCIA”, “CONHECIMENTO” E “EMPATIA”, RESSALTADAS PELOS MÉDICOS ASSOCIADOS AOS ATRIBUTOS PESSOAIS DE “SENSÍVEL”, “ATENCIOSO” E “QUE O ACEITE [AO PACIENTE] COMO PESSOA HUMANA”, FUNDAMENTAIS NA OPINIÃO DO PACIENTE, CONCORREM PARA UMA RELAÇÃO DE CUIDADO E DE CONFIANÇA MÚTUA” (P.1110).*

EMBORA NÃO SEJA UMA TAREFA QUE CABE EXCLUSIVAMENTE ÀS INSTITUIÇÕES DE ENSINO E O TEMPO DE VIVÊNCIA NO PERÍODO DA GRADUAÇÃO SEJA LIMITADO PARA MODIFICAR IDEOLOGIAS ARRAIGADAS DE MUNDO, OBSERVA-SE A IMPORTÂNCIA DE UMA FORMAÇÃO QUE PROBLEMATIZE TAIS QUESTÕES E QUE SEJA CAPAZ DE PROVOCAR REFLEXÕES NO MODO DE PENSAR E AGIR DOS ALUNOS.

PARA ALÉM DAS CARACTERÍSTICAS PESSOAIS DOS ALUNOS, RECORREMOS MAIS UMA VEZ ÀS REFLEXÕES DE JUNQUEIRA; FRUTUOSO E SILVA (2013) AO REITERAREM QUE O ENTENDIMENTO DO SERVIÇO COMO CORRESPONSÁVEL PELA FORMAÇÃO DO DOCENTE COMO PARTE DO SERVIÇO, E DO USUÁRIO COMO CENTRO DO CUIDADO EM SAÚDE, “REQUER/NEGOCIAÇÃO/ARRANJO PERMANENTE E CONSTRUÇÃO DE COMPROMISSOS ENVOLVENDO ESPAÇOS, HORÁRIOS E TECNOLOGIAS EM FACE DOS DIFERENTES TEMPOS INSTITUCIONAIS E VOZES DO ENSINO E DA ASSISTÊNCIA” (P.232-233).

COM ISSO, SE EVIDENCIA A NECESSIDADE DE UMA ARTICULAÇÃO MAIS CUIDADOSA FRENTE ÀS DIVERSAS PROPOSTAS DE TRABALHO QUE IRÃO SE VALER DOS ESPAÇOS, APOIO E CONTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE. SEM OUVIR TODAS AS VOZES IMPLICADAS NESTE PROCESSO, ATIVIDADES QUE BUSCAM TRANSFORMAR PENSAMENTOS E PRÁTICAS CONDIZENTES COM AS PROPOSIÇÕES DE UM ATENDIMENTO INTEGRAL E HUMANIZADO, CORREM O RISCO DE CONTINUAR A FOMENTAR VALORES E ATITUDES QUE HISTORICAMENTE PERMEARAM RELAÇÕES AUTORITÁRIAS E DESCOMPROMISSADAS ENTRE PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DA SAÚDE.

***“A DESVALORIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO CAMPO DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO MÉDICO”***

NESTE NÚCLEO DE SIGNIFICAÇÃO, ESTÃO REUNIDOS RELATOS QUE TROUXERAM QUESTIONAMENTOS QUANTO AO PROCESSO DE REFORMA CURRICULAR EM CURSO NA FMB-UNESP E DE COMO AS MUDANÇAS ALMEJADAS AINDA NÃO SÃO CONSENSUAIS DENTRO DA PRÓPRIA ACADEMIA. ALÉM DISSO, SÃO APONTADOS ALGUNS REFLEXOS DESSA DISCORDÂNCIA QUE

SE FAZEM NOTAR NO MODO DE PENSAR E NA ATITUDE DOS ALUNOS QUANDO ESTÃO EM CAMPO.

PROFISSIONAIS COMO MED 1 REVELAM ATRAVÉS DE SUA PRÓPRIA EXPERIÊNCIA QUE:

*(...) Não sei se eu já contei pra você da reunião que teve sobre o currículo. Você sabe que está sendo discutido o novo currículo da medicina, estão tendo várias oficinas pra adequação do currículo. Os médicos da minha época, eu falo da minha época porque eu já tenho 30 anos de formada. Mas os médicos da minha época têm uma ideia diferente. Eu também tinha uma ideia completamente diferente até vir trabalhar na saúde da família. Inclusive eu fui super criticada por isso. Largar a minha especialidade... tinha consultório particular e tudo, e largar tudo pra trabalhar em saúde pública e saúde da família. Fui super criticada porque o pessoal achava que eu tava regredindo, tava renunciando a minha especialidade pra me tornar uma clínica geral... Então os colegas que têm o mesmo tempo de formação que eu, eles acham inútil... metade acha que é Deus e a outra metade tem certeza (risos) então eles falavam coisas assim lá, absurdas. Tipo, o médico é soberano, ele manda você abrir a boca tomar o remédio e pronto. E hoje em dia não é mais assim, o povo tem muito mais acesso à informação. Eles discutem com você sobre a sua conduta...*

MED 1 NOS CLARIFICA QUE O PROCESSO DE REFORMA CURRICULAR E DE MUDANÇA NA CONCEPÇÃO DE FORMAÇÃO DOS FUTUROS MÉDICOS NÃO TEM SIDO HOMOGÊNEA E TEM ENCONTRADO MUITA RESISTÊNCIA DENTRO DA UNIVERSIDADE. COMO PROFISSIONAL QUE RENUNCIOU A PRÓPRIA ESPECIALIDADE E PACTUA COM A NECESSIDADE DE REVISÃO DOS CURRÍCULOS PARA UMA FORMAÇÃO QUE FAÇA JUS ÀS PRERROGATIVAS E NECESSIDADES DO SUS, ALERTA QUE AINDA É MUITO FORTE A VISÃO DO PROFISSIONAL QUE ATUA NA APS COMO UM PROFISSIONAL DE SEGUNDA CLASSE E, QUE PODERIA GANHAR MAIS DINHEIRO ATUANDO EM SUA ESPECIALIDADE.

SUA PERCEPÇÃO PODE SER CORROBORADA NAS DISCUSSÕES DE FEUERWERKER E CAPOZZOLO (2013) SOBRE AS MUDANÇAS NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, AO AFIRMAREM QUE:

*“(...) todos esses aspectos produzem os diferentes planos que compõem as escolas e seus atores: indústria farmacêutica e de equipamentos, entidades corporativas, agências de fomento, diferentes tipos de SUS, diferentes tipos de setor privado na saúde, movimentos de estudantes e*

DOCENTES, POLÍTICAS PÚBLICAS, ETC. ESTABELECEM-SE DISPUTAS ENTRE ATORES SOCIAIS COMPROMETIDOS COM A FABRICAÇÃO DOS DIFERENTES TIPOS DE PROPOSTAS DE FORMAÇÃO” (P. 41-42).

ESSAS QUESTÕES ESTÃO PRESENTES NO BRASIL DE MODO BEM MAIS ACENTUADO, POIS NÃO HÁ TRADIÇÃO DE FORMAÇÃO DE GENERALISTAS NAS ESCOLAS MÉDICAS, ALÉM DE SER BAIXO O RECONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA PELOS MÉDICOS ESPECIALISTAS. SOMENTE EM 2002 A MEDICINA DE FAMÍLIA E DA COMUNIDADE FOI RECONHECIDA COMO ESPECIALIDADE PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, FOMENTANDO-SE A ABERTURA DE CURSOS DE RESIDÊNCIA E DE ESPECIALIZAÇÃO *LATO SENSU* (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

DIANTE DESTA REALIDADE, A CONSTATAÇÃO DE MED 1 NOS APRESENTA QUE ESSE IDEÁRIO TAMBÉM REPERCUTE NA POSTURA DO MÉDICO, COLOCANDO-O NUMA CONDIÇÃO DE SUPERIORIDADE, DESCONSIDERANDO O SABER PRÉVIO DA POPULAÇÃO E A NECESSIDADE DE UMA POSTURA DIALÓGICA COM OS PACIENTES. MAIS DO QUE ISSO, REVELA O DESCONHECIMENTO DA SAÚDE PÚBLICA ENQUANTO GRANDE CAMPO DE ATUAÇÃO DOS FUTUROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, ASSIM COMO DA NECESSIDADE DE REVISÃO DOS CURRÍCULOS TRADICIONAIS QUE AINDA NÃO SE ADEQUARAM FRENTE A ESTAS NOVAS CONFIGURAÇÕES. NESSE SENTIDO PIZZINATO *ET AL* (2012) DESTACAM QUE:

“A FIM DE DAR CONTINUIDADE AOS AVANÇOS PROPORCIONADOS PELOS PROJETOS, É NECESSÁRIO SER AMPLIADO O DEBATE SOBRE O PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO DA FORMAÇÃO EM SAÚDE, INCENTIVANDO O COMPROMISSO DO ENSINO COM O SUS. ALÉM DISSO, DEVE SER ESTIMULADA A DISCUSSÃO ENTRE AS DISCIPLINAS QUE ABORDAM SAÚDE COLETIVA E O SUS NOS DIVERSOS CURSOS DA SAÚDE, COM O OBJETIVO DE PLANEJAR OS CONTEÚDOS DE FORMA INTEGRADA. PARA TANTO, UMA DAS ESTRATÉGIAS PROPOSTAS É INTEGRAR OS ESTUDANTES DOS CURSOS DA SAÚDE EM UMA MESMA DISCIPLINA DE SAÚDE COLETIVA DURANTE SUA FORMAÇÃO” (P.176).

MESMO TRABALHANDO COMO UM PROFISSIONAL NA PONTA DA ASSISTÊNCIA, A ACS 4 REVELA QUE SENTE OS REFLEXOS DAS TENSÕES E DIVERGÊNCIAS NA FORMAÇÃO APONTADAS ACIMA, QUE SE FAZEM PRESENTES NA RESISTÊNCIA E POSTURA DOS ALUNOS:

*EU SEI POR VÁRIOS ALUNOS QUE JÁ PASSOU POR AQUI, QUE ELES TINHAM UMA COMUNIDADE LÁ NO ORKUT ASSIM: “EU ODEIO SAÚDE PÚBLICA” E EU PERGUNTAVA POR QUÊ? AÍ ALGUNS DISSERAM QUE ERA PORQUE A... NA TEORIA QUANDO*

*ELES TÊM AULA DE SAÚDE PÚBLICA, FALAM QUE É HORRÍVEL, ERA DESORGANIZADO. FICAVA, “OLHA! SAÚDE PÚBLICA É TERRÍVEL!”. QUANDO ELES IAM PRA UNIDADE ELES JÁ TINHAM UMA VISÃO DIFERENTE DO QUE É SAÚDE PÚBLICA. MAS EU ACHO QUE BOA PARTE DELES, POR TER ESSAS AULAS QUE SÃO MEIO DESGASTANTES, MAÇANTES, QUANDO VEM PRA UNIDADE ELES JÁ VÊM MEIO QUE COM UMA COISA MEIO PRÉ-ESTABELECIDO, JÁ VÊM COM AQUELA MÁ VONTADE. MAS DEPOIS QUANDO CHEGA AQUI NÃO, ELES TÊM UMA OUTRA VISÃO, MAS DEPENDE MUITO DO ALUNO, MAS AQUELES QUE VÊM “EU NÃO SEI O QUE TÔ FAZENDO AQUI, EU QUERO FAZER CIRURGIA PLÁSTICA” AÍ É BEM DIFÍCIL. MAS TAMBÉM, SE ELES JÁ ESTÃO SENDO CONTAMINADOS DE QUE ISSO É RUIM MESMO ANTES DE CONHECER A REALIDADE, FICA MAIS DIFÍCIL AINDA.*

COMO PODEMOS OBSERVAR NO RELATO ACIMA, AS DIVERGÊNCIAS QUANTO AO MODELO DE FORMAÇÃO A SER PRIVILEGIADO E DESENVOLVIDO COM OS ALUNOS, TRAZEM INEGÁVEIS REFLEXOS NA POSTURA E ACEITAÇÃO DAS PROPOSTAS QUE APROXIMAM OS ALUNOS COM A REALIDADE DA SAÚDE PÚBLICA. ISSO É CONSTATADO EM PRÉ-CONCEITOS ESTIMULADOS PELOS PRÓPRIOS DOCENTES QUE SE MOSTRAM CONTRÁRIOS ÀS PROPOSTAS DE MUDANÇA E QUE CORROBORAM EM ATITUDES DE DESCASO E DESMOTIVAÇÃO EM PROPOSTAS QUE VÃO NESSA DIREÇÃO, A EXEMPLO DA DISCIPLINA IUSC.

AO REFLETIR SOBRE ESTAS QUESTÕES NOS APOIAMOS NAS CONCLUSÕES DE LEITE *ET AL* (2012) AO AFIRMAREM QUE PARA A ÁREA DA SAÚDE A FORMAÇÃO NÃO GERA APENAS PROFISSIONAIS QUE POSSAM SER ABSORVIDOS PELOS POSTOS DE TRABALHO DO SETOR, MAS ENGLOBA TAMBÉM, UM TRABALHO DE ESCUTA, EM QUE A INTERAÇÃO ENTRE PROFISSIONAL DE SAÚDE E USUÁRIO É DETERMINANTE DA QUALIDADE DA RESPOSTA ASSISTENCIAL:

*“A INCORPORAÇÃO DE NOVIDADES TECNOLÓGICAS É PREMENTE E CONSTANTE, E NOVOS PROCESSOS DECISÓRIOS REPERCUTEM NA CONCRETIZAÇÃO DA RESPONSABILIDADE TÉCNICO-CIENTÍFICA, SOCIAL E ÉTICA DO CUIDADO, DO TRATAMENTO OU DO ACOMPANHAMENTO EM SAÚDE... A INTERIORIZAÇÃO NÃO PODE SER APENAS DO TRABALHO, MAS TAMBÉM DAS CONDIÇÕES DE PROVIMENTO, FIXAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE. POR ISSO, INICIATIVAS DE POLÍTICA FORMATIVA E DE POLÍTICA EM SAÚDE - EM RELAÇÃO ÀS RESPONSABILIDADES DA ÁREA DA SAÚDE COM A MUDANÇA NA GRADUAÇÃO, A INTERAÇÃO FORMAÇÃO-SISTEMA DE SAÚDE E A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NO ÂMBITO DA GESTÃO PARTICIPATIVA NA POLÍTICA NACIONAL DE FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO PARA O SUS - SÃO FRANCAMENTE DESEJÁVEIS” (P.116).*

TAIS PROBLEMÁTICAS EVIDENCIAM QUE AINDA SÃO MUITOS OS

ENTRAVES E OBSTÁCULOS A SEREM SUPERADOS PARA QUE AS INICIATIVAS DE DIVERSIFICAÇÃO DOS CENÁRIOS DE APRENDIZAGEM E DE UMA FORMAÇÃO CONDIZENTE COM AS PARTICULARIDADES E NECESSIDADES DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA E, EM PARTICULAR, DA APS TENHAM SEU DEVIDO ESPAÇO E RECONHECIMENTO DOS ÓRGÃOS FORMADORES.

AO BUSCAR UMA COMPREENSÃO MAIS AMPLA SOBRE ESTE CENÁRIO, RECORREMOS À ARGUMENTAÇÃO DE FERNANDES (1993) AO EXPLICITAR QUE NÃO É À TOA QUE A PRÁTICA CLÍNICA EXTRAHOSPITALAR GOZA DE TÃO MÁ REPUTAÇÃO ENTRE OS MÉDICOS, NA MEDIDA EM QUE SE VEEM DESGUARNECIDOS DE INSTRUMENTOS TEÓRICOS CAPAZES DE AJUDÁ-LOS A DAR CONTA DE BOA PARTE DA DEMANDA QUE TEM A ATENDER. O RESULTADO DESTA SITUAÇÃO NORMALMENTE É TRADUZIDO EM RECEITAS INÓCUAS, VERDADEIROS EFEITOS-PLACEBO, CRONIFICAÇÃO DE DOENTES, PEDIDOS DE EXAMES DESNECESSÁRIOS E DA MEDICALIZAÇÃO COMO ÚNICA RESPOSTA POSSÍVEL.

PARA REALIZAR UM ATENDIMENTO MÉDICO TÉCNICAMENTE CONSISTENTE NO CAMPO EXTRAHOSPITALAR, TORNA-SE NECESSÁRIO AMPLIAR O CAMPO DE PERCEPÇÃO CLÍNICA, DE MODO A BUSCAR EM OUTRAS ÁREAS DO CONHECIMENTO HUMANO E CIENTÍFICO AS ANÁLISES E RESPOSTAS MAIS ADEQUADAS A QUEIXAS E SINTOMAS, SOB O RISCO DE SE DESENVOLVER UMA ATUAÇÃO PROFISSIONAL SUPERFICIAL, INEFICIENTE E DE BAIXA RESOLUTIVIDADE, DOMINADA PELA MONOTONIA E REPETITIVIDADE ORIUNDAS DA POBREZA FISIOPATOLÓGICA DOS CASOS E DA ESTREITEZA DO OLHAR MÉDICO (FERNANDES, 1993).

NESSA LINHA, PODE-SE PENSAR QUE MUITAS DAS EXPECTATIVAS ESTÃO ASSOCIADAS COM PERSPECTIVAS DE FORTALECIMENTO DO SUS, MAS QUE EXIGEM MUITO MAIS PARA SE EFETIVAREM. OS DESCOMPASSOS ENTRE O QUE DEVERIA SER A RELAÇÃO UNIVERSIDADE/SERVIÇOS DE SAÚDE E A PRÓPRIA FORMA COM QUE OS SERVIÇOS ESTÃO ESTRUTURADOS ATUALMENTE ESTÃO MUITO LONGE DE UMA ABORDAGEM MAIS INTEGRAL, DE UM TRABALHO DE EQUIPE ARTICULADO E DE UMA PRÁTICA DE INTERSETORIALIDADE, O QUE PODE DESENCADear CERTO DESCRÉDITO ANTE O SUS E A PRÓPRIA PROPOSTA INOVADORA DE PROFISSIONAIS PARA ATUAR NA ÁREA DA SAÚDE (JUNQUEIRA; FRUTUOSO E SILVA, 2013).

DE ACORDO COM CARVALHO (2013) É PERCEPTÍVEL QUE O MODELO

BIOMÉDICO AINDA PREDOMINA NO PROCESSO DE FORMAÇÃO MÉDICA, A ALTA TECNOLOGIA, A HOSPITALIZAÇÃO, A MEDICINA CENTRADA EM PROCEDIMENTOS, INFLUENCIAM TANTO A GRADUAÇÃO QUANTO A PÓS-GRADUAÇÃO. NESSE SENTIDO, A ESCOLA MÉDICA AINDA ENCONTRA-SE DISTANTE DAS NECESSIDADES DO SUS E DO DESEJO DE GRANDE PARTE DOS ESTUDANTES DE MEDICINA QUE AINDA É FAZER UMA ESPECIALIDADE QUE SEJA BEM REMUNERADA PELO MERCADO E QUE SE APROXIME DA PRÁTICA LIBERAL.

***“OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E SUA AMBIGUIDADE DE SENTIMENTOS NA RELAÇÃO COM OS ALUNOS”***

AQUI, ESTÃO CONTIDAS AS INFORMAÇÕES QUE BUSCAMOS CAPTAR SOBRE QUAIS SERIAM AS POSSÍVEIS DIFERENÇAS E/OU SEMELHANÇAS ENTRE AS DIVERSAS CATEGORIAS PROFISSIONAIS QUANTO À PRESENÇA DE ALUNOS EM FORMAÇÃO PROFISSIONAL NESTES ESPAÇOS. SENDO OS ACS DENTRE TODOS OS ENTREVISTADOS A CATEGORIA PROFISSIONAL QUE APRESENTOU DE MODO MAIS ENFÁTICO AS PROBLEMÁTICAS E INSATISFAÇÕES NA RELAÇÃO COM ALUNOS, JULGAMOS PERTINENTE A ESTRUTURAÇÃO E EXPOSIÇÃO DE TAIS APONTAMENTOS REUNIDOS NESTE NÚCLEO DE SIGNIFICAÇÃO.

QUANTO AOS ASPECTOS QUE EMERGIRAM NOS RELATOS DOS ACS, É NOTÓRIO QUE DESDE A CRIAÇÃO DO PACS EM 1991, A FIGURA DOS ACS TEM SIDO DESTACADA COMO FUNDAMENTAL EM REALIZAR O ELO ENTRE AS DEMANDAS E NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO JUNTO À UNIDADE DE SAÚDE. DESDE ENTÃO, SUA ATUAÇÃO TEM SIDO CADA VEZ MAIS VALORIZADA, ASSIM COMO MUITOS PESQUISADORES TÊM ESTUDADO SUAS ATRIBUIÇÕES DENTRO DA ESF E A RELEVÂNCIA DE SEU PAPEL DENTRO DESTA CONFIGURAÇÃO DE CUIDADO.

ENTRE AS QUESTÕES QUE FORAM OBSERVADAS E PODEMOS EXPLICITAR NESTE ESTUDO, ENCONTRA-SE A AMBIVALÊNCIA DE SENTIMENTOS E DE ATITUDES DOS ACS DIANTE DA RELAÇÃO COM ALUNOS QUE FREQUENTAM O COTIDIANO DAS UNIDADES DE SAÚDE. ÀS VEZES DE FORMA MAIS CONTUNDENTE E EM OUTRAS DE FORMA MAIS SUTIL E VELADA, EXPLICITAMOS ATRAVÉS DOS RELATOS ABAIXO, A PLURALIDADE DE OPINIÕES

EXPRESSAS EM ALGUMAS ZONAS DE SENTIDO.

NOS RELATOS DOS ACS 1 E 3 CLARIFICAM-SE ASPECTOS POSITIVOS PERANTE ESTA RELAÇÃO:

*É SEMPRE BEM GOSTOSO QUANDO VOCÊ TEM ESSA OPORTUNIDADE DE TRANSMITIR INFORMAÇÃO. ATÉ MESMO PORQUE MUITOS NÃO CONHECEM O AGENTE DE SAÚDE, ENTENDEU? MUITOS NÃO SABEM NEM DO QUE SE TRATA, NEM A SUA FUNÇÃO NA EQUIPE, E FALAR DISSO PRA MIM É BEM LEGAL, BEM GRATIFICANTE (ACS 1).*

*EU ACHO QUE POR ESTAR NA RUA VOCÊ CONSEGUE MOSTRAR PARA OS ALUNOS UMA OUTRA VISÃO DO PACIENTE... - AH! VOCÊ PRESTOU ATENÇÃO NAQUILO? - AH, NÃO TINHA VISTO... EU ACHO QUE A GENTE CONSEGUE DAR UMAS DICAS, UM TOQUE BEM LEGAL PRA ELES... SÃO COISAS QUE EU GOSTO DE FAZER E ACHO QUE ISSO É IMPORTANTE PRA ELES SAIR UM POUQUINHO DO PEDESTAL (ACS 3).*

COMO PODEMOS CONSTATAR NOS RELATOS, OBSERVA-SE QUE APESAR DE NÃO SEREM TUTORES DOS ALUNOS, OS ACS SENTEM-SE GRATIFICADOS EM EXPLICITAR A IMPORTÂNCIA DE SEU PAPEL DENTRO DA EQUIPE DE SAÚDE, ASSIM COMO EM COLABORAR NA CONSTRUÇÃO DE UM NOVO OLHAR DO ESTUDANTE. RECONHECEM AS DISPARIDADES DE PODER EXISTENTES ENTRE MÉDICOS E DEMAIS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES E NÃO SE OMITEM EM FAVORECER O ROMPIMENTO COM PADRÕES DE COMPORTAMENTO CRISTALIZADOS EM NOSSA CULTURA.

MESMO QUE POR VEZES SEJAM SOBRECARREGADOS PELO ACÚMULO DE FUNÇÕES E PELA POUCA VALORIZAÇÃO DENTRO DA PRÓPRIA EQUIPE, SALIENTAM A OPORTUNIDADE DE TAMBÉM EXERCER UMA FUNÇÃO PEDAGÓGICA, CONTRIBUI PARA O SENTIMENTO DE PERTENCIMENTO GRUPAL E DE PROTAGONISMO EM SEU LOCAL DE TRABALHO.

EM ESTUDO REALIZADO SOBRE O ENSINO E A PESQUISA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, DE MODO PARTICULAR, SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO PET-SAÚDE NA FMB/UNESP, CYRINO ET AL (2012) APONTAM A IMPORTÂNCIA DOS ACS JUNTO AOS PROJETOS EM CURSO. RECONHECEM SUAS CONTRIBUIÇÕES NA LIGAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS, COM OS GRUPOS PET E COM A COMUNIDADE, ASSIM COMO DA PECULIARIDADE DE SUA CONDIÇÃO DE ELO CULTURAL, QUE POSSIBILITA MAIOR DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO EDUCATIVO AO JUNTAR DOIS UNIVERSOS CULTURAIS: O DO SABER CIENTÍFICO E O DO SABER POPULAR.

Já O RELATO DO ACS 1 é EVIDENCIADO OUTROS ASPECTOS:

*A PRIMEIRA é A QUESTÃO QUE EU PROCURO AJUDÁ-LOS, PORQUE EU TAMBÉM ME IMAGINO PROPORCIONANDO UMA MELHORA PRA POPULAÇÃO. O QUE EU PUDE COMPARTILHAR DO MEU TRABALHO, COMPARTILHAR A MINHA VIVÊNCIA AQUI COM ELES... PENSO QUE UM DIA ELES VÃO USAR ISSO SABE? UM DIA ELES VÃO PODER FALAR: - POXA! PASSAMOS Lá, TIVEMOS ESSA CONVERSA. ESSA PARTE EU VEJO QUE é MUITO POSITIVO, PORQUE é UMA EXPERIÊNCIA QUE Tá SENDO TROCADA. MAS PARA O MEU TRABALHO, Não TEM ASSIM, UMA DEVOLUTIVA. Não ACRESCENTA, OU ACRESCENTA só NA QUESTÃO DE VOCÊ CONHECER MAIS PESSOAS... Não TEM MUDANÇA OU ALTERAÇÃO.*

ACS 1 NOS APRESENTA UMA POSTURA ABERTA AO DIÁLOGO COM OS ALUNOS, ATITUDE ESTA, QUE ESPERA TRAZER CONTRIBUIÇÕES NA QUALIDADE DO ATENDIMENTO OFERTADO à POPULAÇÃO. APESAR DISSO, RESSALTA A INSATISFAÇÃO PELA AUSÊNCIA DE RETORNO QUE AGREGUE RECONHECIMENTO E CONHECIMENTO AO SEU PRÓPRIO TRABALHO.

TAL ARGUMENTO NOS LEVA A REFLETIR SOBRE O SENTIMENTO DE SER “USADO” E “DESCARTADO” PELOS ALUNOS QUANDO SUAS CONTRIBUIÇÕES Não São MAIS NECESSÁRIAS. AO DISPOR DE SEU TEMPO E SABER, ESPERA TAMBÉM QUE ESTA EXPERIÊNCIA QUALIFIQUE O SEU TRABALHO E QUE Não SEJA APENAS UM MOMENTO PARA CONHECER PESSOAS QUE EM BREVE IRÃO EMBORA LEVANDO MUITO CONSIGO E DEIXANDO POUCO DE SI.

POR SUA VEZ, OS ACS 3 E 4 REVELAM OUTROS PONTOS DE TENSÃO E INSATISFAÇÃO EM RELAÇÃO A SUA INTERAÇÃO COM ALUNOS:

*TEM ALUNO QUE é MUITO METIDO. TEM OUTROS QUE CHEGAM AQUI DE NARIZINHO EMPINADO, O QUE COMPROMETE UM POUCO O RELACIONAMENTO, MAS NO GERAL é MUITO BOM. PORQUE EU GOSTO MUITO DE SER ACOMPANHADA, EU ACHO MUITO BOM QUANDO VEM ALUNO E VÃO SAIR COMIGO, E EU VOU FALANDO UM POUQUINHO DO QUE é SAÚDE DA FAMÍLIA PRA ELES, EU GOSTO MUITO (ACS 3).*

*EU Já CHEGUEI A ME SENTIR HORRÍVEL E FUI FALAR COM A TUTORA DELES: - EU Não LEVO MAIS, PORQUE EU ACHO QUE ELES Não ESTÃO APRENDENDO NADA, SIMPLEMENTE CUMPRINDO A CARGA HORÁRIA E ACABOU, Não VAI ACRESCENTAR EM NADA. EM COMPENSAÇÃO, OUTROS Não, MUITO PELO CONTRÁRIO, São SUPER ATIVOS:- O QUE VOCÊ ACHA QUE EU FALO? COMO EU CHEGO NA CASA DELE? PARECE QUE TEM VONTADE NO QUE ESTÁ FAZENDO. ENTÃO EU GOSTO DOS ALUNOS, MAS PELO MEU JEITO às VEZES é MEIO COMPLICADO. PASSO A BOLA PRA OUTRA, E Não é TODO MUNDO QUE GOSTA, QUE ACEITA E VAI AUXILIAR COMO DEVERIA (ACS4).*

EM DETERMINADOS MOMENTOS, OS ACS REVELAM A GRATIFICAÇÃO EM APRESENTAR SEU PAPEL DENTRO DA EQUIPE E O PRÓPRIO TERRITÓRIO NO QUAL RESIDEM E CONHECEM MUITO BEM SUAS PARTICULARIDADES, COMO TAMBÉM EM PODER CONTRIBUIR COM A FORMAÇÃO DOS ESTUDANTES NA AMPLIAÇÃO DO SEU OLHAR PARA UMA ATUAÇÃO MAIS HUMANA E CONDIZENTE COM AS NECESSIDADES DA COMUNIDADE.

POR OUTRO LADO, EVIDENCIAM-SE SENTIMENTOS NEGATIVOS DOS ACS QUANDO SE SENTEM “USADOS” DIANTE DA AUSÊNCIA DE UMA CONTRAPARTIDA PELA UNIVERSIDADE E PELOS ALUNOS, COMO NA INSATISFAÇÃO EM SEREM VISTOS COMO PROFISSIONAIS SECUNDÁRIOS NA EQUIPE E TRATADOS COM DESCASO E DESRESPEITO POR ALUNOS, TUTORES E CHEFIAS DAS UNIDADES. TAL SITUAÇÃO TAMBÉM JÁ FOI CONSTATADA NO ESTUDO DE JUNQUEIRA; FRUTUOSO E SILVA (2013) AO AVERIGUAREM QUE:

“DENTRE TODOS OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE, OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE FORAM OS COM QUE OS ALUNOS TIVERAM MAIOR CONTATO, EM UMA RELAÇÃO QUE SE LIMITOU, NA MAIORIA DAS VEZES, AO ACOMPANHAMENTO EM DOMICÍLIOS, EM MOMENTOS INICIAIS E FINAIS DAS ATIVIDADES, SEM A OPORTUNIDADE DE TRABALHO CONJUNTO E DISCUSSÕES SOBRE OS CASOS” (P.236).

EMBORA TAIS CONFLITOS TENHAM SIDO CAPTADOS NESTE ESTUDO, CYRINO *ET AL* (2012) NOS APONTAM QUE JÁ FORAM REALIZADAS ATIVIDADES VOLTADAS PARA A CATEGORIA DOS ACS NA TENTATIVA DE ACOLHER SEUS SOFRIMENTOS E DIMINUIR AS DISPARIDADES, JUSTAMENTE POR ENTENDER QUE SE TRATA DE UM GRUPO DE PROFISSIONAIS IDENTIFICADOS COM A COMUNIDADE, OS PROBLEMAS DE ORDEM PESSOAL MUITAS VEZES SE MESCLARAM OU PERMEARAM O RELATO DO TRABALHO PROFISSIONAL. ISTO POSSIBILITOU A ABERTURA DE UM PROCESSO DE REFLEXÃO SOBRE IDENTIDADE PESSOAL E PROFISSIONAL, APOIANDO E FORTALECENDO O COMPROMISSO COM O TRABALHO DESENVOLVIDO NAS USF.

ALÉM DISSO, É IMPORTANTE SALIENTAR QUE HOVE ESFORÇO NA FMB POR MEIO DOS PROJETOS ATRELADOS AO PRÓ-SAÚDE DE SE UTILIZAR PARTE DO RECURSO COM BOLSAS PARA OS AGENTES POR DETERMINADOS PERÍODOS, NA MEDIDA EM QUE SE RECONHECIA A IMPORTÂNCIA DELES NO TRABALHO COM OS ESTUDANTES.

PARA ALÉM DESTAS QUESTÕES LIMA E COCKELL (2009) NOS LEVAM AMPLIAR A COMPREENSÃO SOBRE ESTA CATEGORIA PROFISSIONAL E ENFATIZAM QUE:

“DIANTE DA PRECARIÉDADE E FLEXIBILIDADE DAS RELAÇÕES DE TRABALHO, ENTENDEMOS QUE, MESMO NUM CONTEXTO DE CRESCENTE FORMALIZAÇÃO DOS CONTRATOS E AUMENTO DOS PROCESSOS JUDICIAIS DESSES TRABALHADORES, REIVINDICANDO SEUS DIREITOS TRABALHISTAS, OS ACS ENCONTRAM-SE NUM CONTEXTO DE VULNERABILIDADE SOCIAL, UMA VEZ QUE A MAIOR PARTE NÃO TEM ACESSO A DIREITOS VINCULADOS AO CONTRATO DE TRABALHO REGULAR” (P.50).

NO MUNICÍPIO DE BOTUCATU, EM PARTICULAR, OS ACS TAMBÉM VIVENCIARAM MOMENTOS DE GRANDE TENSÃO E INSTABILIDADE NAS RELAÇÕES CONTRATUAIS. AS MUDANÇAS OCORRIDAS ENVOLVENDO CONVÊNIOS COM ENTIDADE FILANTRÓPICA PARA ORGANIZAÇÃO SOCIAL E MAIS RECENTEMENTE, PARA A ADMINISTRAÇÃO DIRETA, FORAM PERMEADAS PELO SOFRIMENTO EMOCIONAL E INSEGURANÇAS DESTA CATEGORIA PROFISSIONAL FRENTE AO TEMOR DE PERDER DIREITOS E O PRÓPRIO EMPREGO.

ALÉM DISSO, CABE RESSALTAR QUE A MAIORIA DAS USF DO MUNICÍPIO ENCONTRA-SE COM NÚMERO INSUFICIENTE DE ACS, O QUE TEM IMPLICADO NO AUMENTO DO VOLUME DE TRABALHO, TENDO EM VISTA QUE SÃO OBRIGADOS A AMPLIAR SUAS ATIVIDADES PARA ÁREAS SEM A PRESENÇA DO ACS, ALÉM DE COBRIR A AUSÊNCIA DE PROFISSIONAIS EM FUNÇÕES ADMINISTRATIVAS DAS UNIDADES.

APESAR DE RECONHECEREM A IMPORTÂNCIA DA CONTRIBUIÇÃO E ESPECIFICIDADE DE SEU PAPEL NA FORMAÇÃO DE ALUNOS, OS ACS GOSTARIAM DE OBTER MAIOR CONHECIMENTO DAS DIVERSAS AÇÕES QUE SÃO ARTICULADAS NA UNIDADE E QUE INTERFEREM DIRETAMENTE EM SEU PROCESSO DE TRABALHO. DA MESMA FORMA, AVALIAM QUE ESTA TAREFA CABE AOS DIFERENTES ÓRGÃOS E PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NA PACTUAÇÃO DOS TRABALHOS NA QUAL GOSTARIAM DE SER OUVIDOS E RECONHECIDOS.

**EIXO 3 - PROPOSIÇÕES QUANTO ÀS PROBLEMÁTICAS E DESAFIOS A SEREM ENFRENTADOS NO ENSINO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**“A AMPLIAÇÃO DA INTEGRAÇÃO, DO TEMPO E DO ESPAÇO COMO NECESSIDADES PARA QUALIFICAR O ENSINO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA à SAÚDE”.**

NESTE ÚLTIMO NÚCLEO, SÃO APRESENTADAS AS IDÉIAS, SUGESTÕES E OPINIÕES DOS TRABALHADORES SOBRE COMO AVALIAM O QUE DEVE ACONTECER PARA QUE AS PROBLEMÁTICAS EXISTENTES NA RELAÇÃO ENTRE UNIDADES DE SAÚDE E ALUNOS SEJAM MINIMIZADAS E QUE ASPECTOS DEVEM SER REVISTOS E ADEQUADOS PARA POTENCIALIZAR ESTE CENÁRIO DE APRENDIZAGEM.

NO RELATO DO MED 2 SE APRESENTA A CONCEPÇÃO DE QUE:

*ACHO QUE ÀS VEZES FALTA UM POUCO MAIS DE TEMPO PRA GENTE SE DEDICAR A ISSO, MAS TEM O SERVIÇO PRA TOCAR TAMBÉM NÉ? A PRINCIPAL FUNÇÃO DO SERVIÇO NÃO É ESSA, MAS ÀS VEZES FALTA TEMPO PRA GENTE DAR MAIS ATENÇÃO A ELES...DE REPENTE SE A UNIDADE TIVESSE MENOS MOVIMENTO E A GENTE TIVESSE MAIS TEMPO PRA DEDICAR A ELES. ÀS VEZES EU ACHO QUE FALTA UM POUCO MAIS DE TEMPO PRA IR A FUNDO COM ELES EM ALGUMAS COISAS IMPORTANTES, MAS POR OUTRO LADO EU VEJO QUE A FUNÇÃO PRINCIPAL NOSSA TAMBÉM NÃO É ESSA. NÓS NÃO SOMOS PROFESSORES.*

NA FALA DESTA MÉDICA, ESTÁ ILUSTRADA A FALTA DE TEMPO DISPONÍVEL PARA SUPERVISIONAR, DISCUTIR CASOS E PROBLEMÁTICAS DO COTIDIANO DO TRABALHO COM OS ALUNOS. TAL REALIDADE É VISTA COMO DIFICULTADORA À UNIDADE EM SE CARACTERIZAR E CONSEGUIR EXERCER TAMBÉM UMA FUNÇÃO PEDAGÓGICA, EMBORA AFIRME QUE A MISSÃO PRIMORDIAL DO SERVIÇO ONDE ATUA SEJA ASSISTENCIAL.

AQUI, SE REVELA A RELAÇÃO CONFLITUOSA QUE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE VIVEM EM TENTAR CONCILIAR A DEMANDA ASSISTENCIAL DA UNIDADE DE SAÚDE COM ATRIBUTOS RELACIONADOS À FORMAÇÃO DOS ALUNOS. ALÉM DISSO, ATRIBUI UMA CONOTAÇÃO SECUNDÁRIA A ESTA RELAÇÃO NÃO SE RECONHECENDO COMO PROFESSORA DOS ALUNOS, MAS SIM, COMO UMA PROFISSIONAL QUE FOI CONTRATADA PARA RESOLVER PROBLEMAS DE SAÚDE E NÃO PARA PROBLEMATIZAR ESSAS QUESTÕES COM OS ALUNOS EM APRENDIZADO.

EMBORA AFIRME QUE ESTÁ EM UM EQUIPAMENTO CUJA PRINCIPAL FUNÇÃO É A ASSISTENCIAL, REVELA GOSTAR DE TAMBÉM PODER COLABORAR TRANSMITINDO O SEU SABER E EXPERIÊNCIA AOS ALUNOS. APESAR DISSO,

SABE QUE POR VEZES DEIXA A DESEJAR EM MUITOS ASPECTOS DA FORMAÇÃO POR NÃO CONSEGUIR CONCILIAR ESTA TAREFA COM A GRANDE DEMANDA ASSISTENCIAL QUE É DE FATO A SUA PRINCIPAL ATRIBUIÇÃO POR QUEM OS CONTRATA.

NESSE SENTIDO, FEUERWERKER (2011) NOS ALERTA PARA O FATO DE QUE A PRECEPTORIA É UMA FUNÇÃO QUE DEVE SER ESTABELECIDADA E JÁ PREVISTA COMO ATRIBUIÇÃO CONSTITUTIVA, A FIM DE QUE A TENSÃO ENTRE AS ATIVIDADES ASSISTENCIAL E DOCENTE SEJA MENOR, ISTO, POIS, OS PRECEPTORES RESPONDEM A MUITOS PATRÕES E A LÓGICAS E EXPECTATIVAS DISTINTAS DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO E DOS SERVIÇOS.

Já A DENT 3, APRESENTA OUTRA PREOCUPAÇÃO:

*(...) COMO ELES VÊM SEMPRE NAQUELE PERÍODO E VÃO EXECUTAR OS SEUS TRABALHOS, ACHO QUE NÃO TEM MUITA INTERAÇÃO. ACHO QUE É ATÉ POR ISSO QUE OS AGENTES FALAM QUE ELES ÀS VEZES SÃO UM POUCO METIDOS, QUE NÃO CUMPRIMENTAM, QUE ACHAM QUE NÃO PRECISAM DELES... EU ACREDITO QUE É PORQUE ELES FICAM MENOS TEMPO E ACABAM NÃO TENDO AQUELA INTEGRAÇÃO COM A EQUIPE. EU ACHO QUE A GENTE PODE MELHORAR ISSO TENDO ATIVIDADES COM AS AGENTES TAMBÉM E TAMBÉM TRABALHAR COMO OS OUTROS MEMBROS DA EQUIPE, MAS TAMBÉM NÃO SEI COMO ENVOLVER MAIS AS AUXILIARES, NÃO PODEM PARAR TODA HORA PRA TÁ SAINDO.*

A POSSIBILIDADE DE SE FLEXIBILIZAR OS HORÁRIOS DAS ATIVIDADES, ASSIM COMO EM INCORPORAR OS OUTROS PROFISSIONAIS DA EQUIPE COMO ACS E AUXILIARES NAS DIVERSAS AÇÕES, TAMBÉM SÃO VISLUMBRADOS COMO ASPECTOS CRUCIAIS A UMA MAIOR INTEGRAÇÃO COM A UNIDADE. NESSE IDEÁRIO UCHIMURA E BOSI (2012) TAMBÉM SUSTENTAM A CONCEPÇÃO DE QUE:

*“(...) A NECESSIDADE DE OPORTUNIZARMOS, NO PROCESSO DE FORMAÇÃO, EXPERIÊNCIAS INTEGRADORAS E INTERDISCIPLINARES, A FIM DE QUE SABERES E FAZERES DIFERENCIADOS ESTEJAM PRESENTES NO PROCESSO DE VINCULAÇÃO DO ESTUDANTE COM UMA DETERMINADA IDENTIDADE PROFISSIONAL, DE MANEIRA QUE ESTA NÃO RESULTE ASSOCIADA A APENAS UMA CATEGORIA OU CORPORAÇÃO PROFISSIONAL, MAS A UM CAMPO DE CONHECIMENTO E PRÁTICAS, VOLTADO A ATENDER NECESSIDADES E DEMANDAS SOCIAIS, EM ESPECIAL AQUELAS QUE SE APRESENTAM NO ÂMBITO DA SAÚDE” (P.157).*

REVELA-SE QUE DETERMINADAS ATITUDES E COMPORTAMENTOS QUE SÃO INTERPRETADOS COMO ARROGÂNCIA DOS ALUNOS PODERIAM SER MINIMIZADOS A PARTIR DE UM MAIOR RECONHECIMENTO E INTEGRAÇÃO COM

OS DEMAIS MEMBROS DA EQUIPE. APESAR DISSO, NÃO CONSEGUE VISLUMBRAR POSSIBILIDADES QUE CONCRETIZEM ESSAS AÇÕES EM CATEGORIAS HISTORICAMENTE EXCLUÍDAS DESTE PROCESSO COMO NO CASO DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM.

ALÉM DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MASSOTE *ET AL* (2011) ACRESCEM QUE TAMBÉM HÁ IMPLICAÇÕES PARA OS ALUNOS DIANTE DO DESCOMPASSO DAS AÇÕES:

“UM ÚLTIMO ASPECTO RELATIVO À INTEGRAÇÃO SE REFERE À ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DOS ESTUDANTES. ESTE ACONTECE DE FORMA INDEPENDENTE DO CS E DAS EQUIPES, SENDO A MARCAÇÃO DE CONSULTAS FEITA EM AGENDAS SEPARADAS...PODE-SE REFLETIR SE TAL SITUAÇÃO INTERFERE NAS RELAÇÕES ENTRE OS ESTUDANTES E OS PROFISSIONAIS, POIS PODERIA GERAR NOS PRIMEIROS UMA SENSÇÃO DE “NÃO PERTENCIMENTO” ÀQUELE AMBIENTE E ÀQUELA EQUIPE” (P.449).

A AUX. ENF.3 TAMBÉM RESSALTA A PREOCUPAÇÃO EM COMPREENDER MELHOR QUEM SÃO OS ALUNOS E AS PROPOSTAS EM EXECUÇÃO POR CADA GRUPO, ATÉ PARA QUE CONSIGA ESCLARECER QUESTIONAMENTOS E EVITAR ATRITOS COM A POPULAÇÃO.

*EU ACHO QUE O TRABALHO DELES TEM MUITA GENTE QUE NÃO SABE. ÀS VEZES A GENTE QUER SABER QUEM SÃO? PORQUE ESTÃO AQUI? QUANDO UM PACIENTE PERGUNTA QUEM SÃO, MUITAS VEZES A GENTE NÃO SABE DIZER. OLHAM TODAS AQUELAS PESSOAS DE BRANCO E ACHAM QUE O POSTO TA CHEIO DE MÉDICO. E PRA EXPLICAR QUE SÃO APENAS ALUNOS! ENTÃO EU ACHO QUE UMA APRESENTAÇÃO MELHOR DELES E DO TRABALHO DELES PRA EQUIPE SERIA FUNDAMENTAL.*

NESSE SENTIDO, A AUX. ENF.5 PONTUA QUE:

*TALVEZ ALGUMA COISA MAIS ARTICULADA NO NÍVEL DA SECRETARIA E DA UNIVERSIDADE COM OS PROFISSIONAIS. FALAR, INSTRUIR DIRETAMENTE O PROFISSIONAL QUE FOR RECEBER. ÀS VEZES EU SINTO QUE TEM ALGUNS PROBLEMAS NAS UNIDADES EM QUE PASSA APENAS PELA CHEFIA. E A CHEFIA NÃO SEI ATÉ QUE PONTO ELA CONSEGUE PASSAR ISSO. PRECISA SENSIBILIZAR MAIS PRA ESSA RELAÇÃO.*

NOS TRECHOS ACIMA, É DADO ÊNFASE A NECESSIDADE DE MAIOR ARTICULAÇÃO DENTRE TODOS OS ENVOLVIDOS NESTE PROCESSO, INTEGRAÇÃO ESTA, QUE DEVE PASSAR PELAS INSTITUIÇÕES E PROFISSIONAIS DAS UNIDADES E NÃO APENAS PELA CHEFIA IMEDIATA. MAIS DO QUE SEREM NOTIFICADOS SOBRE A PRESENÇA DOS ALUNOS NO SERVIÇO, EXPLICITAM NÃO

Só PARA A AUSÊNCIA DE DIÁLOGO ENTRE OS PROFISSIONAIS NO COTIDIANO DE ASSISTÊNCIA, COMO PARA O DESEJO DE SER VERDADEIRAMENTE INTEGRADA AO PROCESSO DE TRABALHO DO SERVIÇO.

DIANTE DA FRAGMENTAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E DAS DIFERENTES EXPECTATIVAS E INSTRUMENTOS AOS QUAIS SE RECORRE DALLA VECCHIA (2012, P.118) APRESENTA ALGUMAS POSSIBILIDADES DE ENFRENTAMENTO FRENTE A ESTAS SITUAÇÕES.

“(A) MANTER A “DECOMPOSIÇÃO” DO OBJETO POR MEIO DA FRAGMENTAÇÃO ENTRE AGENTES E INSTRUMENTOS; (B) BUSCAR UMA “RECOMPOSIÇÃO VERTICAL” DO OBJETO, OU SEJA, ALGUM TIPO DE ADEQUAÇÃO INDIVIDUAL DO AGENTE ÀS MUDANÇAS NECESSÁRIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE APS, POR MEIO, POR EXEMPLO, DA FORMAÇÃO CONTINUADA OU DA MUDANÇA DOS MARCOS CORPORATIVOS (PROFISSIONAIS); OU (C) BUSCAR UMA “RECOMPOSIÇÃO HORIZONTAL” DO OBJETO, UMA CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO ASSISTENCIAL DA EQUIPE DE SAÚDE VIA O ESTABELECIMENTO DE ALGUM NÍVEL DE ACORDO, AINDA QUE PRECÁRIO E APROXIMATIVO, A RESPEITO DA NATUREZA DO OBJETO DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE”

MED 4, POR SUA VEZ, NOS APRESENTA QUE:

*EU ACHO QUE A QUESTÃO É SEMPRE ESTAR TRABALHANDO COM OS PROFISSIONAIS. PRIMEIRO ESTAR RECEBENDO PROFISSIONAIS QUE TENHAM ESSA VISÃO DE QUE UM SERVIÇO NÃO ACONTECE SÓ ASSISTÊNCIA, MAS TAMBÉM ENSINO. VOCÊ SEMPRE ESTAR TENDO ESSA DISCUSSÃO COM OS AUXILIARES DE ENFERMAGEM E OUTROS PROFISSIONAIS. QUE ELES TÊM QUE RECEBER ALUNOS, TÊM QUE TRABALHAR COM OS ALUNOS E DA IMPORTÂNCIA DISSO. ENTÃO É ESSE TRABALHO MEIO COTIDIANO MESMO. A QUESTÃO DO ESPAÇO FÍSICO É LÓGICO QUE SE PUDE MELHORAR SERÁ BOM, MAS EU ACHO QUE DE FORMA GERAL A ATENÇÃO BÁSICA É SUBUTILIZADA, ACHO QUE OUTRAS DISCIPLINAS, OUTROS ANOS E CURSOS PODERIAM ESTAR VINDO PRA CÁ TAMBÉM.*

EMBORA ATUE NUM SERVIÇO DE APS QUALIFICADO PARA EXERCER TAMBÉM A FUNÇÃO PEDAGÓGICA COMO NO CASO DO CSE, DESTACA QUE ISSO DEVE SER CONSTRUÍDO E DISCUTIDO COTIDIANAMENTE, O QUE PODE LEVAR A UNIDADE A AMPLIAR SUAS POSSIBILIDADES PARA QUE OUTRAS DISCIPLINAS TAMBÉM SE UTILIZEM DESTE ESPAÇO APESAR DO PROBLEMA DA FALTA DE ESPAÇO FÍSICO. SUA ARGUMENTAÇÃO APONTA PARA A NECESSIDADE DE CLARIFICAR E PROBLEMATIZAR COM TODA EQUIPE DE SAÚDE QUE, PARA ALÉM DO SEU PAPEL ASSISTENCIAL, A TAREFA DE FORMAR OS FUTUROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE É UM ATRIBUTO INERENTE E FUNDAMENTAL EM SUA PRÁTICA PROFISSIONAL.

Já ENF 5, MANIFESTA QUE A FALTA DE ESPAÇO é UM PROBLEMA QUE NÃO AFETA APENAS ALUNOS, MAS OUTROS PROFISSIONAIS QUE TRANSITAM E DESENVOLVEM AÇÕES NA UNIDADE. APESAR DISSO, AVALIA QUE A INTERAÇÃO DIÁRIA PODE FAVORECER UM MAIOR CONHECIMENTO E APRENDIZADO PARA O TRABALHO CONJUNTO ENTRE ALUNOS E EQUIPE DE SAÚDE.

*EU ACHO QUE A QUESTÃO DO ESPAÇO FÍSICO é UMA COISA QUE ÀS VEZES DIFICULTA BASTANTE. PORQUE QUANDO VEM ALUNOS ELES TEM QUE FICAR ESPERANDO PRA GENTE DESOCUPAR A SALA PRA USAR. ATÉ MESMO OUTROS PROFISSIONAIS COMO OS DO NASF NÉ. MAS EU ACHO QUE é SÓ O TEMPO MESMO, COM UMA PRESENÇA MAIS CONSTANTE OS PROFISSIONAIS IRÃO SE ACOSTUMAR E APRENDER A INTERAGIR E A TRABALHAR MELHOR COM ELES.*

NESSE SENTIDO, UMA SÉRIE DE QUESTÕES DEVE SER LEVADA EM CONSIDERAÇÃO NO MOMENTO EM QUE SÃO REALIZADOS ESTES CONTRATOS. ENTRE ESTAS, é CHAMADA A ATENÇÃO PARA: CRIAÇÃO DE ESPAÇOS PERIÓDICOS DE APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DAS DIVERSAS PROPOSTAS EM CURSO; MAIOR CONSCIENTIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A NECESSIDADE DE OFERTAR ESPAÇOS DE FORMAÇÃO PARA QUALIFICAR OS FUTUROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E MAIOR PREPARO DOS PROFESSORES E TUTORES ENCARREGADOS DE SUPERVISIONAR OS ALUNOS NA CONDUÇÃO DAS ATIVIDADES JUNTO ÀS UNIDADES DE SAÚDE.

DE MODO GERAL, OS PROFISSIONAIS SE COLOCARAM FAVORÁVEIS A MANTER E AMPLIAR OS CENÁRIOS DA APS ENQUANTO CAMPO NECESSÁRIO E FUNDAMENTAL DE APRENDIZAGEM AOS FUTUROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE. CONTUDO, NÃO SE OMITIRAM EM APRESENTAR QUE OS ÓRGÃOS GESTORES DEVEM SE ATENTAR PARA ADEQUAÇÃO FÍSICA DAS UNIDADES DE SAÚDE PARA QUE CONSIGAM CONGREGAR MELHOR NÃO APENAS AS ATIVIDADES ASSISTENCIAIS E DE ENSINO, COMO TAMBÉM, EM OFERECER ESTRUTURAS MAIS DIGNAS DE TRABALHO A OUTROS PROFISSIONAIS QUE DESENVOLVEM ATIVIDADES DE MATRICIAMENTO E APOIO JUNTO À APS.

## V- CONSIDERAÇÕES FINAIS

## 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A FIM DE TECER AS CONSIDERAÇÕES FINAIS DESTE TRABALHO, TORNA-SE NECESSÁRIO RETORNAR A ALGUNS ASPECTOS E PROBLEMÁTICAS QUE PERMEARAM SUA CONSTRUÇÃO E DESENVOLVIMENTO, BUSCANDO DESSA FORMA, UMA ARTICULAÇÃO MAIS PORMENORIZADA ENTRE OS NÚCLEOS DE SIGNIFICAÇÃO E DE SENTIDO QUE EMERGIRAM NO CONTEÚDO DOS RELATOS.

NESSE SENTIDO, PODE-SE CONSTATAR QUE, EMBORA A PROPOSIÇÃO E INCENTIVOS PARA REFORMAS NO CURRÍCULO DO ENSINO MÉDICO ESTEJAM TRANSFORMANDO ANTIGAS CONCEPÇÕES E PRÁTICAS ALICERÇADAS NO MODELO BIOMÉDICO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL, AINDA SÃO GRANDES OS DESAFIOS A SEREM ENFRENTADOS E SUPERADOS.

O QUE SE CONSTATA É QUE NÃO SE TRATA DE UM PROCESSO LINEAR E HOMOGÊNEO. INÚMEROS FATORES E DETERMINAÇÕES INCIDEM DE FORMA DIRETA E INDIRETA NA CONSECUÇÃO DAS DIVERSAS AÇÕES E MECANISMOS COLOCADOS EM JOGO QUANDO BUSCAMOS UMA COMPREENSÃO MAIS AMPLA FRENTE AOS TENSIONAMENTOS E POTENCIALIDADES NA INTERAÇÃO ENTRE ALUNOS E PROFISSIONAIS NO COTIDIANO DE TRABALHO NOS SERVIÇOS.

EM LOCALIDADES QUE CONTAM COM A PRESENÇA DE INSTITUIÇÕES FORMADORAS, A EXEMPLO DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU, PODE-SE OBSERVAR COM MAIOR PROPRIEDADE MUITAS DESTAS QUESTÕES, DENTRE AS QUAIS SE BUSCOU EXPLICITAR E APROFUNDAR AO SE OUVIR UM LADO BASTANTE IMPLICADO NESSE PROCESSO, A SABER, OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

DIANTE DISSO, PODEMOS AFIRMAR QUE, PARA OCORRER A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UMA PERSPECTIVA CRÍTICA E VOLTADA À INTEGRALIDADE DO CUIDADO, QUE ATENDA AOS PRECEITOS DOUTRINÁRIOS E ORGANIZATIVOS DO SUS, É NECESSÁRIA E FUNDAMENTAL A SUA VIVÊNCIA NOS CENÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, BEM COMO A ARTICULAÇÃO DESTA EXPERIÊNCIA ENTRE TODOS OS ENVOLVIDOS NAS DIFERENTES INSTÂNCIAS, FAZENDO COM QUE O PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM SEJA SIGNIFICATIVO E TENHA SENTIDO PARA O SERVIÇO E SEUS TRABALHADORES, COM MAIOR ORGANICIDADE E QUE RESULTE EM QUALIFICAÇÃO DO TRABALHO E DOS CUIDADOS À POPULAÇÃO.

NESSE IDEÁRIO, A IUSC TEM SE CONSOLIDADO COMO ESTRATÉGIA

POTENTE E EFICAZ NO FAVORECIMENTO DA FORMAÇÃO DOS ALUNOS SOB ESTA PERSPECTIVA, CONTRIBUINDO ENTRE OUTROS FATORES, PARA O DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES COMUNICACIONAIS, DE UMA ESCUTA MAIS QUALIFICADA, PARA O APRENDIZADO DO TRABALHO EM EQUIPE E DE UMA CONCEPÇÃO AMPLIADA DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA.

DESDE SUA CRIAÇÃO À SUA TRANSFORMAÇÃO EM DISCIPLINA OFICIAL DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO DE MEDICINA E ENFERMAGEM, OBSERVA-SE UMA GRANDE EVOLUÇÃO NA ORGANIZAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DE SUAS ATIVIDADES, OBTENDO UM CRESCENTE RECONHECIMENTO DENTRO DA PRÓPRIA UNIVERSIDADE E NOS CENÁRIOS OCUPADOS PELOS ALUNOS, ASSIM COMO NO PRÓPRIO CAMPO DA EDUCAÇÃO MÉDICA.

TODAVIA, A MUDANÇA DE UM CURRÍCULO TRADICIONAL EM CONSONÂNCIA COM AS PROPOSIÇÕES DAS NOVAS DIRETRIZES CURRICULARES E MAIOR APROXIMAÇÃO COM UMA FORMAÇÃO NO SUS FOI E TEM SIDO PERMEADA POR FORTES EMBATES E RESISTÊNCIAS.

PERCEBE-SE AINDA NA CONCEPÇÃO E COMPORTAMENTO DE MUITOS ALUNOS A DESVALORIZAÇÃO DAS PROPOSTAS EM CURSO. PRECONCEITOS E VALORES IDEOLÓGICOS DE ALUNOS ORIUNDOS, MUITAS VEZES, DE UMA CLASSE SOCIAL QUE DESCONHECE OU NÃO SE MOSTRA INTERESSADA E COMPROMISSADA COM AS PROBLEMÁTICAS DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA, SÃO, MUITAS VEZES FOMENTADOS POR DOCENTES DA UNIVERSIDADE QUE SE MOSTRAM CONTRÁRIOS E DESQUALIFICAM NÃO APENAS A DISCIPLINA, OS ESTÁGIOS NA APS, MAS QUALQUER TENTATIVA DE DESESTABILIZAR SUAS PRÁTICAS E CONCEPÇÕES CENTRADAS NA FORMAÇÃO ESPECIALIZADA, FRAGMENTADA, DISCIPLINAR, QUE OCORRE CENTRALMENTE NO HOSPITAL ESCOLA.

COMO APRESENTA, UMA DOCENTE, DESTA ESCOLA MÉDICA PÚBLICA, AQUI OBJETO DE ESTUDO, JÁ NO INÍCIO DOS ANOS DE 1980, FRENTE A TODO O APARATO DA TECNOLOGIA MÉDICA, A ESCOLA MÉDICA TEM PREPARADO MÉDICOS "EQUIPAMENTO-DEPENDENTES". ESSES MÉDICOS "... SE DESPROVIDOS DE SENSO CRÍTICO, PODERÃO MAIS ASSEGURAR O CONSUMO DE BENS E SERVIÇOS, CONDICIONADOS POR INTERESSES ECONÔMICOS, DO QUE ATENDER ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE IDENTIFICADAS... " (MAGALDI; 1982).

OBSERVAR A ESCOLA MÉDICA E DE ENFERMAGEM, A FORMAÇÃO NA

SAÚDE E COMPREENDER A NECESSIDADE DE RUPTURA COM A LÓGICA DA ESPECIALIDADE E INSISTIR NA RADICALIDADE EM DEFESA DE UMA EDUCAÇÃO NA SAÚDE CENTRADA NA INTEGRALIDADE DO CUIDADO, NAS NECESSIDADES DOS USUÁRIOS, COMO MODELO DE ENSINO E APRENDIZAGEM AINDA APRESENTA UM LONGO CAMINHO A SER TRILHADO.

DESTACA-SE A PERCEPÇÃO DE QUE ESTA FACULDADE DE MEDICINA, DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA PAULISTA, OBJETO DESTE ESTUDO, VEM RESPONDENDO A EDITAIS, SENDO SELECIONADA E COMPARTILHANDO UMA EFETIVA PARTICIPAÇÃO EM DIVERSAS PROPOSTAS E POLÍTICAS PÚBLICAS FEDERAIS VOLTADAS A MAIOR APROXIMAÇÃO ÀS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS E ÀS NECESSIDADES DO SUS, AINDA ENFRENTA DIFICULDADES PARA MUDANÇA E ESTAS SE REVELARAM PRESENTES NAS FALAS DOS ENTREVISTADOS DEMONSTRANDO TENSÕES EM UM MOVIMENTO DE MUDANÇA AINDA CONTRA-HEGEMÔNICO.

A NECESSIDADE DE UMA FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS E MÉDICOS INSERIDA NA CONCRETUDE DA REALIDADE, NA PRÁTICA DOS SERVIÇOS NA REDE DE ATENÇÃO, NO CONTATO COM O PACIENTE, COM A COMUNIDADE, COMPROMETIDA COM DEMANDAS SOCIAIS QUE POSSAM QUESTIONAR OS CAMINHOS DO DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA TECNOLÓGICA E A FRAGMENTAÇÃO DO CUIDADO E A MERCANTILIZAÇÃO DO TRABALHO NA SAÚDE, ESTÁ EM CONSTRUÇÃO.

APESAR DE JÁ SER UMA PRÁTICA DESENVOLVIDA HÁ VÁRIOS ANOS NA TOTALIDADE DOS SERVIÇOS DE APS DO MUNICÍPIO, AVERIGUOU-SE QUE A IUSC EM SEUS OBJETIVOS E FORMA DE OPERACIONALIZAÇÃO DE SUAS ATIVIDADES AINDA NÃO É DE TODA CONHECIDA E RECONHECIDA POR TODO CONTINGENTE DE TRABALHADORES. AS PARTICULARIDADES E NUANCES DOS TRABALHOS EM SEUS DIFERENTES ANOS DA GRADUAÇÃO ACADÊMICA SE REVELARAM AINDA NEBULOSAS E INCONSISTENTES EM ALGUNS RELATOS, PRINCIPALMENTE DAQUELES QUE NÃO ATUAM DIRETAMENTE COM A DISCIPLINA.

DIANTE DESSE QUADRO, CONSTATOU-SE A NECESSIDADE DE UM ESTREITAMENTO COMUNICACIONAL ENTRE OS COORDENADORES DA DISCIPLINA, GESTORES E DEMAIS PROFISSIONAIS DAS UNIDADES, ASSIM COMO UMA MAIOR PREOCUPAÇÃO NO PREPARO DE DOCENTES E ALUNOS AO OCUPAR OS CENÁRIOS DA APS, ARTICULANDO AÇÕES QUE ALIEM A

INSTRUMENTALIZAÇÃO DOS ALUNOS às DEMANDAS E NECESSIDADES DA POPULAÇÃO E DA EQUIPE DE SAÚDE COMO UM TODO.

MUITO DO QUE SE PODE CONSTATAR A PARTIR DO ESTUDO, NOS REMETE A UM GRANDE DISTANCIAMENTO ENTRE OS PRINCÍPIOS E PROPOSIÇÕES NORTEADORAS DO SUS COM O QUE DE FATO TEM SIDO DESENVOLVIDO E EXPERENCIADO NA PRÁTICA COTIDIANA. TAL OBSERVAÇÃO PODE SER CORROBORADA EM UMA SÉRIE DE ASPECTOS QUE FORAM AQUI PROBLEMATIZADOS, PRINCIPALMENTE NO SEGUNDO EIXO DE DISCUSSÃO DO PRESENTE TRABALHO. DENTRE ELES, RESSALTAM-SE UNIDADES DE SAÚDE FUNCIONANDO EM INSTALAÇÕES INADEQUADAS, EM CASAS MAL ADAPTADAS, SEM SALAS DE GRUPOS E EM NÚMERO INSUFICIENTE PARA ABRIGAR TODOS QUE ALI TRANSITAM.

ESSA SITUAÇÃO APONTA QUE O ENSINO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA à SAÚDE ENCONTRA CAMINHOS TORTUOSOS à MEDIDA QUE OS CENÁRIOS DE VIVÊNCIA NÃO SE MOSTRAM APROPRIADOS PARA EXERCER UMA ASSISTÊNCIA COM AS CONDIÇÕES MÍNIMAS NECESSÁRIAS PARA O CUIDADO à SAÚDE NESTE NÍVEL DE ATENÇÃO. O QUE DEVERIA MOTIVAR E SENSIBILIZAR ESTUDANTES PARA UM FUTURO CAMINHO PROFISSIONAL TENDE A CRIAR INSEGURANÇA E RESISTÊNCIA AO NÃO PERMITIR QUE OS MESMOS VISUALIZEM POSSIBILIDADES CONCRETAS DE COLOCAR EM PRÁTICA AQUILO QUE DEVERIAM E PARA O QUE ESTÃO SENDO PREPARADOS.

EMBORA OS ASPECTOS EXITOSOS NA INTERAÇÃO COM OS ALUNOS APRESENTADOS PELOS PROFISSIONAIS ATUANTES NOS CENTROS DE SAÚDE ESCOLA TENHAM APONTADO UMA SÉRIE DE QUESTÕES QUE PODERIAM SER INCORPORADAS A FIM DE QUALIFICAR ESTA RELAÇÃO NOS ESPAÇOS DAS DEMAIS UNIDADES DE SAÚDE, TAMBÉM SUGERE OUTRAS PREOCUPAÇÕES E QUESTIONAMENTOS.

OBSERVOU-SE QUE O AMBIENTE DISPONIBILIZADO PELOS CSE é CAPAZ DE OFERECER PROPOSTAS E VIVÊNCIAS MAIS FACTÍVEIS E VIÁVEIS DE ENSINO-APRENDIZAGEM, NÃO APENAS POR POSSUIR ESTRUTURAS FÍSICAS MAIS ADEQUADAS, MAS, PRINCIPALMENTE, PELA PRÁTICA PEDAGÓGICA SER UMA ATRIBUIÇÃO PROFISSIONAL TANTO QUANTO A ASSISTENCIAL. PRÁTICA, ESTA, VALORIZADA DESDE A CONTRATAÇÃO DOS PROFISSIONAIS E CONSTRUÍDA COTIDIANAMENTE EM ESPAÇOS DE DISCUSSÃO E REUNIÕES DE EQUIPE.

ENTRETANTO, AINDA NÃO DISPOMOS DE ELEMENTOS PARA AVALIAR EM QUE MEDIDA A “SINGULARIDADE” DE UM SERVIÇO QUE ESTÁ ALÉM DA REALIDADE ENCONTRADA NOS DEMAIS ESPAÇOS, PODE, DE FATO, PREPARAR OS FUTUROS PROFISSIONAIS PARA AS PROBLEMÁTICAS E PARTICULARIDADES QUE SÃO INERENTES AO TRABALHO NA APS NO SUS.

DA MESMA FORMA, DENTRE OS DIFERENTES SERVIÇOS DE APS PESQUISADOS, AS UBS REVELARAM SER OS EQUIPAMENTOS ONDE SE ENCONTRAM OS MAIORES IMPASSES, HAJA VISTA QUE DISPÕEM DE ESTRUTURAS FÍSICAS MAIS SUCATEADAS E INCOMPATÍVEIS PARA A QUANTIDADE DE ALUNOS E NECESSIDADES DAS PRÁTICAS PEDAGÓGICAS, ASSIM COMO PARA OFERECER UMA ASSISTÊNCIA À SAÚDE QUALIFICADA E CONDIZENTE COM AS NOVAS PROPOSIÇÕES PARA O TRABALHO NA APS.

POR OUTRO LADO, CONSTATOU-SE QUE A PRESENÇA DO NOVO TRAZIDA PELO OLHAR E CONTRIBUIÇÕES DOS ALUNOS, AUXILIA NA INCORPORAÇÃO DE SABERES ATUAIS, ASSIM COMO NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES QUE SÃO, MUITAS VEZES, NEGLIGENCIADAS E DE DIFÍCIL EXECUÇÃO PELOS PRÓPRIOS PROFISSIONAIS, COMO ATIVIDADES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE, REALIZAÇÃO DE GRUPOS E VISITAS DOMICILIARES.

TAL INTERAÇÃO TEM SE REVELADO CAPAZ EM PROPORCIONAR UMA MAIOR QUALIFICAÇÃO DE PROFISSIONAIS E ALUNOS DIANTE DA TROCA DE SABERES E FAVORECEDORAS EM PROVOCAR MUDANÇAS NO PENSAR E NO AGIR DOS PROFISSIONAIS, INCITANDO-OS A SAIR DA “ENGRENAGEM” A QUAL ESTÃO SUBMETIDOS, PARA REPENSAREM O SEU PAPEL PROFISSIONAL SOB UMA NOVA PERSPECTIVA. NO ENTANTO, ESTA “OXIGENAÇÃO” NOS PADRÕES ESTEREOTIPADOS DE CONDUTA E ENRIJECIDOS PELAS DIFICULDADES DE REFLEXÃO SOBRE A PRÁTICA, ESBARRA EM CONTINGÊNCIAS DIFÍCEIS DE SEREM SUPLANTADAS.

É NOTÓRIA A POSTURA AUTORITÁRIA DOS ÓRGÃOS GESTORES REPRESENTADA PELA FIGURA DE SEUS COORDENADORES, ENGENDRADA EM UMA POLÍTICA DE SAÚDE QUE FOMENTA COBRANÇAS POR PRODUTIVIDADE E DIMINUIÇÃO DE GASTOS QUE AJUDAM A ALAVANCAR DADOS ESTATÍSTICOS, NÃO SE EXPRESSA, NECESSARIAMENTE, NA MELHORIA E QUALIDADE DOS CUIDADOS OFERTADOS À POPULAÇÃO.

EM DETERMINADOS MOMENTOS, OS COORDENADORES E DEMAIS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR DAS UNIDADES QUE SENTEM E SOFREM

PELA POUCA INTERLOCUÇÃO COM OS ÓRGÃOS GESTORES, ACABAM POR REPRODUZIR E SUBMETER OS DEMAIS PROFISSIONAIS A ESTA MESMA LÓGICA, PAUTADA NUM “GERENCIALISMO” QUE ESCAMOTEIA A PRODUÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE. TAL ASPECTO PODE SER EVIDENCIADO NOS RELATOS QUE MANIFESTARAM DESCONHECER AS ATIVIDADES E AÇÕES EM CURSO NO COTIDIANO, CONTRIBUINDO PARA O SENTIMENTO DE DESCASO E FRAGMENTAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO.

ALÉM DISSO, FOI CLARIFICADA A CONTRADIÇÃO EXISTENTE ENTRE OS PRINCÍPIOS NORTEADORES QUE DÃO SUSTENTAÇÃO AOS ÓRGÃOS DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA E INDIRETA DO MUNICÍPIO COM AQUILO QUE DE FATO É ESPERADO NO COTIDIANO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA APS. EMBORA SEJA DADA ÊNFASE EM SEUS DOCUMENTOS ÀS ATIVIDADES PEDAGÓGICAS NESTES ESPAÇOS, FORAM DEMONSTRADAS NA CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS COMO INSTRUMENTOS DE RETÓRICA, NA MEDIDA EM QUE TAIS AÇÕES SE REVELAM INCOMPATÍVEIS COM AS COBRANÇAS POR PRODUTIVIDADE E NA MELHORIA DE INDICADORES EM DETRIMENTO DE QUAISQUER OUTRAS ATIVIDADES.

DENTRE AS DIVERSAS CATEGORIAS PROFISSIONAIS, OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE TROUXERAM DE MANEIRA MAIS CONTUNDENTE AS CONTRADIÇÕES E DESCONTENTAMENTOS FRENTE À FALTA DE RECONHECIMENTO PELOS DEMAIS PROFISSIONAIS E RESPONSÁVEIS PELOS TRABALHOS DESENVOLVIDOS EM PARCERIA COM AS UNIDADES DE SAÚDE. EMBORA EM ALGUNS MOMENTOS SEJA POSSÍVEL PERCEBER A REPRODUÇÃO DE UM DISCURSO OFICIAL PAUTADO NO PARADIGMA BIOMÉDICO CURATIVO, EM OUTROS, MANIFESTAM O ESTRANHAMENTO DE QUEM SE MANTÉM ALHEIO ÀS DECISÕES E PACTUAÇÕES JÁ ESTABELECIDAS EM OUTROS NÍVEIS, MAS QUE AFETAM DIRETAMENTE SUA PRÁTICA DIÁRIA.

ENTRE OUTRAS INQUIETAÇÕES E INSATISFAÇÕES QUE SE FIZERAM NOTAR, SALIENTAMOS QUE AS POLÍTICAS INDUTORAS DE MUDANÇAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, AINDA NECESSITAM DE ADEQUAÇÕES E REFINAMENTOS DIANTE DE ASPECTOS QUE SE MOSTRAM INCONSISTENTES. UM FATOR QUE CONFIRMOU ESSA CONSTATAÇÃO SE TRADUZ NO DESCONTENTAMENTO DOS PROFISSIONAIS QUE NÃO SÃO BENEFICIADOS DIRETAMENTE POR “BOLSAS” DE INCENTIVO, ALIMENTANDO AINDA MAIS A PERCEPÇÃO DE ESTAR SENDO NEGLIGENCIADOS E SOBRECARREGADOS POR ATIVIDADES QUE NÃO LHE SÃO

SIGNIFICATIVAS E QUE TRAZEM APENAS BENEFÍCIOS SECUNDÁRIOS.

TAL PROBLEMÁTICA APONTA PARA A NECESSIDADE DE SE REVER A FORMA DE GRATIFICAÇÃO CONFERIDA AOS PARTICIPANTES DESTAS PROPOSTAS, SUBVERTENDO O MÉRITO INDIVIDUAL PARA UMA VALORIZAÇÃO COLETIVA DAQUELES QUE TAMBÉM DESEMPENHAM UM PAPEL DE SUMA IMPORTÂNCIA PARA A QUALIFICAÇÃO DO ENSINO NA APS. A MUDANÇA NA LÓGICA EM VIGOR TAMBÉM PODERÁ COLABORAR PARA QUE AS ATIVIDADES PEDAGÓGICAS SEJAM INCORPORADAS COMO PARTE INTEGRANTE DO TRABALHO NO SUS E NÃO COMO UM MERO APÊNDICE QUE MOSTRO INTERESSE AO NOTAR AS GRATIFICAÇÕES ATRELADAS.

SE AS TRANSFORMAÇÕES HISTÓRICAS NA COMPREENSÃO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA, ASSIM COMO DAS NECESSÁRIAS MUDANÇAS NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARA FAZER FRENTE ÀS NOVAS CONFIGURAÇÕES DO CUIDADO APONTARAM PARA A NECESSIDADE DE IR ALÉM DO AMBIENTE HOSPITALAR, AS CONSTATAÇÕES CONTEMPORÂNEAS ENSEJAM QUE AS AÇÕES E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA APS TAMBÉM PRECISAM ROMPER COM OS LIMITES E BARREIRAS IMPOSTAS PELO ESPAÇO FÍSICO DAS UNIDADES DE SAÚDE.

EMBORA OS TRABALHOS EM CURSO JÁ ESTEJAM SENDO BALIZADOS EM PROCESSOS DE TERRITORIALIZAÇÃO E EM PARCERIA COM ESCOLAS, CRECHES E EQUIPAMENTOS SOCIAIS EXISTENTES NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DAS RESPECTIVAS UNIDADES DE SAÚDE, A AMPLIAÇÃO DAS PARCERIAS EXISTENTES, BEM COMO DA PARTICIPAÇÃO CONJUNTA DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES NESTES DIFERENTES CENÁRIOS SE REVELAM AINDA MAIS FUNDAMENTAIS, PARA QUE TANTO ALUNOS QUANTO PROFISSIONAIS QUALIFIQUEM SUA FORMAÇÃO E PRÁTICA ASSISTENCIAL E, CONSEQUENTEMENTE, AS POSSIBILIDADES E POTENCIALIDADES DOS CUIDADOS OFERTADOS À POPULAÇÃO.

VALE RESSALTAR AS LIMITAÇÕES INERENTES À PARTICIPAÇÃO EM ESPAÇOS DE CONTROLE SOCIAL, PRATICAMENTE INEXISTENTES NAS PRÁTICAS EDUCATIVAS ANALISADAS. NESSE CONTEXTO, PODE-SE RESSALTAR QUE O MOVIMENTO DE TRANSFORMAÇÃO DO PARADIGMA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA SE MOSTRA INCOMPLETO, AINDA QUE TENHA SIDO POSSÍVEL VISLUMBRAR O POTENCIAL PELA ARTICULAÇÃO COM DIFERENTES SETORES NO SEU DESENVOLVIMENTO.

CORROBORAM-SE TAIS CONSTATAÇÕES DIANTE DAS ANÁLISES DE FEUERWERKER E CAPOZZOLO (2013) AO AFIRMAREM QUE:

“(...) A TRANSFORMAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO E DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL FABRICA-SE DE MANEIRA ARTICULADA, IMBRICADA - UMA POTENCIALIZA A OUTRA, UMA NÃO ACONTECE SEM A OUTRA. POR ISSO NÃO DÁ PARA PENSAR EM MUDANÇAS NA FORMAÇÃO SEM A GERAÇÃO CONCOMITANTE DE MUITOS PROCESSOS DE AÇÃO NOS TERRITÓRIOS E NAS UNIDADES CONSTRUÍDOS DE MODO COMPARTILHADO. E TUDO O QUE ACONTECE NUM CAMPO INTERFERE NO OUTRO E O MOVIMENTA. E NADA DO QUE DIZ RESPEITO À PRODUÇÃO DA VIDA DEVERIA SER ESTRANHO AOS DOIS CAMPOS...” (P. 44-45).

FRENTE OS INÚMEROS DESAFIOS QUE CONCORREM PARA CONSOLIDAÇÃO DO SUS NECESSÁRIO, TORNA-SE CRUCIAL GARANTIR E EFETIVAR OS ESPAÇOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE, A PARTIR DE CAMINHOS DE REFLEXÃO SOBRE A PRÁTICA COTIDIANA, NORTEADAS POR APORTES TEÓRICOS QUE FUNDAMENTEM O TRABALHO EM CONCEPÇÕES DIALÓGICAS E COMPROMISSADAS COM A INTEGRALIDADE DO CUIDADO. O NOVO, RAPIDAMENTE PODE SER SUBSUMIDO AO VELHO HÁBITO DO QUE SE APRENDE E SE ESTÁ ACOSTUMADO A FAZER QUANDO NÃO É POSSÍVEL CONSTRUIR UM PROJETO COLETIVO DE TRANSFORMAÇÃO DE ANTIGOS PARADIGMAS.

APESAR DAS LIMITAÇÕES DO ESTUDO, SALIENTA-SE QUE O OBJETO DE INVESTIGAÇÃO DESENVOLVIDO A PARTIR DA METODOLOGIA EMPREGADA, PERMITIU IDENTIFICAR A NECESSIDADE DE UMA SÉRIE DE AJUSTES E NEGOCIAÇÕES ENTRE OS ÓRGÃOS FORMADORES, UNIDADES DE SAÚDE E GESTORES ENCARREGADOS DESTA ARTICULAÇÃO, PARA QUE TANTO OS ALUNOS QUANTO OS SERVIÇOS DE SAÚDE POSSAM SER BENEFICIADOS POR ESTA EXPERIÊNCIA.

NO MAIS, SE COMPREENDE QUE A ADEQUAÇÃO DAS PROBLEMÁTICAS AQUI APRESENTADAS, PODERÁ FAVORECER AINDA MAIS NO FORTALECIMENTO E CONSOLIDAÇÃO DA APS NA FORMAÇÃO DOS ALUNOS E NA QUALIFICAÇÃO DOS TRABALHADORES EM CONSONÂNCIA COM OS PRECEITOS DO SUS E, ACIMA DE TUDO, EM PROFISSIONAIS CONHECEDORES DAS PRINCIPAIS MAZELAS E COMPROMETIDOS COM AS NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO BRASILEIRA.

## VI- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, W.M.J. A PESQUISA EM PSICOLOGIA SÓCIO-HISTÓRICA: CONTRIBUIÇÕES PARA O DEBATE METODOLÓGICO. IN:\_\_\_\_\_ BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M.G.M.; FURTADO, O. (ORGS.). **PSICOLOGIA SÓCIO-HISTÓRICA: UMA PERSPECTIVA CRÍTICA EM PSICOLOGIA**. São PAULO: CORTEZ, 2001, P.129-140.

AGUIAR, W.M.J.; OZELLA, S. NÚCLEOS DE SIGNIFICAÇÃO COMO INSTRUMENTO PARA APREENSÃO DA CONSTITUIÇÃO DOS SENTIDOS. **PSICOL. CIÊNC. PROF.**, V. 26, N. 2, P.222-245, 2006.

ALBUQUERQUE, V.S. ET AL. A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇOS NO CONTEXTO DOS PROCESSOS DE MUDANÇA NA FORMAÇÃO SUPERIOR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE. **REV. BRÁS. EDUC. MÉD.**, V.32, N.6, P. 356-362, 2008.

ALMEIDA. M.J. **EDUCAÇÃO MÉDICA E SAÚDE: A MUDANÇA É POSSÍVEL**. 2. ED. REV. AMPL. RIO DE JANEIRO: ABEM, 2011. 212P.

ALVES, V.S. UM MODELO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: PELA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO E REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL. **INTERFACE. COMUNIC. SAÚDE, EDUC.**, V. 9, N.16, P. 39-52, 2005.

ANJOS, R.M.P. ET AL. “VIVENDO O SUS”: UMA EXPERIÊNCIA PRÁTICA NO CENÁRIO DA ATENÇÃO BÁSICA”. **REV. BRAS. EDUC. MÉD.**, V. 34, N. 1, P. 172-183, 2010.

ANTUNES, R. **OS SENTIDOS DO TRABALHO: ENSAIO SOBRE A AFIRMAÇÃO E A NEGAÇÃO DO TRABALHO**. São PAULO: BOITEMPO EDITORIAL, 2006.

AROUCA, S. MEDICINA PREVENTIVA E SOCIEDADE. IN:\_\_\_\_\_. AROUCA S. **O DILEMA PREVENTIVISTA: CONTRIBUIÇÃO PARA A COMPREENSÃO E CRÍTICA DA MEDICINA PREVENTIVA**. São PAULO: EDITORA UNESP; RIO DE JANEIRO: EDITORA FIOCRUZ, 2003. P. 219-242.

BOTUCATU. **PROGRAMA BOTUCATU COM MAIS SAÚDE**. PREFEITURA DA GENTE DE BOTUCATU. IMPRESSO OFICIAL, 2011. 14P. DISPONÍVEL EM: <WWW.BOTUCATU.SP.BR> ACESSO EM: 24 MAIO 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, CONSELHO DE SAÚDE. **RESOLUÇÃO 196**. DIRETRIZES E NORMAS REGULAMENTADORAS DE PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **DIRETRIZES NACIONAIS PARA O PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NO CONTROLE SOCIAL DO SUS**. BRASÍLIA: EDITORA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)**. BRASÍLIA, 2001A.

\_\_\_\_\_. 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, 2001B.

\_\_\_\_\_. LEI DE DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA. RESOLUÇÃO CNE/CES 4/2001. **DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO**, BRASÍLIA, NOV. 2001C. SEÇÃO 1, 38P.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETÁRIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. COORDENAÇÃO GERAL DA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS. **PROGRAMA DE INCENTIVOS ÀS MUDANÇAS CURRICULARES PARA AS ESCOLAS MÉDICAS (PROMED)**. BRASÍLIA: O MINISTÉRIO, 2002.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **POLÍTICA DE EDUCAÇÃO E DESENVOLVIMENTO PARA O SUS: CAMINHOS PARA A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: PÓLOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2004.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. DOCUMENTOS PREPARATÓRIOS PARA 3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **TRABALHADORES DA SAÚDE E A SAÚDE DE TODOS OS BRASILEIROS: PRÁTICAS DE TRABALHO, GESTÃO, FORMAÇÃO E PARTICIPAÇÃO**. BRASÍLIA: CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2005A.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **PROGRAMA NACIONAL DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE - PRÓ-SAÚDE**. BRASÍLIA, 2005B.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **RELATÓRIO DO SEMINÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROMED**. BRASÍLIA, 2005C.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 648 DE 28 DE MARÇO DE 2006. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA. **DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO**, BRASÍLIA-DF, 2006. 26P.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008. CRIA OS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF. **DIÁRIO OFICIAL [DA] REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**. BRASÍLIA: GABINETE DO MINISTRO, 2008. SEÇÃO 1. P.47-50.

\_\_\_\_\_. **PLANO NACIONAL DE SAÚDE - PNS: 2012-2015**. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012A. 110P. (SÉRIE B. TEXTOS BÁSICOS DE SAÚDE).

\_\_\_\_\_. **ANAIS DA 14ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012B.

\_\_\_\_\_. PORTARIA MS Nº 754, DE 18 DE ABRIL DE 2012. ALTERA A PORTARIA Nº

1.111/GM/MS, DE 5 DE JULHO DE 2005, QUE FIXA NORMAS PARA IMPLEMENTAÇÃO E A EXECUÇÃO DO PROGRAMA DE BOLSAS PARA A EDUCAÇÃO PELO TRABALHO. **DIÁRIO OFICIAL [DA] REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**, PODER EXECUTIVO, BRASÍLIA, DF, 20 ABR. 2012C. SEÇÃO 1, P. 47.

\_\_\_\_\_. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **EDITAL Nº 14, DE 8 DE MARÇO DE 2013**. SELEÇÃO PARA O PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE/ REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE - 2013/2015. BRASÍLIA, 2013.

BRIANI, M.C. O ENSINO MÉDICO NO BRASIL ESTÁ MUDANDO? **REV. BRAS. EDUC. MÉD.**, V. 24, N. 3, P. 73-77. 2001.

CAMPOS, M.A.F.; FORSTER, A.C. PERCEPÇÃO E AVALIAÇÃO DOS ALUNOS DO CURSO DE MEDICINA DE UMA ESCOLA MÉDICA PÚBLICA SOBRE A IMPORTÂNCIA DO ESTÁGIO EM SAÚDE DA FAMÍLIA NA SUA FORMAÇÃO. **REV. BRAS. EDUC. MÉD.**, V. 32, N. 1, P. 83-89, 2008.

CAMPOS, G.W.S. **UM MÉTODO PARA ANÁLISE E CO-GESTÃO DE COLETIVOS: A CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO, A PRODUÇÃO DE VALOR DE USO E A DEMOCRACIA EM INSTITUIÇÕES: O MÉTODO DA RODA**. GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS. - SÃO PAULO: HUCITEC, 2000. (SAÚDE EM DEBATE, 131).

\_\_\_\_\_. **SAÚDE PAIDÉIA**. SÃO PAULO: HUCITEC, 2003.

CARNEIRO, A.C.L.L. ET AL. EDUCAÇÃO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA. **REV. PANAM. SALUD PUBLICA.**, V. 31, N. 2, P. 115-120. 2012.

CARVALHO, M.S. **PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA: UM OLHAR IMPLICADO SOBRE SUA IMPLANTAÇÃO**. 2013. 167F. DISSERTAÇÃO (MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA) - FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, BRASÍLIA, 2013.

CAVALCANTE, M.T.L.; VASCONCELLOS, M.M. TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO PARA A EDUCAÇÃO NA SAÚDE: DUAS REVISÕES E UMA PROPOSTA. **CIÊNC. SAÚDE COLETIVA**, V. 12, N. 3, P. 611- 622, 2007.

CECCIM, R.B. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: DESAFIO AMBICIOSO E NECESSÁRIO. **INTERFACE (BOTUCATU)**, V. 9, N. 16, P. 161-177, 2005.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O QUADRILÁTERO DA FORMAÇÃO PARA A ÁREA DA SAÚDE: ENSINO, GESTÃO. ATENÇÃO E CONTROLE SOCIAL: **REV. SAÚDE COLETIVA**, V. 14, N. 1, P. 41- 65, 2004.

CECÍLIO, L.C.O.; LACAZ, F.A.C. **O TRABALHO EM SAÚDE**. RIO DE JANEIRO: CEBES, 2012. 71P.

CHAVES, M.M.; ROSA, A.R (ORG.). **EDUCAÇÃO MÉDICA NAS AMÉRICAS - O DESAFIO DOS ANOS 90**. São PAULO: CORTEZ, 1990.

CONILL, E.M. ET AL. CONTRIBUIÇÕES DA ANÁLISE COMPARADA PARA UM MARCO ABRANGENTE NA AVALIAÇÃO DE SISTEMAS ORIENTADOS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA AMÉRICA LATINA. **REV. BRAS. SAÚDE MAT. INFANT.**, V. 10, SUPL. 1, P.14-27, 2010.

CONILL, E.; FAUSTO, M. **ANÁLISIS DE LA INTEGRACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN LA RED DE SERVICIOS EN EUROPA Y AMÉRICA LATINA**. MADRID: EUROSOCIAL SALUD, 2007.

COX, M.D.; IRBY, D.M. 100 YEARS AFTER THE FLEXNER REPORT. **N. ENGL. J. MED.**, V. 355, N. 13, P. 1375 - 1376, 2006.

CYRINO, A.P. DA MEDICINA PREVENTIVA à MEDICINA COMUNITÁRIA: PROCESSO DE CONSTITUIÇÃO DE CAMPO DE ENSINO EXTRAMUROS NA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU-UNESP. **REV. BRAS. EDUC. MÉD.**, V. 20, P. 37-42, 1996.

\_\_\_\_\_. **ORGANIZAÇÃO TECNOLÓGICA DO TRABALHO NA REFORMA DAS PRÁTICAS E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: ESTUDO DE UM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA à SAÚDE**. 1997. 327F. DISSERTAÇÃO (MESTRADO EM MEDICINA PREVENTIVA) - FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. SÃO PAULO, 1997.

CYRINO, E.G. **CONTRIBUIÇÕES AO DESENVOLVIMENTO CURRICULAR DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU: DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS CASOS DOS CURSOS DE PEDIATRIA E SAÚDE COLETIVA COMO INICIATIVAS DE MUDANÇA PEDAGÓGICA NO TERCEIRO ANO MÉDICO**. 2002. TESE (DOUTORADO) - FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA, BOTUCATU, 2002.

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, 2005B. P.33-38.

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.

\_\_\_\_\_. 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:\_\_\_\_. **ENSINO-TRABALHO-CIDADANIA: NOVAS MARCAS AO ENSINAR INTEGRALIDADE NO SUS**. RIO DE JANEIRO: IMS/UFRJ: CEPESQ, 2006. P. 71 - 84.

\_\_\_\_\_. ENSINO E PESQUISA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: O PET-SAÚDE DA FMB/UNESP. **REV. BRAS. EDUC. MED.** V. 36, SUPL. 1, P. 92-101, 2012.

\_\_\_\_\_. 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, 2005A. P. 21-32.

CYRINO, E.G.; RIZZATO, A.B.P. CONTRIBUIÇÃO À MUDANÇA CURRICULAR NA GRADUAÇÃO DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU. **REV. BRAS. SAÚDE MATERN. INFANT.**, V. 4, N.1, P. 59-69, 2004.

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. (ORGS.). **SAÚDE E COMUNIDADE: 30 ANOS DE EXPERIÊNCIA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA EM SAÚDE COLETIVA.** BOTUCATU: CULTURA ACADÊMICA, FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA, 2002, P.177-210.

\_\_\_\_\_. TRABALHANDO COM ESTRATÉGIAS DE ENSINO-APRENDIZADO POR DESCOBERTA NA ÁREA DA SAÚDE: A PROBLEMATIZAÇÃO E A APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS. **CAD. SAÚDE PÚBLICA**, V. 20, N. 3, P. 780-788, 2004.

DALLA VECCHIA, M. **A SAÚDE MENTAL NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTUDO SOBRE PRÁTICAS E SIGNIFICAÇÕES DE UMA EQUIPE.** 2006. DISSERTAÇÃO (MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA) - FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”, BOTUCATU, 2006.

DALLA VECCHIA, M. **TRABALHO EM EQUIPE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: FUNDAMENTOS HISTÓRICO - POLÍTICOS.** SÃO PAULO: CULTURA ACADÊMICA, 2012. 135P.

DALLA VECCHIA, M.; MARTINS, S.T.F. O CUIDADO DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS NO COTIDIANO DE SEUS FAMILIARES: INVESTIGANDO O PAPEL DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA. **ESTUD. PSICOL. (NATAL)**, V.11, N.2, P.159-168, 2006.

\_\_\_\_\_. DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DOS CUIDADOS A PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS NA ATENÇÃO BÁSICA: APORTES PARA IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES. **INTERFACE- COMUNIC., SAÚDE, EDUCAÇÃO.** BOTUCATU, 2008.

DONNANGELO, M.C.F.; PEREIRA, L. **SAÚDE E SOCIEDADE.** SÃO PAULO: DUAS CIDADES, 1976. 124P.

FERNANDES, J.C.L. A QUEM INTERESSA A RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE? **CAD. SAÚDE PÚBLICA**, V. 9, N. 1, P. 21-27, 1993.

FERREIRA, R.C.; SILVA, R.F.; AGUERA, C.B. FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO: A APRENDIZAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE. **REV. BRAS. EDUC. MÉD.**, V. 31, N. 1, P. 52-59, 2007.

FEUERWERKER, L.C.M. AS IDENTIDADES DO PRECEPTOR: ASSISTÊNCIA, ENSINO, ORIENTAÇÃO. IN: \_\_\_\_ BRANT, V. (ORG.). **FORMAÇÃO PEDAGÓGICA DE PRECEPTORES DO ENSINO EM SAÚDE**. JUIZ DE FORA: ED. UFJF, 2011, 126P.

FEUERWERKER, L.C.M. GESTÃO DOS PROCESSOS DE MUDANÇA NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA. IN: \_\_\_\_ MARINS, J.J.N. ET AL. (ORG.). **EDUCAÇÃO MÉDICA EM TRANSFORMAÇÃO. INSTRUMENTOS PARA CONSTRUÇÃO DE NOVAS REALIDADES**. SÃO PAULO: ABEM/HUCITEC, 2004. P.17-39.

FEUERWERKER, L.C.M.; CAPOZZOLO, A.A. MUDANÇAS NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: ALGUNS REFERENCIAIS DE PARTIDA DO EIXO TRABALHO EM SAÚDE. IN: \_\_\_\_ CAPOZZOLO, A.A; CASSETO, S.J; HENZ, A.O (ORGS.). **CLÍNICA COMUM: ITINERÁRIOS DE UMA FORMAÇÃO EM SAÚDE**. SÃO PAULO: HUCITEC, 2013. P. 35-57.

FLEXNER, A. **MEDICAL EDUCATION IN THE UNITED STATES AND CANADA: A REPORT TO THE CARNIGIE FOUNDATION FOR THE ADVANCEMENT TEACHING**. NEW YORK: CARNAGIE FOUNDATION, 1910.

FOUCAULT, M. **O NASCIMENTO DA CLÍNICA**. RIO DE JANEIRO: FORENSE UNIVERSITÁRIA, 2004.

FUNDAÇÃO UNI. **ESTATUTO**. DISPONÍVEL EM: <WWW.FUNDACAOUNI.ORG.BR> ACESSO EM: 15 MAR. 2013.

GIL, C.R.R. ET AL. INTERAÇÃO, ENSINO, SERVIÇOS E COMUNIDADE: DESAFIOS E PERSPECTIVAS DE UMA EXPERIÊNCIA DE ENSINO-APRENDIZAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA. **REV. BRÁS. EDUC. MÉD.**, V. 32, N. 2, P. 230-239, 2008.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: SELETIVA OU COORDENADORA DOS CUIDADOS?** RIO DE JANEIRO: CEBES, 2012. 71 P.

GONÇALVES, R.J. ET AL. SER MÉDICO NO PSF: FORMAÇÃO ACADÊMICA, PERSPECTIVAS E TRABALHO COTIDIANO. TENDÊNCIAS DE MUDANÇAS EM UM GRUPO DE ESCOLAS MÉDICAS BRASILEIRAS. **REV. BRAS. EDUC. MÉD.** V. 33 (SUPL 3), P. 393-403, 2009.

GONÇALVES, M.G.M. O MÉTODO DE PESQUISA MATERIALISTA HISTÓRICO E DIALÉTICO. IN: \_\_\_\_ ABRANTES, A.A; SILVA, N.R; MARTINS, S.T.F. (ORGS.). **MÉTODO HISTÓRICO-SOCIAL NA PSICOLOGIA SOCIAL**. PETRÓPOLIS, VOZES, 2005. P. 86-104.

GROSSEMAN, S.; PATRÍCIO, Z.M. **DO DESEJO à REALIDADE DE SER MÉDICO: A EDUCAÇÃO E A PRÁTICA COMO UM PROCESSO CONTÍNUO DE CONSTRUÇÃO INDIVIDUAL E COLETIVA**. FLORIANÓPOLIS: ED. DA UFSC, 2004.

HENRIQUES R. L. M. INTERLOCUÇÃO ENTRE ENSINO E SERVIÇO: POSSIBILIDADES DE RESSIGNIFICAÇÃO DO TRABALHO EM EQUIPE NA PERSPECTIVA DA CONSTRUÇÃO SOCIAL DA DEMANDA. IN: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (ORGS.). **CONSTRUÇÃO SOCIAL DA DEMANDA**. RIO DE JANEIRO: IMS-UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2005.

JUNQUEIRA, V.; FRUTUOSO, M.F.; SILVA, C.R.C. OS (DES)COMPASSOS ENTRE A UNIVERSIDADE E OS SERVIÇOS DE SAÚDE. IN:CAPOZZOLO, A.A.; CASSETO, S.J; HENZ, A.O (ORGS.). **CLÍNICA COMUM: ITINERÁRIOS DE UMA FORMAÇÃO EM SAÚDE**. SÃO PAULO: HUCITEC, 2013. P. 229-247.

KISIL, M.; CHAVES, M.M (ORGS.). **PROGRAMA UNI: UMA NOVA INICIATIVA NA EDUCAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**. BATTLE CREEK: FUNDAÇÃO KELLOGG. 1994.

LAMPERT, J.B. AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE MUDANÇA NA FORMAÇÃO MÉDICA. IN: MARINS, J.J.N. ET AL (ORG.). **EDUCAÇÃO MÉDICA EM TRANSFORMAÇÃO: INSTRUMENTOS PARA A CONSTRUÇÃO DE NOVAS REALIDADES**. SÃO PAULO: HUCITEC, 2004.

LAMPERT, J.B. ET AL.TENDÊNCIAS DE MUDANÇAS EM UM GRUPO DE ESCOLAS MÉDICAS BRASILEIRAS. **REV. BRAS. EDUC. Méd.**, V. 33, SUPL. 1. P. 19-34, 2009.

LANE, S.T.M. ESTUDOS SOBRE A CONSCIÊNCIA. **PSICOL. SOC.**, V. 8, N. 6, P. 95-105, 1996.

LAUER, P.C. **A EDUCAÇÃO PERMANENTE ENQUANTO ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA**. SÃO PAULO, 2010. 29F. MONOGRAFIA. (ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA DE SAÚDE) FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO, FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA, BOTUCATU, 2010.

LAURELL, A.C. **LA GLOBALIZACIÓN Y LAS POLÍTICAS DE SALUD**. IN: 5., 1997, CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA - CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, ÁGUAS DE LINDÓIA. ANAIS. ÁGUAS DE LINDÓIA, 1997. P.25-41.

\_\_\_\_\_. PRÓLOGO DA PRIMEIRA EDIÇÃO. IN: BREILCH, J. **EPIDEMIOLOGIA: ECONOMIA POLÍTICA E SAÚDE**. SÃO PAULO: UNESP/HUCITEC, 1991. P 9-15.

LEITE, M. T. S.; ET AL. O PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL. **REV. BRAS. EDUC. Méd.**, V.36, N.1, SUPL. 1, P. 111-118, 2012.

LEONTIEV, A. **ATIVIDADE, CONSCIÊNCIA Y PERSONALIDADE**. BUENOS AIRES:

CIÊNCIAS DEL HOMBRE, 1978A.

\_\_\_\_\_. **O DESENVOLVIMENTO DO PSIQUISMO**. LISBOA: HORIZONTE UNIVERSITÁRIO, 1978B.

LESSA, S. **TRABALHO E SER SOCIAL**. MACEIÓ: EUFC-EDUFAL, 1997.

LUKÁCS, G. L'ESTRANIAZIONE. IN: \_\_\_\_\_. **ONTOLOGIA DELL'ESSERE SOCIALE**. VERSÃO ITALIANA DE ALBERTO SCARPONI, A PARTIR DA CÓPIA DATILOGRÁFICA DA REDAÇÃO EM ALEMÃO, PREPARADA POR FERENC BRÓDY E GÁBOR RÉVAI E REVISTA POR G. LUKÁCS. TRADUÇÃO DE MARIA NORMA ALCÂNTARA BRANDÃO DE HOLANDA. ROMA: RIUNITI, 1981.

MACEDO, L.M. **MODELOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM BOTUCATU-SP: CONDIÇÕES DE TRABALHO E OS SIGNIFICADOS DE INTEGRALIDADE APRESENTADOS POR TRABALHADORES DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**. 2013. 269F. TESE (DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA) - FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO", BOTUCATU, 2013.

MAGALDI, C. **COMPROMISSO SOCIAL DA ESCOLA MÉDICA**. IN: ANAIS DO 20º CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO; 1982; RIBEIRO PRETO, SÃO PAULO. RIBEIRÃO PRETO: ABEM; 1982. P. 1-12.

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. (ORGS.). **SAÚDE E COMUNIDADE: 30 ANOS DE EXPERIÊNCIA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA EM SAÚDE COLETIVA**. BOTUCATU: CULTURA ACADÊMICA, FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA, 2002, P.149-173.

MANOEL, C.M. **A EXPERIÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E INTERDISCIPLINAR DA INTERAÇÃO UNIVERSIDADE - SERVIÇOS-COMUNIDADE: O OLHAR E O TRABALHO DO PROFESSOR TUTOR**. 2012, 150F. TESE (DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA) - FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO", BOTUCATU, 2012.

MARINS, J.J.N. FORMAÇÃO DE PRECEPTORES PARA ÁREA DA SAÚDE. IN: BRANT, V. (ORG.). **FORMAÇÃO PEDAGÓGICA DE PRECEPTORES DO ENSINO EM SAÚDE**. JUIZ DE FORA: ED. UFJF, 2011. 126P.

\_\_\_\_\_. OS CENÁRIOS DE APRENDIZAGEM E O PROCESSO DO CUIDADO EM SAÚDE. IN: MARINS, J.J.N. ET AL (ORG.). **EDUCAÇÃO MÉDICA EM TRANSFORMAÇÃO INSTRUMENTOS PARA A CONSTRUÇÃO DE NOVAS REALIDADES**. SÃO PAULO: ABEM/HUCITEC, 2004. P.97-108.

MARTINS, L.M. PSICOLOGIA SÓCIO-HISTÓRICA: O FAZER CIENTÍFICO. IN: ABRANTES, A.A.; SILVA, N.R.; MARTINS, S.T.F. (ORGS.). **MÉTODO HISTÓRICO-SOCIAL NA PSICOLOGIA SOCIAL**. PETRÓPOLIS. VOZES, 2005.

P.118-138.

MARX, K. **PARA CRÍTICA DA ECONOMIA POLÍTICA; SALÁRIO, PREÇO E LUCRO; O RENDIMENTO E SUAS FONTES: A ECONOMIA VULGAR.** SÃO PAULO: ABRIL CULTURAL, 1982. P.7-22.

MASSOTE, A.W. ET AL. ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO CENÁRIO DE PRÁTICA NA PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES DE MEDICINA. **REV. BRAS. EDUC. Méd.**, V. 35, N. 4, P. 445-453, 2011.

MATTOS, R.A. A INTEGRALIDADE NA PRÁTICA (OU SOBRE A PRÁTICA DA INTEGRALIDADE). **CAD. SAÚDE PÚBLICA**, V. 20, N. 5, P. 1411-1416, 2004.

MINAYO, M.C.S. **O DESAFIO DO CONHECIMENTO: PESQUISA QUALITATIVA EM SAÚDE.** 8. ED. SÃO PAULO/ RIO DE JANEIRO: HUCITEC/ABRASCO, 2004. 269P.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **MEDICINA E HISTÓRIA: RAÍZES SOCIAIS DO TRABALHO MÉDICO.** SÃO PAULO, 1979. 209F. DISSERTAÇÃO (MESTRADO EM MEDICINA PREVENTIVA)- FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO.

MERHY, E.E. **SAÚDE: A CARTOGRAFIA DO TRABALHO VIVO.** SÃO PAULO: HUCITEC, 2002.

MÉSZÁROS, I. **A TEORIA DA ALIENAÇÃO EM MARX.** SÃO PAULO: BOITEMPO, 2006.

MITRE, S.M.. ET AL. METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO A APRENDIZAGEM NA FORMAÇÃO EM SAÚDE: DEBATES ATUAIS. **CiêNC. SAÚDE COLETIVA**, V. 13, SUPL. 2, P. 2133-2144, 2008.

MOHR, A. A FORMAÇÃO PEDAGÓGICA DOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE. IN:\_\_\_ BRANT, V. (ORG.). **FORMAÇÃO PEDAGÓGICA DE PRECEPTORES DO ENSINO EM SAÚDE.** JUIZ DE FORA: ED. UFJF, 2011. 126P.

NOGUEIRA, M.I. AS MUDANÇAS NA EDUCAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA EM PERSPECTIVA: REFLEXÕES SOBRE A EMERGÊNCIA DE UM NOVO ESTILO DE PENSAMENTO. **REV. BRAS. EDUC. Méd.**, V. 33, N. 2, P. 262 - 270, 2009.

NOGUEIRA, R.P.; GOMES, R.M. **CAPITALISMO E SAÚDE.** RIO DE JANEIRO: CEBES, 2012. 71 P.

NUNES, E.D. CEM ANOS DO RELATÓRIO FLEXNER. **CiêNC. SAÚDE COLETIVA**, V. 15, SUPL.1, P. 956-972, 2010.

OLIVEIRA, G.S.; KOIFMAM, L. INTEGRALIDADE DO CURRÍCULO DE MEDICINA: INOVAR/TRANSFORMAR, UM DESAFIO PARA O PROCESSO DE FORMAÇÃO. IN: MARINS, J.J.N. ET AL (ORGS.). **EDUCAÇÃO MÉDICA EM TRANSFORMAÇÃO:**

**INSTRUMENTOS PARA A CONSTRUÇÃO DE NOVAS REALIDADES.** São PAULO: ABEM/HUCITEC, 2004. P. 143-164.

OLIVEIRA, M.C. OS MODELOS DE CUIDADOS COMO EIXO DE ESTRUTURAÇÃO DE ATIVIDADES INTERDISCIPLINARES E MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE. **REV. BRAS. EDUC. Méd.**, V. 32, N. 3, 347 - 355, 2008.

OLIVEIRA, N. A.; ALVES, L. A. ENSINO MÉDICO, SUS E INÍCIO DA PROFISSÃO: COMO SE SENTE QUEM ESTÁ SE FORMANDO? **REV. BRAS. EDUC. Méd.**, V. 35, N. 1, P. 26 - 36, 2011.

OLIVEIRA, N.A. **ENSINO MÉDICO NO BRASIL: DESAFIOS E PRIORIDADES, NO CONTEXTO DO SUS: UM ESTUDO A PARTIR DE SEIS ESTADOS BRASILEIROS.** 2007. TESE (DOUTORADO) - INSTITUTO OSWALDO CRUZ, ENSINO EM BIOCÊNCIAS E SAÚDE, RIO DE JANEIRO, 2007.

OLIVEIRA, N.A.; *ET AL.* MUDANÇAS CURRICULARES NO ENSINO MÉDICO BRASILEIRO: UM DEBATE CRUCIAL NO CONTEXTO DO PROMED. **REV. BRAS. EDUC. Méd.** V. 33, N. 3, P. 333-346, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE ALMA-ATA: CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE.** BRASIL: UNICEF, 1978. (RELATÓRIO).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **RENOVAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NAS AMÉRICAS: DOCUMENTO DE POSICIONAMENTO DA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE.** WASHINGTON: OPAS/OMS, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICA DE SAÚDE. **ANAIS DO ENCONTRO CONTINENTAL DE EDUCAÇÃO MÉDICA.** MONTEVIDÉU: OPS/OMS, 1997.

PARAGUAY, N.L.B. **A CLÍNICA E O ENSINO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.** 2011. 130F. DISSERTAÇÃO (MESTRADO). FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, 2011.

PEDUZZI, M.; DAPALMA, J.J.L. A EQUIPE DE SAÚDE. IN: SCHRAIBER, L.B; NEMES, M.I.B; MENDES-GONÇALVES, R.B (ORGS.) **SAÚDE DO ADULTO. PROGRAMAS E AÇÕES NA UNIDADE BÁSICA.** São PAULO: HUCITEC, 1996. 290P.

PEROSA, J.P.B.; ROMANHOLI, R.M.Z.; CYRINO, E.G. CONSTATAÇÕES E DESAFIOS. IN: \_\_. CYRINO, E.G. ET AL. (ORGS.). **A UNIVERSIDADE NA COMUNIDADE: EDUCAÇÃO MÉDICA EM TRANSFORMAÇÃO.** BOTUCATU, ELIANA GOLDFARB CYRINO, 2005. P.139-156.

PINTO, T.R. **ENCONTROS E DESENCONTROS: A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM SUA RELAÇÃO COM A REDE DE SERVIÇOS E DISPOSITIVOS SUBSTITUTIVOS EM SAÚDE MENTAL.** 2007. 129F. DISSERTAÇÃO (MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA) - FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE ESTADUAL

PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”, BOTUCATU, 2007.

PIZZINATO, A. ET AL. A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO COMO ESTRATÉGIA NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA O SUS. **REV. BRAS. EDUC. Méd.** V. 36, N.1, SUPL. 2, P.170-177, 2012.

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 (DOUTORADO)- FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, BOTUCATU, 2007.

PREARO, A.Y.; RIZZATO, A.B.P.; MARTINS, S.T.F. O ENSINO DE PEDIATRIA NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE ENTRE AS FRONTEIRAS DO MODELO BIOMÉDICO E A PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO: A VISÃO DOS MÉDICOS SUPERVISORES. **INTERFACE** (BOTUCATU), V.15, N.39, P.1039-1051, 2011.

REGO, S. AS IDENTIDADES DO PRECEPTOR: SEU PAPEL NA FORMAÇÃO MORAL E ÉTICA. IN: BRANT, V. (ORG.). **FORMAÇÃO PEDAGÓGICA DE PRECEPTORES DO ENSINO EM SAÚDE.** JUIZ DE FORA: ED. UFJF, 2011. 126P.

ROMANHOLI, R.M.Z. **A VISITA DOMICILIAR COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO APRENDIZAGEM NA INTEGRALIDADE DO CUIDADO.** 173F. DISSERTAÇÃO (MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA) - FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”, BOTUCATU, 2010.

ROS, M.A. A IDEOLOGIA NOS CURSOS DE MEDICINA. IN: MARINS, J.J.N. ET AL. (ORGS.). **EDUCAÇÃO MÉDICA EM TRANSFORMAÇÃO. INSTRUMENTOS PARA CONSTRUÇÃO DE NOVAS REALIDADES.** SÃO PAULO: ABEM/HUCITEC, 2004. P. 224-244.

ROSEN, G. **DA POLÍTICA MÉDICA À MEDICINA SOCIAL: ENSAIOS SOBRE A HISTÓRIA DA ASSISTÊNCIA MÉDICA.** RIO DE JANEIRO: EDIÇÕES GRAAL, 1979. P. 77-401.

SAKATA ET AL. CONCEPÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE AS VISITAS DOMICILIARES. **REV. BRAS. ENFERM.** V. 60, N. 6, P. 659-664, 2007.

SCHRAIBER, L.B. **EDUCAÇÃO MÉDICA E CAPITALISMO: UM ESTUDO DAS RELAÇÕES EDUCAÇÃO E PRÁTICA MÉDICA NA ORDEM SOCIAL CAPITALISTA.** SÃO PAULO: HUCITEC, 1989. 133P.

SIQUEIRA, B.P. **CINAEM - UM POUCO DE SUA HISTÓRIA.** CAD. ABEM, V. 2, 2006.

SISSON, M.C. IDENTIDADES PROFISSIONAIS NA IMPLANTAÇÃO DE NOVAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS. **REV. BRAS. EDUC. Méd.**, V. 33, SUPL.1, P. 116-122, 2009.

SPERANDIO, A.M.G. ET AL. ENSINO E PRÁTICAS DE FORMAÇÃO DA SAÚDE

DURANTE O PRIMEIRO ANO DE MEDICINA- UNICAMP. **REV. BRAS. EDUC. Méd.**, V. 34, N.4, P.615-621; 2010.

STELLA, R.C.R. ET AL. CENÁRIOS DE PRÁTICA E A FORMAÇÃO MÉDICA NA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE. **REV. BRAS. EDUC. Méd.**, V. 33, N. 1, SUPL. 1, P. 63-69, 2009.

TESSER, C.D. CONTRIBUIÇÕES DAS EPISTEMOLOGIAS DE KUHN E FLECK PARA REFORMA DO ENSINO MÉDICO. **REV. BRAS. EDUC. Méd.**, V. 33, N. 1, P. 98-104, 2008.

TRAJMAN, A. ET AL. A PRECEPTORIA NA REDE BÁSICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO: OPINIÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE. **REV. BRÁS. EDUC. Méd.**, V.33, N.1, P.24-32, 2009.

TREZZA, E.M.C.; PREARO, A.Y. SAÚDE DA CRIANÇA: CURSO DE GRADUAÇÃO MÉDICA EM CENTROS DE SAÚDE, CRECHES E ESCOLAS. **DIVULG. SAÚDE DEBATE**, V. 11, P. 26-29, 1995.

TRIVIÑOS, A.N.S. **INTRODUÇÃO à PESQUISA EM CIÊNCIAS SOCIAIS**. SÃO PAULO: ATLAS, 1994.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. HABILIDADES E COMPETÊNCIAS ENTRE TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. **INTERFACE (BOTUCATU)**, 2012, V. 16, N. 40, P. 149-160.

ULIANA, M.R.G. **O ENSINO DE GRADUAÇÃO NA COMUNIDADE: VIVÊNCIAS E PERCEPÇÕES DE ALUNOS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**. BOTUCATU, 2010. DISSERTAÇÃO (MESTRADO) - FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA, BOTUCATU, 2010.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA. FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU. (UNESP-FMB) CONSELHO DE CURSO. PROGRAMA DE INCENTIVO A MUDANÇAS CURRICULARES NOS CURSOS DE MEDICINA (PROMED). **ANEXO III - GESTÃO DO PROJETO**. BOTUCATU: UNESP, 2002A.

\_\_\_\_\_. PROGRAMA DE INCENTIVO A MUDANÇAS CURRICULARES NOS CURSOS DE MEDICINA (PROMED). **ANEXO V - ESTRATÉGIAS E RECURSOS**. BOTUCATU, 2002B.

\_\_\_\_\_. PROGRAMA DE INCENTIVO A MUDANÇAS CURRICULARES NOS CURSOS DE MEDICINA (PROMED). **FORMULÁRIO B**. BOTUCATU, 2002C.

\_\_\_\_\_. CONSELHO DE CURSO. **ATA DA REUNIÃO DO NAP**. BOTUCATU, 2004.

\_\_\_\_\_. NÚCLEO DE APOIO PEDAGÓGICO. **MEMÓRIA DO SEMINÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROMED**. RIO DE JANEIRO, 2005A.

\_\_\_\_\_. PROGRAMA NACIONAL DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE (PRÓ-SAÚDE). **OFICINA DE FORMULAÇÃO DO PROJETO PRÓ-SAÚDE**. BOTUCATU, 2005B.

\_\_\_\_\_. CONSELHO DE CURSO. **ATA DA REUNIÃO DA CONGREGAÇÃO**. BOTUCATU, 2006.

\_\_\_\_\_. PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE (PET SAÚDE) **AMPLIANDO PARCERIAS NO ENSINO, PESQUISA E TRABALHO SIGNIFICATIVOS NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: A INTERAÇÃO UNIVERSIDADE, SERVIÇO E COMUNIDADE** - IUSC DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP. BOTUCATU, 2008.

\_\_\_\_\_. FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU. **ASSISTÊNCIA**. DISPONÍVEL EM: <[WWW.FMB.UNESP.BR](http://WWW.FMB.UNESP.BR)> ACESSO EM: 15 JUN. 2013.

VEIGA, L.; GONDIM, S. M. G. A UTILIZAÇÃO DE MÉTODOS QUALITATIVOS NA CIÊNCIA POLÍTICA E NO MARKETING POLÍTICO. **OPIN. PÚBLIC.**, V. 2, N. 1, P. 1-15, 2001.

VIEIRA, J.D. ET AL. INSTALAÇÃO DA DISCIPLINA DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (2003-2006). **REV. BRAS. EDUC. MÉD.**, V. 33, N. 3, P. 236-244, 2007.

VIGOTSKI, L.S. **A CONSTRUÇÃO DO PENSAMENTO E DA LINGUAGEM**. SÃO PAULO: MARTINS FONTES, 2001, 496P.

\_\_\_\_\_. **A FORMAÇÃO SOCIAL DA MENTE: O DESENVOLVIMENTO DOS PROCESSOS PSICOLÓGICOS SUPERIORES**. 6. ED. SÃO PAULO: MARTINS FONTES, 2003. 191P.

\_\_\_\_\_. HISTORIA DEL DESARROLLO DE LAS FUNCIONES PSÍQUICAS SUPERIORES. IN: \_\_\_\_\_. **OBRAS ESCOGIDAS III**. MADRID: VISOR DIST., 1995. P.47-119.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **CHANGING MEDICAL EDUCATION AND PRACTICE: AN AGENDA FOR ACTION**. GENEBRA, 1991.

## VI - ANEXOS

## **ANEXOS**

### **ANEXO \1 - APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA**



Universidade Estadual Paulista  
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.  
CEP: 18.618-970  
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143  
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br  
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde  
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 13 de setembro de 2.010

OF. 408/2010 - CEP

Ilustríssimo Senhor  
Prof. Dr. Antonio de Pádua Pithon Cyrino  
Departamento de Saúde Pública da  
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezado Dr. Cyrino,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que Projeto de Pesquisa (Protocolo CEP 3654-20140) "O Ensino na Comunidade: concepções e implicações para as Unidades de Saúde", a ser conduzido por Tiago Rocha Pinto e orientado por Vossa Senhoria recebeu do relator parecer favorável aprovado em reunião de 13 de setembro de 2.010.

Situação do Projeto: APROVADO. Ao final da execução deste Projeto, apresentar ao CEP "Relatório Final de Atividades".

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi  
Secretário do CEP



**ANEXO 12 - APROVAÇÃO DA MUDANÇA DE ORIENTADOR E DO TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA**



**Universidade Estadual Paulista  
Faculdade de Medicina de Botucatu**

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.  
CEP: 18.618-970  
Fone: (14) 3880-1608 / 3880-1609  
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br  
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde  
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 06 de junho de 2013

Of. 89/2013-CEP

Ilustríssima Senhora  
Profª Drª Eliana Goldfarb Cyrino  
Departamento de Saúde Pública da  
Faculdade de Medicina de Botucatu.

Prezada Profª Eliana,

Com referência ao Projeto de Pesquisa (Protocolo CEP 3654/2010) "O ensino na comunidade: concepções e implicações para as Unidades de Saúde" aprovado por este colegiado em 13/09/2010, informo que em 27 de maio de 2013, autorizei a mudança título do referido projeto, bem como a mudança de orientação do mesmo à saber:

**Novo Título: A atenção primária à saúde e o ensino: tensionamentos e potencialidades para as práticas pedagógico-assistenciais** de autoria de Tiago Rocha Pinto.

**Novo Orientador: Profª Drª Eliana Goldfarb Cyrino.**

Atenciosamente,

Prof. Dr. Trajano Sardenberg  
Coordenador do CEP

**ANEXO 13 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO*****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO***

EU, \_\_\_\_\_ PORTADO  
 R(A) DO RG \_\_\_\_\_, NA CONDIÇÃO  
 DE \_\_\_\_\_ DO SERVIÇO \_\_\_\_\_ DE  
 BOTUCATU-SP, TENDO SIDO CONVIDADA(O) E SATISFATORIAMENTE  
 INFORMADA(O) SOBRE A PESQUISA “O ENSINO NA COMUNIDADE: CONCEPÇÕES  
 E IMPLICAÇÕES PARA AS UNIDADES DE SAÚDE”, QUE VISARÁ CONTRIBUIR PARA  
 O PROCESSO DE INOVAÇÃO PEDAGÓGICA DO ENSINO MÉDICO DA FMB FRENTE  
 ÀS NOVAS DEMANDAS INSTITUCIONAIS E DA NECESSIDADE DE ADAPTAÇÃO ÀS  
 DIRETRIZES CURRICULARES DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, ATRAVÉS DA  
 ANÁLISE DE CONCEPÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA OS TRABALHADORES DA  
 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE QUE RECEBEM ALUNOS EM FORMAÇÃO  
 PROFISSIONAL, ACEITO PARTICIPAR DE UMA ENTREVISTA PARA COLETA  
 DESTAS INFORMAÇÕES, SENDO GARANTIDO O SIGILO EM TODAS AS FASES DA  
 PESQUISA, E QUE ESTES DADOS SERÃO UTILIZADOS APENAS PARA FINS  
 ACADÊMICOS E DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA. A ENTREVISTA TERÁ DURAÇÃO DE  
 APROXIMADAMENTE 40 MINUTOS, SERÁ GRAVADA EM APARELHO DE ÁUDIO E  
 SERÁ DESTRUÍDA APÓS A FINALIZAÇÃO DAS TRANSCRIÇÕES. SALIENTAMOS QUE  
 PODERÁ OCORRER UM CERTO DESCONFORTO CAUSADO PELO TEMPO  
 DISPENSADO A ENTREVISTA E NAS QUESTÕES LEVANTADAS. VOCÊ RECEBERÁ  
 UMA CÓPIA DESTES TERMO ONDE CONSTA O TELEFONE E O ENDEREÇO DOS  
 PESQUISADORES E DO CEP, E A QUALQUER MOMENTO PODERÁ RETIRAR O  
 SEU CONSENTIMENTO SEM QUE HAJA NENHUM PREJUÍZO PESSOAL OU  
 PROFISSIONAL.

PESQUISADOR: TIAGO ROCHA PINTO  
 RUA: JOÃO DE OLIVEIRA, 852  
 JARDIM PARAÍSO II- BOTUCATU- SP  
 TELEFONE (14) 38145125  
 E-MAIL:  
 TIAGO\_ROCHAPINTO@YAHOO.COM.BR

ORIENTADORA: ELIANA GOLDFARB  
 CYRINO  
 UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
 “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
 FACULDADE DE MEDICINA DE  
 BOTUCATU  
 DEPTO DE SAÚDE PÚBLICA  
 18618-970 - BOTUCATU-SP  
 BRASIL - CAIXA-POSTAL: 540  
 TELEFONE: (14) 38116200  
 E-MAIL: ECYRINO@FMB.UNESP.BR

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 PESQUISADO

\_\_\_\_\_  
 PESQUISADOR

QUALQUER DÚVIDA ADICIONAL, VOCÊ PODERÁ ENTRAR EM CONTATO COM O COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA, ATRAVÉS DO FONE: (14) 3811-6143.

## **ANEXO 14 - ROTEIRO DE ENTREVISTA**

### DADOS GERAIS

- NOME DA UNIDADE:
- TELEFONE:
- LOCALIZAÇÃO:
- COORDENADOR:
- TEMPO DE FUNCIONAMENTO:
- NÚMERO DE PROFISSIONAIS:

### PERGUNTAS NORTEADORAS

- COMO É ACORDADA A PRESENÇA DO IUSC NA UNIDADE?
- VOCÊS SÃO CONSULTADOS EM RELAÇÃO A ISSO?
- QUAIS SÃO AS ATIVIDADES QUE SÃO DESENVOLVIDAS PELOS TRÊS ANOS DO IUSC AQUI NA UNIDADE? QUANTOS ALUNOS SÃO?
- QUAIS SÃO SUAS PRINCIPAIS DIFERENÇAS?
- ELAS CONTAM COM A PARTICIPAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA UNIDADE? COMO ISSO É REALIZADO?
- VOCÊS TÊM PERCEBIDO MUDANÇAS NOS TRABALHOS DESENVOLVIDOS E NAS ATITUDES DOS ALUNOS DOS DIFERENTES ANOS? E AO LONGO DOS ANOS?
- OS TRABALHOS TÊM SIDO REALIZADOS EM CONSONÂNCIA COM AS NECESSIDADES E DEMANDAS DA UNIDADE E DOS EQUIPAMENTOS SOCIAIS DO TERRITÓRIO?
- VOCÊS AVALIAM QUE ESTA EXPERIÊNCIA PODE TRAZER MUDANÇAS NA FORMAÇÃO DO FUTURO MÉDICO? QUAIS?
- COMO VOCÊ AVALIA SUA RELAÇÃO PESSOAL COM OS ALUNOS DO IUSC?
- O QUE VOCÊS APRENDEM COM ESSA EXPERIÊNCIA?
- COMO ESTES ALUNOS INTERFEREM NA DINÂMICA DA INSTITUIÇÃO EM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO DA POPULAÇÃO? INFRAESTRUTURA? RELACIONAMENTO COM A EQUIPE? ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO? SUPERVISÃO? RECURSOS MATERIAIS? RELACIONAMENTO COM OUTROS EQUIPAMENTOS DO TERRITÓRIO?
- VOCÊS SE SENTEM PREPARADOS PARA RECEBER ESTES ALUNOS? SE NÃO, O QUE SERIA NECESSÁRIO?
- QUAL A IMPORTÂNCIA PARA COMUNIDADE E PARA SOCIEDADE DESTES ALUNOS EM FORMAÇÃO?
- O QUE PODERIA SER FEITO PARA MELHORIA DA RELAÇÃO ENTRE ALUNOS E PROFISSIONAIS DAS UNIDADES? A QUEM COMPETE?

**ANEXO 15 - EXEMPLIFICAÇÃO DE UMA ENTREVISTA NA INTEGRA**

(VOCÊ SABERIA DIZER QUAIS SÃO OS ALUNOS QUE VOCÊS RECEBEM AQUI NA UNIDADE? DE QUE INSTITUIÇÕES? QUAIS AS CATEGORIAS?) SÃO ALUNOS DA GRADUAÇÃO DA MEDICINA, DO 6º ANO, QUE VEM FAZER O ESTÁGIO DE SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE DA FAMÍLIA QUE NÓS SUPERVISIONAMOS AQUI NA UNIDADE. OS ALUNOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA, DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA, DO CURSO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA. NÓS RECEBEMOS ALUNOS DA GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM E DA UNESP E DA MARECHAL RONDON. E NÓS RECEBEMOS TAMBÉM ALUNOS DO 3º ANO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA DA UNESP, QUE SÃO OS NOSSOS ALUNOS DO IUSC. ACHO QUE SÃO ESTES MESMOS. (COMO VOCÊ AVALIA A PRESENÇA DE ALUNOS DE GRADUAÇÃO JÁ INSERIDOS AQUI NA UNIDADE?) PARA OS ALUNOS DE GRADUAÇÃO EU ACHO QUE DENTRO DA UNIVERSIDADE ELES NÃO TÊM NEM IDÉIA DO QUE SE PASSA AQUI FORA. EU ACHO QUE OS NOSSOS ALUNOS TEM SAÍDO DAQUI COM UM OUTRO OLHAR SOBRE A ATENÇÃO BÁSICA, SAÚDE DA FAMÍLIA, PORQUE ELES NÃO TEM ESSA VISÃO DENTRO DA FACULDADE. SAIR DA TEORIA E IR PRA PRÁTICA É SUPER IMPORTANTE. É BOM PRA ELES TEREM ESSA VIVÊNCIA ANTES DE TERMINAR A GRADUAÇÃO. MELHOR AINDA PRA ELES JÁ ESTAR TENDO DESDE O 3 ANO COMO ACONTECE NO IUSC. ELES JÁ INICIAM O CONTATO COM PACIENTES, É UM PRIMEIRO CONTATO COMO PROFISSIONAIS. E É MUITO BOM PRA ELES, TAMBÉM PRA JÁ IR DEFININDO ALGUMAS COISAS PRO FUTURO DELES. (EM RELAÇÃO AO IUSC, COMO É ACORDADA A PRESENÇA DELES AQUI NA UNIDADE? COMO É ESTABELECIDADA ESSA PARCERIA?) EM RELAÇÃO AO IUSC, COMO EU JÁ TRABALHAVA NA SAÚDE DA FAMÍLIA EM RUBIÃO, E ERA UMA MATÉRIA OPTATIVA, MAS ISSO FOI ACORDADO COM A GENTE, A GENTE GOSTAVA DE RECEBER ALUNOS, E EU PARTICULARMENTE SEMPRE GOSTEI DE RECEBER ALUNOS. PORQUE ALUNO É MUITO BOM PRA GENTE E PRA UNIDADE COMO UM TODO. TUMULTUA É CLARO, PORQUE A UNIDADE TA PEQUENA PRO VOLUME DE TRABALHO E DE ALUNOS TAMBÉM. É SEMPRE UMA BOA PRA UNIDADE E PARA OS ALUNOS NÉ. ENTÃO, ESSE PACTO FOI FEITO COM O PSF E EM 2004 NÓS JÁ RECEBÍAMOS ALUNOS LÁ EM (OUTRA UNIDADE DE SAÚDE EM QUE TRABALHAVA).. É VERDADE QUE NÃO ERA COM A NOSSA SUPERVISÃO, MAS ELES SE UTILIZAVAM DO MATERIAL HUMANO LÁ DA UNIDADE. ELES FAZIAM VISITAS, ACOMPANHAVAM RECÉM NASCIDOS E AS FAMÍLIAS, MAS COM A SUPERVISÃO DO PESSOAL LÁ DA FACULDADE. EU ACREDITO QUE ESSE CONTRATO TENHA SIDO FEITO DIRETO COM A SECRETARIA DE SAÚDE PORQUE NÓS NÃO ESTÁVAMOS DIRETAMENTE ENVOLVIDOS. EU ACREDITO QUE DE 2 ANOS PRA CÁ COM O PET, SE TORNOU UMA DISCIPLINA OBRIGATÓRIA, E NÓS FOMOS CHAMADOS PRA SUPERVISIONAR ESSE ESTÁGIO DELES, PREPARAR AULA, PREPARAR PACIENTES MAIS ADEQUADOS PRA ELES ATENDEREM, AÍ SIM, ELES PASSARAM A TRABALHAR DIRETAMENTE COM OS MÉDICOS DAS UNIDADES. (VOCÊ FALOU A RESPEITO DOS ALUNOS DO 3º ANO DO IUSC, E OS ALUNOS DOS DOIS PRIMEIROS ANOS TAMBÉM PASSAM AQUI NA UNIDADE? VOCÊS MÉDICOS TAMBÉM TEM CONTATO

COM ELES OU SOMENTE OS OUTROS PROFISSIONAIS?) NÃO, OS MÉDICOS TRABALHAM SÓ COM OS ALUNOS DO 3º ANO, PORQUE ELES ESTÃO INICIANDO O CICLO CLÍNICO E ELES PRECISAM DE SUPERVISÃO DO EXAME FÍSICO. PORQUE É O CONTATO DIRETO COM O PACIENTE, MAS A POPULAÇÃO NÃO ENTENDE. PRA ELES É DOENTE PROCURANDO O ATENDIMENTO MÉDICO. ENTÃO, É PRA ELES EXERCITAREM A ANMENESE, SABER COLETAR UMA HISTÓRIA E A FAZER O EXAME FÍSICO. ENTÃO, O 3º ANO O FOCO É ESSE. SERIA O PRIMEIRO CONTATO COM O PACIENTE, FAZER A ANMENESE AMPLIADA QUE ELES FALAM, ANOTAR EM PRONTUÁRIO E O EXAME FÍSICO. ENTÃO O 1º E O 2º ANO FICAM MAIS COM O PESSOAL DA ENFERMAGEM E COM OS DENTISTAS TAMBÉM, COM OS OUTROS PROFISSIONAIS EU NÃO SEI SE FICAM. (E VOCÊ TEM CONHECIMENTO DO QUE FAZEM OS ALUNOS DO 1º E DO 2º ANO?) EU SEI QUE NO PRIMEIRO ANO ELES FAZEM O RECONHECIMENTO DA ÁREA, ELES VISITAM RECÉM NASCIDOS. ELES ACOMPANHAM O RECÉM NASCIDO DESDE O MOMENTO DA 1ª VISITA, ELES FAZEM MAIS O ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR. O 2º ANO TAMBÉM, ELES ACOMPANHAM A ESSE PESSOAL, ALGUNS DELES TAMBÉM TRABALHAM COM PESQUISA, MAS É A PARTIR DO 3º ANO QUE ELES TEM CONTATO MAIOR COM PACIENTES AQUI DENTRO DA UNIDADE. (ELES TEM CONTATO COM OS OUTROS PROFISSIONAIS DA UNIDADE ALÉM DO MÉDICO, ENFERMEIRO E DENTISTA?) TEM COM TODA A EQUIPE. ATÉ COM OS AGENTES COMUNITÁRIOS. PORQUE ELES VEM E OS PRIMEIROS ENCONTROS A EXEMPLO DO IUSC COM OS ALUNOS DO 3º ANO QUE OS MÉDICOS ACOMPANHAM, ELES VEM E ACOMPANHAM TODO O FLUXO. DESDE A RECEPÇÃO, O ACOLHIMENTO, E TUDO ISSO É FEITO PELOS OUTROS PROFISSIONAIS, PELA AUXILIAR DE ENFERMAGEM A PRÓPRIA AUXILIAR ADMINISTRATIVA QUE RECEBE ESTES PACIENTES. ENTÃO ELES FIZERAM TODO ESSE PERCURSO. FICARAM NO ACOLHIMENTO, DEPOIS FICARAM NA COLETA, VIRAM COMO É QUE FUNCIONA A ENTREGA DE MEDICAMENTOS NA FARMÁCIA, VIRAM QUE ÀS VEZES O PACIENTE NÃO VEM PRA CONSULTA, MAS PRA VACINA, E COMO SE DÁ ESSE ENCAMINHAMENTO PRA SALA DE VACINA, CURATIVO, ETC. AGORA ELES ESTÃO NESSA PARTE PRÁTICA DA CONSULTA, DA CONSULTA MÉDICA, MAS ELES JÁ ACOMPANHARAM TODA DINÂMICA DA UNIDADE. NOS PRIMEIROS ANOS ELES SAÍRAM COM A AGENTE COMUNITÁRIA, VIRAM COMO É O TRABALHO DO AGENTE NA COMUNIDADE. ENTÃO TUDO ISSO PRA ELES SABEREM COMO É QUE FUNCIONA TODA A DINÂMICA DA UNIDADE. (E VOCÊ OBSERVA ALGUMA MUDANÇA DA POSTURA E ATITUDES DOS ALUNOS DO 1º PARA O 3º ANO COM ESSA VIVÊNCIA DO IUSC? E AO LONGO DOS ANOS VOCÊ TAMBÉM TEM CONSTATADO ALGUMA EVOLUÇÃO? NO TRAQUEJO DELES, NO TRATO COM OS PACIENTES?) OS ALUNOS QUE SE FORMARAM O ANO PASSADO, OU O ANO RETRASADO, ME PARECE QUE FOI A PRIMEIRA TURMA QUE SE FORMOU E QUE TEVE A VIVÊNCIA DO IUSC DESDE O 1º ANO, QUE FOI BEM QUANDO NÓS COMEÇAMOS O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA AQUI EM 2003. ENTÃO O PESSOAL TÁ SE FORMANDO AGORA MAS JÁ COM UMA MENTALIDADE BEM DIFERENTE. O QUE A GENTE VÊ É QUE AQUI NA UNESP O PESSOAL QUE ESTUDA AQUI SÃO PESSOAS QUE VEM DE FORA, SÃO POUCOS OS QUE SÃO DAQUI MESMO. ENTÃO, SÃO PESSOAS QUE VEM DE FORA E NORMALMENTE DE

FAMÍLIAS ABASTADAS PORQUE FIZERAM UM BOM CURSINHO PRA PRESTAR O VESTIBULAR E TIVERAM TODA CONDIÇÃO PRA ESTAR NUMA UNIVERSIDADE PÚBLICA. MAS ELES VEM COM UMA IDÉIA COMPLETAMENTE DIFERENTE. São PESSOAS QUE VEM COM A MENTALIDADE DE SEGUIR O PAI OU UMA MÃE. FAZER CIRURGIA, DERMATO. E ELES FICAM MEIO CHOCADOS QUANDO ELES VEM A SAÚDE PÚBLICA. ENTÃO É IMPORTANTE PRA ELES VIVENCIAR A REALIDADE DESDE O COMEÇO. AQUI ELES VÊM O QUE É MESMO, A REALIDADE. AQUI A GENTE NÃO PODE FORMAR PESSOAS PRA FECHAR OS OLHOS PRA REALIDADE. PORQUE O GRANDE VOLUME DE ATENDIMENTOS NO BRASIL VAI SE DAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA MESMO, E SÃO AS PESSOAS COM MAIS DIFICULDADE QUE NÃO TEM ACESSO A OUTROS MODELOS DE SAÚDE. ENTÃO ELES SE CHOCAM UM POUCO, MAS ELES PRECISAM SABER O QUE É A REALIDADE. DE REPENTE ELES NÃO PASSAM EM NENHUM CONCURSO DE RESIDÊNCIA, VÃO ACABAR TRABALHANDO NA ATENÇÃO BÁSICA E TEM QUE TER ESSA NOÇÃO. E EU FICO FELIZ PORQUE MUITOS DELES OPTARAM POR FAZER CLÍNICA MÉDICA. PORQUE ESTAVA DESAPARECENDO O CLÍNICO, E COM O MÉDICO DE FAMÍLIA ESTÁ RESGATANDO DE TER O CLÍNICO GERAL, O MÉDICO DE FAMÍLIA MESMO. E ELES ESTÃO VENDENDO O LADO BOM DISSO, ESTÃO VENDENDO O LADO BONITO DISSO. PORQUE O LADO BOM NÃO É VOCÊ SÓ GANHAR RIOS DE DINHEIRO, MAS TAMBÉM FAZER ALGUMA COISA QUE TE SATISFAÇA COMO PROFISSIONAL E COMO SER HUMANO. (VOCÊ JÁ FALOU UM POUCO, MAS EU GOSTARIA QUE VOCÊ MAIS SOBRE O QUE ESSA EXPERIÊNCIA TRAZ DE CONTRIBUIÇÃO NA FORMAÇÃO DO FUTURO MÉDICO? QUAIS SÃO AS POSSIBILIDADES DE APRENDIZADO QUE OCORREM AQUI QUE EM OUTRO ESPAÇO COMO O HOSPITAL ELES NÃO TERIAM?) BOM, EU ACHO QUE ISSO AJUDA ATÉ ELES A DECIDIR O QUE FAZER NO FUTURO. DECIDIR O CAMINHO QUE ELES VÃO TRILHAR. TIAGO, NÃO SEI SE EU JÁ CONTEI ISSO PRA VOCÊ DA REUNIÃO QUE TEVE SOBRE O CURRÍCULO. VOCÊ SABE QUE ESTÁ SENDO DISCUTIDO O NOVO CURRÍCULO DA MEDICINA, ESTÃO TENDO VÁRIAS OFICINAS PRA ADEQUAÇÃO DO CURRÍCULO... OS MÉDICOS DA MINHA ÉPOCA, EU FALO DA MINHA ÉPOCA PORQUE EU TENHO 30 ANOS DE FORMADA. MAS OS MÉDICOS DA MINHA ÉPOCA TEM UMA IDÉIA DIFERENTE. EU TAMBÉM TINHA UMA IDÉIA COMPLETAMENTE DIFERENTE ATA COMEÇAR A TRABALHAR NA SAÚDE DA FAMÍLIA. INCLUSIVE EU FUI SUPER CRITICADA POR ISSO, LARGAR A MINHA ESPECIALIDADE, PORQUE EU SOU PEDIATRA NÉ TINHA CONSULTÓRIO PARTICULAR E TUDO, E LARGAR TUDO PRA TRABALHAR EM SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE DA FAMÍLIA. FUI SUPER CRITICADA PORQUE O PESSOAL ACHAVA QUE EU TAVA REGREDINDO, TAVA RENUNCIANDO A MINHA ESPECIALIDADE PRA ME TORNAR UMA CLÍNICA GERAL. E EU FALO PRA VOCÊ QUE A SAÚDE PÚBLICA, PORQUE EU TAMBÉM TRABALHEI COMO PEDIATRA NA REDE PÚBLICA, O QUE ME DEU MAIS RETORNO FOI A SAÚDE DA FAMÍLIA. A GENTE RECLAMA DE VEZ EM QUANDO, MAS EU GOSTO DE TRABALHAR AQUI. PORQUE A PIOR COISA É VOCÊ INVESTIR O SEU TEMPO, O SEU ESTUDO E NÃO TER RETORNO. EU TAVA ATÉ DESANIMADA DE ESTUDAR, E OS ALUNOS TAMBÉM DEMANDAM ISSO DE VOCÊ. IMAGINE QUE EU SÓ FUI ME ANIMAR DE NOVO DEPOIS DE 20 ANOS DEFORMADA, PORQUE EU ESTAVA EM BUSCA DE ALGO QUE ME REALIZASSE

MESMO ENQUANTO PROFISSIONAL. HOJE EU ME CONSIDERO UMA PROFISSIONAL REALIZADA, PORQUE EU ACHO QUE EU FAÇO MUITO COISA BOA DENTRO DA SAÚDE DA FAMÍLIA. CLARO QUE AQUI A GENTE TEM MUITO MAIS CONDIÇÃO Né. NO BRASIL A FORA A COISA NÃO É BEM ASSIM, MAS AQUI A GENTE A ATÉ QUE TEM BASTANTE CONDIÇÃO. NÃO É TUDO QUE A GENTE GOSTARIA DE FAZER, MAS É MUITA COISA... ME PERDI... AH! DA REFORMA DO CURRÍCULO. ENTÃO OS COLEGAS QUE TEM O MESMO TEMPO DE FORMAÇÃO DO QUE EU ELES ACHAM INÚTIL... ELES ACHAM, METADE ACHA QUE É DEUS, E A OUTRA METADE TEM CERTEZA (RISOS) E EU FUI JUSTAMENTE CAIR NO GRUPO DE DISCUSSÃO LÁ QUE TINHA CERTEZA (RISOS) ENTÃO ELES FALAVAM COISAS LÁ ASSIM ABSURDAS. TIPO O MÉDICO É SOBERANO, ELE MANDA VOCÊ ABRIR A BOCA E TOMAR O REMÉDIO E PRONTO. E HOJE EM DIA NÃO É MAIS ASSIM, O POVO TEM MUITO MAIS ACESSO A INFORMAÇÃO. ELES DISCUTEM COM VOCÊ SOBRE A SUA CONDUITA. ENTÃO O PAPEL DO MÉDICO NÃO MAIS AQUELE DE QUE EU MANDO E VOCÊ OBEDECE. É O DE ESCLARECER O PACIENTE SOBRE O QUE ELA ESTÁ FAZENDO, QUAIS SÃO AS POSSIBILIDADES DELA DE TRATAMENTO, VOCÊ NEGOCIAR E DISCUTIR MESMO COM O PACIENTE. ENTÃO ESSA DISCUSSÃO FOI MUITO BOA, PORQUE NA MINHA ÉPOCA A GENTE SE FORMOU ACHANDO QUE ERA DEUS. (E VOCÊ AVALIA QUE O IUSC PREPARA MAIS O ALUNO PRA ESSA ESCUTA E DIÁLOGO MAIOR COM O PACIENTE?) NO IUSC O ALUNO JÁ TEM ESSE CONTATO COM O PACIENTE DESDE CEDO. ELES APRENDEM A LIDAR COM DIFERENTES SITUAÇÕES, ELES FICAM MAIS HUMANOS. ELES APRENDEM A LIDAR COM ESSE LADO MAIS HUMANITÁRIO DO MÉDICO, E ELES DESENVOLVEM ISSO MAIS CEDO. APRENDEM A DESENVOLVER O EXERCÍCIO DA ESCUTA, PORQUE MÉDICO GERALMENTE NÃO GOSTA MUITO DE ESCUTAR, GOSTA MAIS DE FALAR NÉ. POR ISSO QUE EU TO AQUI FALANDO SEM PARAR. (E COMO QUE VOCÊ ACHA QUE A PRESENÇA DE ALUNOS INTERFERE NA DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO DA UNIDADE? EM QUE ASPECTOS ISSO É BOM OU RUIM?) OLHA, EU NÃO TENHO DÚVIDA QUE RECEBER ALUNOS DÁ TRABALHO SIM. MUITA GENTE ACHA QUE OS ALUNOS VEM AQUI, PRINCIPALMENTE OS DO 6º ANO QUE FICAM ATENDENDO, ENTÃO É MAIS GENTE PRA ATENDER, E NÃO É BEM ASSIM. O ALUNO NÃO É MÃO DE OBRA BARATA E NEM GRATUITA. O ALUNO TA AQUI PARA APRENDER E DEMORA UM CERTO TEMPO ATENDENDO. A GENTE DEMORA AINDA MAIS DISCUTINDO COM ELE SOBRE OS CASOS, E ESSA DISCUSSÃO É BOA PRA ELES E MELHOR AINDA PRA GENTE. MUITAS VEZES O ALUNO ME FAZ UMA PERGUNTA E EU FALO TAMBÉM NÃO SEI. VAMOS PROCURAR, EU VOU DAR UMA PESQUISADA E DEPOIS A GENTE VOLTA A DISCUTIR. A GENTE TEM MUITO ESSA DISCUSSÃO COM ELES. PRO SERVIÇO É BOM PORQUE ELES TEM ESSE ELO COM A FACULDADE, MUITAS COISAS A GENTE CONSEGUE PORQUE ELES TÃO LÁ. UM ACESSO, UM ENCAMINHAMENTO, UMA DISCUSSÃO COM UM PROFESSOR. A GENTE CONSEGUE QUE O PROFESSOR FALE ALGUMA COISA PRA GENTE, OU COMO É A VIA PRA CHEGAR ATÉ LÁ, TUDO ISSO ATRAVÉS DOS ALUNOS. EU GOSTO DE TER ALUNOS, ACHO QUE FICA UMA COISA MUITO MAIS DINÂMICA E VIVA A UNIDADE. VOCÊ SABIA QUE EU ERA ANIMADA ASSIM COM O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA? (NÃO) EU TO DESDE 2003 COMO EU FALEI

PRA VOCÊ, LARGUEI A PEDIATRIA PRA FAZER SAÚDE DA FAMÍLIA PORQUE EU ADOREI A IDÉIA, EU CASEI COM A PROPOSTA. NA ÉPOCA, PORQUE EU SOU DO PRIMEIRO CONCURSO QUE TEVE, EU FUI SUPER CRITICADA, MAS EU ACHEI QUE IA DAR CERTO. O PROJETO EM SI DE VOCÊ ATENDER A FAMÍLIA, DE VOCÊ FAZER UM ATENDIMENTO MAIS HUMANIZADO, MAS TAMBÉM DEPENDE MUITO DO PERFIL DO MÉDICO. EU POR EXEMPLO NÃO GOSTO DE URGÊNCIA, FAÇO PLANTÕES E ACHO QUE AS VEZES A GENTE TEM QUE SE APERFEIÇOAR NISSO. POR ISSO CONTINUO A FAZER PLANTÕES PORQUE TAMBÉM ACHO QUE TODO MÉDICO TEM QUE SABER FAZER ISSO E FAZER BEM. MAS O QUE EU GOSTO MESMO É DO AMBULATÓRIO, EU GOSTO É DE CONVERSAR, GOSTO DE VER O PACIENTE ATÉ ELE CONFIAR EM MIM. EU ACHEI LEGAL PORQUE A SAÚDE DA FAMÍLIA REGATOU ISSO AO MÉDICO, AO TRAZER DE VOLTA O MÉDICO DE FAMÍLIA. DA GENTE SABER TRATAR, CHAMAR O PACIENTE PELO NOME, AQUILO TUDO QUE TANTA GENTE FALA. EU ESCUTEI NESSA OFICINA QUE TEVE AÍ, PRA DISCUSSÃO DO CURRÍCULO. AH, MÉDICO DE FAMÍLIA TEM QUE VER O INDIVÍDUO COMO UM TODO, NO SENTIDO HOLÍSTICO, MAS ASSIM, DEBOCHANDO NÉ. NOSSA! E EU ME SENTI TÃO MAL COM AQUILO SABE? ME SENTI TÃO AGREDIDA, PORQUE FOI EXATAMENTE O QUE EU FIZ. TUDO QUE EU FAZIA ATÉ AQUELE MOMENTO, EU ATÉ PENSEI UMA VEZ EM FAZER HOMEOPATIA, POR TAMBÉM PERMITIR ESSA IDÉIA DE VER O INDIVÍDUO COMO UM TODO, MAS NO FUNDO TAMBÉM AO ERA ISSO QUE EU QUERIA. POR PRINCÍPIO EU SOU ALOPATA. EU ACREDITO NA ALOPATIA, ACREDITO NA HOMEOPATIA TAMBÉM, MAS EU NÃO TERIA UM BOM PAPEL. ENTÃO, EU GOSTO MESMO É DESSA PARTE AMBULATORIAL, DE EXPLICAR O PACIENTE O QUE ELE TEM, AS REAÇÕES QUE PODEM TER, O QUE ESPERAR, E A PESSOA SE SENTE BEM, ELA SE SENTE ACOLHIDA, SE SENTE BEM TRATADA. VOCÊ PODE DÁ ATÉ PLACEBO PRA ELA, MAS SE VOCÊ EXPLICAR PRA QUE SE SERVE, O QUE ESPERAR, É OUTRA COISA GENTE. É OUTRA COISA. ESSE LADO DA SAÚDE DA FAMÍLIA ME ATRAIU MUITO, COMO A EDUCAÇÃO CONTINUADA, O CONATO COM OS ALUNOS, EU GOSTO. (E VOCÊ SE SENTE PREPARADA PRA RECEBER ESSES ALUNOS? VOCÊ JÁ FALOU QUE ISSO LHE OBRIGA A CORRER ATRÁS DE COISA QUE NÃO SABE, MAS VOCÊ ACHA QUE NECESSITARIA DE ALGUM PREPARO?) COMO A GENTE VÊ SÓ A PARTE PRÁTICA, EU ACHO QUE TODO MÉDICO QUE TEM ASSIM, UMA EXPERIÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA SABERIA COMO CONDUZIR, TA PREPARADO EM RELAÇÃO A PARTE PRÁTICA. PORQUE O QUE ELES FAZEM AQUI É A PARTE PRÁTICA. AGORA A GENTE SEMPRE DISCUTI ALGUMAS COISAS, EU TO SEMPRE ESTUDANDO. E OUTRA, AS INFORMAÇÕES CHEGAM NUMA VELOCIDADE TÃO GRANDE QUE TODO DIA VOCÊ TEM QUE TA VENDO ALGUMA COISA NOVA. E ELES MESMOS CHEGAM E TRAZEM NOVIDADE PRA GENTE. PORQUE ELES TÃO DENTRO DA UNIVERSIDADE, ENTÃO NÓS TAMBÉM APRENDEMOS MUITAS COISAS COM ELES. OH PROFESSORA, FUI NUMA PALESTRA ONTEM E FULANO FALOU ISSO, ISSO E ISSO. CLARO QUE VOCÊ NÃO ACHA ISSO NUM LIVRO, OU NUM SIMPÓSIO QUE VOCÊ VEJA. VÍDEO CONFERÊNCIA. ENTÃO EU ACHO QUE QUALQUER MÉDICO QUE TENHA UMA EXPERIÊNCIA E TRABALHO NO DIA-A-DIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA TA PREPARADO PRA ACOMPANHAR ESSES ALUNOS NA ATENÇÃO BÁSICA. (E QUAL VOCÊ ACHA

QUE É A IMPORTÂNCIA PRA SOCIEDADE DESTES ALUNOS QUE JÁ ESTÃO EM CONTATO COM A REALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA DESDE OS PRIMEIROS ANOS DA GRADUAÇÃO?) EU ACHO QUE A POPULAÇÃO GOSTA. ELES JÁ ESTÃO ACOSTUMADOS COM A PRESENÇA DELES NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS. LÁ ELES SABEM QUE SÃO ATENDIDOS POR ALUNOS, E ELES VÊM ISSO AQUI COMO UMA EXTENSÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. CLARO QUE AS VEZES DEMORA TUDO, MAS LÁ É ASSIM TAMBÉM. MAS ELES SABEM QUE ELES VÃO SER BEM ATENDIDOS. E OUTRA, LÁ ELES TEM AQUELE CULTO. O PROFESSOR, DISCUTIU COM O PROFESSOR. E QUEM É O PROFESSOR? O PROFESSOR É O MÁXIMO, O PROFESSOR SABE TUDO. ENTÃO ELES VÊM ISSO AQUI COMO UMA EXTENSÃO DA FACULDADE, ELES ACEITAM BEM SIM. SÓ OS QUE ESTÃO COM PRESSA QUE AS VEZES RECLAMAM, MAS A MAIORIA ACEITA MUITO BEM. ACHA QUE ESTÁ SENDO BEM ATENDIDO. ACHA QUE SE NÃO RESOLVER AQUI NA UNIDADE A GENTE ACABA ENCAMINHANDO, E É ISSO MESMO QUE ACABA ACONTECENDO. NÃO POR CAUSA DOS ALUNOS, MAS PORQUE É ISSO MESMO QUE ACONTECE. MAS ELES SE SENTEM BEM TRATADOS PELOS ALUNOS, PELO MÉDICO DO POSTINHO EU ODEIO QUANDO ME CHAMAM DE MÉDICA DO POSTINHO, MAS... ELES PASSAM A TE VER DIFERENTE (PORQUE ELES ESTÃO VENDO QUE VOCÊ ESTÃO FORMANDO PESSOAS TAMBÉM?) EXATAMENTE. ELES FALAM NOSSA! ELA É PROFESSORA, ELE É PROFESSOR TAMBÉM E A GENTE NÃO SABIA, TEM ESSE LADO TAMBÉM... EU TAVA FALANDO COM A ELIANA, EU FALEI ISSO PRA ELA QUE, QUANDO ELES FALAM NOSSA ELA É PROFESSORA, DA ONDE? DA FACULDADE. NOSSA EU NÃO SABIA. ENTÃO ELES PASSAM A TE VER COM OUTROS OLHOS, PASSAM A CONFIAR MAIS NO SERVIÇO. NO FIM ESSA PARCERIA ACABA SENDO ÓTIMA, E É ASSIM MESMO QUE TA FUNCIONANDO (O QUE VOCÊ ACHA QUE PODERIA SER FEITO PRA MELHOR A RELAÇÃO ENTRE ALUNOS E UNIDADE? EXISTE ALGO QUE PODERIA MELHOR OU NA SUA OPINIÃO NA DINÂMICA ENTRE ALUNOS E PROFISSIONAIS DA UNIDADE?) ENTÃO, EU NÃO SEI TIAGO. ACHO QUE AS VEZES FALTA TEMPO, UM POUCO MAIS DE TEMPO PRA GENTE SE DEDICAR A ISSO, MAS TEM O SERVIÇO PRA TOCAR TAMBÉM NÉ. A PRINCIPAL FUNÇÃO DO SERVIÇO NÃO É ESSA, MAS AS VEZES FALTA TEMPO PRA GENTE DAR MAIS ATENÇÃO A ELES. NÃO SEI COMO PLANEJAR ISSO TUDO, EU AINDA NÃO DESCOBRI. EU TENTO MELHORAR É CLARO, ESSE ANO POR EXEMPLO JÁ ESTÁ BEM MELHOR DO QUE NO ANO PASSADO, MAS É QUE NEM O PESSOAL DA RESIDÊNCIA, A GENTE NÃO PODE SE ESQUECER QUE ELES SÃO OS NOSSOS ALUNOS TAMBÉM. E AS VEZES ELAS VEM PERGUNTAR, A GENTE NÃO TEM TEMPO PRA DAR UMA TENÇÃO MAIOR. AS VEZES EU COBRO MUITO DAS MENINAS. AH MAS VOCÊ NÃO SABE ISSO? COMO VOCÊ NÃO SABE ISSO? VOCÊ JÁ FAZ ISSO A TANTO TEMPO, ENTENDEU? MAS EU VEJO QUE FALTA PENA PRA GENTE DAR CONTA DE TUDO, PRA DAR UMA ATENÇÃO MAIOR. DE REPENTE SE A UNIDADE TIVESSE MENOS MOVIMENTO E A GENTE TIVESSE MAIS TEMPO PRA SE DEDICAR A ELES. EU POR EXEMPLO, NÃO FUI EM NENHUM GRUPO DESTES QUE ELAS FIZERAM, E EU ACHO QUE DEVERIA TER IDO. AFINAL A GENTE TA NA SUPERVISÃO DELAS, APOIAR MAIS ELAS. OS ALUNOS DO 6 ANO, ELES VEM, FICAM SEIS SEMANAS E VÃO EMBORA. SERÁ QUE ELES SAÍRAM COM ALGUMA IDÉIA ERRADA DAQUI? ÀS VEZES EU ACHO

QUE FALTA UM APOUCO MAIS DE TEMPO PRA IR MAIS FUNDO COM ELES EM ALGUMAS COISAS IMPORTANTES, MAS POR OUTRO LADO EU VEJO QUE A FUNÇÃO PRINCIPAL AQUI TAMBÉM NÃO É ESTA. NÓS NÃO SOMOS PROFESSORES ( E VOCÊ ACHA QUE A MUDANÇA DE GESTÃO, HOVE RECENTEMENTE UMA MUDANÇA DE GOVERNO, ISSO INTERFERE DE ALGUM MODO NESTE TRABALHO DE VOCÊS COM OS ALUNOS? OU NO SERVIÇO COM A UNIVERSIDADE) INTERFERE. INTERFERE POR EXEMPLO QUANDO MUDA UMA PROGRAMAÇÃO QUE VOCÊ VINHA FAZENDO. A GENTE TEM AQUELES PROGRAMAS DO MINISTÉRIO QUE A GENTE PROCURA CUMPRIR. NÃO CUMPRE AO PÉ DA LETRA, MAS A GENTE TEM QUE PASSAR ISSO PARA OS ALUNOS. OLHA ISSO AQUI É PROGRAMA DO MINISTÉRIO, E O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA FUNCIONA ASSIM. AÍ MUDA A GESTÃO, E EU FIQUEI SABENDO QUE A PEDIATRA QUE ENTROU QUE IRIA FAZER MATRICIAMENTO, NÃO VAI TER MAIS ESSE MATRICIAMENTO. VAI ATENDER RECÉM NASCIDOS LÁ NO ARE. EU NÃO ENTENDI PORQUE ISSO FOGE COMPLETAMENTE DA IDÉIA DE QUALQUER PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. A MÉDICA DA UNIDADE, A GINECOLOGISTA DA UNIDADE, A PEDIATRA DA UNIDADE SOU EU. PORQUE QUE A ASSISTÊNCIA DO RECÉM NASCIDO VAI SER FEITA EM OUTRO LUGAR. ENTÃO, ISSO FOI UMA IDÉIA QUE O ATUAL GOVERNO TEVE QUE FOGE COMPLETAMENTE A TUDO DO QUE A GENTE FAZIA E ACREDITA QUE DEVA SER O PROGRAMA. ISSO ATRAPALHA? ATRAPALHA. PORQUE VOCÊ TA FALANDO UMA COISA PRO ALUNO E TA FAZENDO OUTRA. ENTÃO ELES MUDAM ALGUMAS COISAS QUE, É CARO, ELES PODEM TER A MELHOR INTENÇÃO, MAS NA PRÁTICA ATRAPALHA. E OUTRA, AS VEZES AS COISAS JÁ ESTÃO ACONTECENDO E VOCÊ NÃO ESTÁ NEM SABENDO. AH É ASSIM QUE FUNCIONA ISSO AGORA? NÃO SABIA. OS RECÉM NASCIDOS AGORA JÁ SAEM COM A CONSULTA MARCADA LÁ NO ARE, MAS NÃO É A GENTE QUE CONHECE A FAMÍLIA? NÃO É A GENTE QUE ACOMPANHOU TODA A GESTAÇÃO? QUE FAZ A VISITA? QUEM TEM O VÍNCULO? ENTÃO NÃO SEI SE LÊS DÃO TANTA IMPORTÂNCIA AO VÍNCULO QUANTO O PROGRAMA EXIGIRIA. MAS E O VÍNCULO? O VÍNCULO JÁ FOI QUEBRADO VÁRIAS VEZES, COM A MUDANÇA DE MÉDICOS E ENFERMEIRAS DE UMA UNIDADE PARA OUTRA. (POR ÚLTIMO EU GOSTARIA QUE VOCÊ FIZESSE UMA AVALIAÇÃO SOBRE A ENTREVISTA, O QUE VOCÊ ACHOU DE FALAR SOBRE ESSAS COISAS?) TUDO QUANTO É COISA DO PROGRAMA JÁ FOI QUESTIONADA. PORQUE O PESSOAL QUE VEM BASTANTE AQUI ENTREVISTAR A GENTE, MAS SOBRE OS ALUNOS NA UNIDADE UMA VEZ EU DEI UMA ENTREVISTA, MAS FOI PRO PRÓPRIA CRM. UMA VEZ ELES ESTAVAM FAZENDO UMA ENTREVISTA COM ALUNOS DA GRADUAÇÃO E VIERAM FALAR COM A GENTE, MAS FALARAM PRINCIPALMENTE SOBRE OS INTERNOS NÉ. MAS EU TENHO CERTEZA QUE O SEU TRABALHO VAI SER 10 ASSIM...