

EDUCAÇÃO BASEADA NA COMUNIDADE PARA AS PROFISSÕES DA SAÚDE: Aprendendo com a Experiência Brasileira

ORGANIZADORES

Valdes Roberto Bollela

Ana Claudia Camargo G Germani

Henry de Holanda Campos

Eliana Amaral



FUNPEC-Editora

EDUCAÇÃO BASEADA NA
COMUNIDADE PARA AS
PROFISSÕES DA SAÚDE:

Aprendendo com a
Experiência Brasileira

EDUCAÇÃO BASEADA NA
COMUNIDADE PARA AS
PROFISSÕES DA SAÚDE:
Aprendendo com a
Experiência Brasileira

ORGANIZADORES

Valdes Roberto Bollela
Ana Claudia Camargo G Germani
Henry de Holanda Campos
Eliana Amaral

São Paulo
Ribeirão Preto
2014



FUNPEC-Editora

EDUCAÇÃO BASEADA NA COMUNIDADE PARA AS PROFISSÕES DA SAÚDE:

Aprendendo com a Experiência Brasileira

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Educação baseada na comunidade para as profissões da saúde :
aprendendo com a experiência brasileira /
organizadores Valdes Roberto Bollela...[et al.]. --
Ribeirão Preto, SP : FUNPEC-Editora, 2014.

Outros organizadores: Ana Claudia Germani,
Henry de Holanda Campos, Eliana M. Amaral

1. Educação baseada na comunidade 2. Educação
médica 3. Saúde - Brasil 4. Saúde - Profissionais
5. Serviços de saúde I. Bollela, Valdes Roberto.
II. Germani, Ana Claudia. III. Campos, Henry de
Holanda. IV. Amaral, Eliana M..

ISBN 978-85-7747-100-3

14-10345

CDD-610.7

Índices para catálogo sistemático:

1. Educação baseada na comunidade :
Profissões da saúde 610.7

Todos os direitos reservados à Fundação de Pesquisas Científicas de Ribeirão Preto

A revisão final é de responsabilidade do autor.

Proibida a reprodução dos textos originais, mesmo parcial e por
qualquer processo, sem autorização da editora.



FUNPEC-Editora

R. Floriano Peixoto, 2444 – Alto da Boa Vista – 14025-220 Ribeirão Preto, SP

Tel.: (16) 3620-1251 · Fax: (16) 3621-1991

www.funpecrp.com.br – www.livrariafunpecrp.com.br – livros@funpecrp.com.br

AGRADECIMENTOS

Aos autores e co-autores que participaram desta “aventura” e por acreditarem que tudo poderia ser conseguido em tão pouco tempo, nosso MUITO OBRIGADO.

À Fundação Waldemar Barnsley Pessoa, pelo apoio à iniciativa de produzir o livro impresso e no formato eletrônico, e por acreditar no projeto.

Ao Instituto FAIMER da Filadélfia e ao Instituto Regional FAIMER Brasil, o nosso mais profundo reconhecimento e agradecimento pelas inúmeras oportunidades que têm proporcionado aos educadores deste e de tantos outros países. Oportunidades de aprender, ensinar, refletir, interagir e construir coletivamente.

Sugestão de como referenciar esta obra:

Bollela VR, Germani ACCG, Campos HH, Amaral E (eds). *Educação Baseada na Comunidade para as Profissões da Saúde: Aprendendo com a Experiência Brasileira*. Ribeirão Preto. FUNPEC. 2014.

ORGANIZADORES	xiii
COLABORADORES	xv
PREFÁCIO	xxxiii

PARTE 1

EDUCAÇÃO BASEADA NA COMUNIDADE: A EXPERIÊNCIA BRASILEIRA NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS INDUTORAS DE FORMAÇÃO PARA AS PROFISSÕES DA SAÚDE

CAPÍTULO 1	3
Educação baseada na comunidade para as profissões da saúde: A experiência brasileira	
CAPÍTULO 2	9
Educação baseada na comunidade e as políticas indutoras junto aos cursos de graduação na saúde	
CAPÍTULO 3	37
Políticas públicas indutoras de mudanças nas graduações da saúde na perspectiva do fortalecimento do Sistema Único de Saúde do Brasil: Os caminhos, a evolução e os desafios do Pet-Saúde	

PARTE 2

RELATO DAS EXPERIÊNCIAS DE IMPLEMENTAÇÃO DA EDUCAÇÃO BASEADA NA COMUNIDADE NO BRASIL

CAPÍTULO 4	57
Integração ensino-serviço-eixo integrador da atenção básica à saúde no currículo da FCM-UNICAMP	
CAPÍTULO 5	71
O ensino de graduação de medicina e enfermagem na atenção primária à saúde: 45 anos de experiência da Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista (FMB/UNESP)	
CAPÍTULO 6	87
Educação baseada na comunidade (EBC): A experiência da Faculdade de Medicina da UFRJ	
CAPÍTULO 7	103
Educação baseada na comunidade: A experiência do curso de medicina da Universidade Federal do Ceará	
CAPÍTULO 8	115
<i>Blended Learning</i> e mapa conceitual no internato em atenção primária à saúde na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora	

CAPÍTULO 9	125
Educação baseada em comunidade: A experiência da Universidade Federal de Goiás	
CAPÍTULO 10	137
Educação baseada na comunidade no curso de medicina da Universidade Estadual de Maringá – Experiências e Desafios	
CAPÍTULO 11	149
A inserção na comunidade do eixo longitudinal de emergências da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP)	
CAPÍTULO 12	161
A experiência do curso de medicina de Sorocaba – PUC/SP	
CAPÍTULO 13	175
Educação em saúde baseada na comunidade: Experiências na Universidade Federal do Triângulo Mineiro	
CAPÍTULO 14	187
Ideias e ideais: Saúde e educação médica como compromissos sociais na Universidade Federal de Uberlândia (UFU)	
CAPÍTULO 15	199
Educação baseada na comunidade: A experiência da Faculdade de Farmácia da Universidade do Maranhão em São Luis – MA- Brasil	

CAPÍTULO 16	211
O ensino baseado na comunidade em uma escola tradicional utilizando-se estratégias metodológicas inovadoras	
CAPÍTULO 17	221
Educação baseada na comunidade: Experiência nos estágios supervisionados da saúde coletiva do Curso de Odontologia da Universidade Federal da Paraíba	
CAPÍTULO 18	235
O ensino baseado na comunidade no Curso de Medicina da Universidade de Fortaleza	
CAPÍTULO 19	247
A integração ensino-serviço-comunidade no ensino da atenção primária à saúde: Lições e desafios da Faculdade de Medicina da USP	
CAPÍTULO 20	259
A experiência da EBC nos módulos de saúde coletiva do Curso de Medicina da Universidade de Passo Fundo	
CAPÍTULO 21	269
Fortalezas e desafios do ensino na comunidade para os Cursos da Saúde: A experiência da preceptoria do grupo tutorial	

CAPÍTULO 22	281
Aprendendo e ensinando suporte básico de vida para a criança, adolescente e família na comunidade	
CAPÍTULO 23	293
Síntese final e as perspectivas para o futuro da educação baseada na comunidade, no contexto brasileiro	

ORGANIZADORES



Valdes Roberto Bollela

Professor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Especialista em Administração Hospitalar. Fellow (2006-2008) do Foundation for Advancement for Medical Education and Research (FAIMER) Institute. Professor convidado do FAIMER Institute-Philadelphia-USA, desde 2008 e membro do Corpo Docente do Instituto FAIMER Brasil, desde 2007.



Ana Claudia Camargo Gonçalves Germani

Médica, formada na Faculdade de Medicina do ABC (2000).Cursou Residência em Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, onde também concluiu Mestrado (2005) e Doutorado (2010). Fellow pelo Instituto FAIMER (Foundation for Advancement of Medical Education and Research) Brasil (2013-2014). Atualmente é docente do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP (MS-3).Tem experiência na área de Promoção da saúde, com ênfase na reorientação dos serviços de saúde. Pesquisa a promoção da saúde articulada aos seguintes temas: atenção primária a saúde (APS), educação interdisciplinar/interprofissional(EIP) e educação apoiada em tecnologias digitais.



Henry de Holanda Campos

Professor-Titular da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará – UFC. Graduado em Medicina. Doutorado em Nefrologia pela UNIFESP/EPM, São Paulo. Professor e Diretor do Instituto Regional FAIMER BRASIL.



Eliana Amaral

Professora-Titular de Obstetrícia da Faculdade de Ciências Médicas-UNICAMP, Coordenadora do projeto Pró-Ensino, Presidente da Comissão de Corpo Docente e Membro da Comissão de Ensino de Graduação na FCM/UNICAMP; Membro Comissão de Ensino e Avaliação da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e Co-diretora do Programa de Desenvolvimento Docente Faimer-Brasil.

COLABORADORES

Adson Vale

Médico, Mestrando do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde. Professor do Curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Ailma de Sousa Barbosa

Cirurgiã-Dentista, Prefeitura Municipal de João Pessoa. Preceptora do PET-Saúde Rede Cegonha Universidade Federal da Paraíba.

Alberto Novaes Ramos

Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará – UFC. Graduado em Medicina. Doutorado em Ciências Médicas pela UFC. Professor permanente do Doutorado em Saúde Coletiva e do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da UFC. Supervisor do PROVAB/UFC.

Alessandra Vitorino Naghettini

Professora Associada do Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás Vice-coordenadora do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde. Fellow Faimer Brasil.

Alexandre Alcântara Holanda

Médico de família e comunidade. Mestre em Saúde Coletiva. Professor do Curso de Medicina da Universidade de Fortaleza. Participou da implantação do curso de Medicina da Unifor como supervisor da estratégia Ações Integradas em Saúde.

Alexandre Medeiros de Figueiredo

Graduação em Medicina e Mestrado em Epidemiologia. Especialista em Clínica Médica e Medicina de Família e Comunidade. Foi coordenador médico da Estratégia Saúde da Família do Município de Natal. Professor e coordenador da Residência de Medicina de Família e Comunidade da UFPB. Atualmente, é Diretor do DEGEGES/SGTES/MS.

Alice Yamashita Prearo

Médica. Professora Doutora do Departamento de Pediatria (FMB–Unesp). Vice coordenadora no Núcleo de Apoio Pedagógico (FMB-Unesp). Fellow FAIMER -BR 2009.

Ana Paula Andreotti Amorim

Médica de Família e Comunidade (MFC). Médica de Ensino e Pesquisa na Faculdade de Medicina da USP . Preceptora do PRO-PET Saúde da Família, Tutora da Residência de MFC da FMUSP e supervisora do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

Ademir Lopes Junior

Médico de Família e Comunidade com graduação e residência pela FMUSP. Consultor do Pró-residência pelo Ministério da Saúde. Fellow FAIMER. Médico assistente do Centro de Saúde-Escola Samuel B Pessoa da FMUSP.

Antonio Pazin Filho

Professor Associado da Divisão de Emergências Clínicas do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Antonio Pithon Cyrino

Médico. Professor Doutor do Departamento de Saúde Pública, (FMB-Unesp). Mestre e Doutor em Medicina Preventiva (FMUSP). Pós-doutorado, Antropologia Social, UnB. Editor da Interface: Comunicação, Saúde, Educação.

Ana Estela Haddad

Cirurgiã-Dentista, Livre Docente, Professora Associada do Departamento de Ortodontia e Odontopediatria, Pesquisadora do Núcleo de Telessaúde, Teleodontologia e Centro de Produção Digital da Faculdade de Odontologia da USP, atuando na graduação e na pós graduação. Foi Diretora de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (2005-2012).

Antônio Silva Lima Neto

Médico - Medicina Preventiva e Social. Mestre em Epidemiologia Ambiental e Políticas. Doutorando em Saúde Coletiva. Foi supervisor da estratégia Ações Inte-

gradas em Saúde do curso de Medicina da Universidade de Fortaleza. Gerente da Célula de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

Angélica Maria Bicudo

Professora-Associada de Pediatria e Coordenadora do NAPEM (Núcleo de Avaliação e Pesquisa em Educação Médica) da Faculdade de Ciências Médicas-UNICAMP. Coordenadora do Projeto da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) - Teste de Progresso Interinstitucional, Coordenadora do Curso de Medicina-UNICAMP de 1997 – 1999 e 2003-2010 e projetos PROMED e Pró-Saúde 2003-2010.

Berenice Pelizza Vier

Mestrado em Medicina e Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Londrina. Professora Assistente de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Maringá.

Carla Beatrice Crivellaro Gonçalves

Graduada em Farmácia e Bioquímica Industrial (UFSM), Especialista em Farmácia Hospitalar (UFPR), Mestre em Ciências Médicas e Doutora em Cardiologia (UFRGS), Fellow FAIMER Brasil. Professor adjunto da Universidade de Passo Fundo.

Carla Rosane Ouriques Couto

Médica, especialista em Pediatria e Medicina de Família e Comunidade. Pós-graduada em Saúde Pública, Saúde do Trabalhador, Gerenciamento em Saúde (GERUS) e Educação Médica (FAIMER Brasil 2008). Mestre em Psicologia Social pela UFPB.

Cássia Marisa Manoel

Enfermeira. Habilitação em Saúde Pública (EERP–USP). Mestre e Doutora em Saúde Coletiva (FMB–Unesp) e Especialista em Educação Profissional (ENSP – FIOCRUZ). Assessora Pro/PET Saúde no DEGES – MS -BR.

Cesar Vinicius Miranda Lopes

Graduado em Fisioterapia e mestre em Saúde, Ambiente e trabalho, desenvolveu atividades como profissional da atenção básica e possui

experiência como gestor municipal. Atuou como assessor nacional dos programas PRO- Saúde e PET- Saúde e atualmente atua como consultor técnico junto ao Departamento de Gestão da Educação na Saúde /SGTES/MS.

Claudia Helena Soares Morais Freitas

Professora Doutora Associado II do Departamento de Clínica e Odontologia Social e do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal da Paraíba e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Clotilde Teixeira

Mestre em Saúde Pública. Especialista em Educação na Área da Saúde. Coordenadora do Programa de Atenção Primária à Saúde (PAPS/ Departamento de Medicina da Família e Comunidade/Faculdade de Medicina/ UFRJ). Coordenadora do PET-Saúde UFRJ.

Cristiane Barelli

Graduada em Farmácia Bioquímica (USP), Mestre em Ciências Farmacêuticas (USP), Especialista em Ativação de Processos de Mudança na graduação em Saúde (ENSP/ FIOCRUZ), Fellow FAIMER Brasil. Professor Adjunto da Universidade de Passo Fundo.

Cristiane Costa Braga

Cirurgiã-Dentista, Prefeitura Municipal de João Pessoa. Mestranda em saúde da Família Universidade Federal da Paraíba. Preceptora do PET-Saúde da Família Universidade Federal da Paraíba.

Daniela Chiesa

Médica clínica e pneumologista. Doutora em Medicina: Pneumologia. Assessora Pedagógica do Curso de Medicina da Universidade de Fortaleza. Coordenadora da Comissão de Residência Médica do Hospital Geral Dr. Waldemar Alcântara. Fellow FAIMER 2012.

Edson Roberto Arpini Miguel

Mestrado em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professor Assistente de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Maringá.

Edna Regina Silva Pereira

Professora Associada do Departamento de Clínica Médica, Coordenadora do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás. Membro do Mestrado profissional em Ensino na Saúde da FMUFG. Fellow Faimer Brasil.

Eliana Goldfarb Cyrino

Médica. Professora Livre Docente do Departamento de Saúde Pública da FMB-Unesp, atua na integração ensino-serviço-comunidade. Mestre em Medicina Preventiva (FMUSP) e em Educação em Saúde (University of Illinois). Doutora em Pediatria (FMB-Unesp). Diretora de Programas da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde do Brasil.

Eliane Mesquita Motta Monteiro

Graduada em Administração de Empresas Públicas pela Faculdade Michelangelo, trabalha no Ministério da Saúde desde 2002 e atualmente no Departamento de Gestão da Educação em Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, desenvolvendo ações relacionadas à gestão da educação superior na área da saúde voltadas a integração ensino-serviço-comunidade.

Elisa Toffoli Rodrigues

Médica graduada pela UFU. Residência em Medicina de Família e Comunidade e Mestrado em Saúde na Comunidade pela USP/Ribeirão Preto. Docente do Departamento de Saúde Coletiva da FAMED/UFU. Atualmente é coordenadora da Atenção Básica do SUS Uberlândia.

Flávio Lucio Pontes Ibiapina

Médico Ginecologista e Obstetra. Especialista em Administração Hospitalar e Mestre em Tocoginecologia. Diretor do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Fortaleza.

Fábio Miranda Junqueira

Graduado em Medicina pela Faculdade de Medicina de Itajubá. Residência Médica em Infectologia pela PUC/SP e Instituto de Infectologia Emílio Ribas. Mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade de Sorocaba

(UNISO). Auxiliar de Ensino na Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Sorocaba - PUC/SP, atuando no Internato em Saúde Coletiva. Coordenador pela PUC/SP do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) do Ministério da Saúde.

Fabiola Lucy Fronza Alexandre

Mestre em Educação pela UNIVALI/SC e especializanda em Ensino na Saúde pela UERJ/RJ. Já atuou como docente e coordenadora de curso e de polos de ensino a distância em Santa Catarina. Desde 2011 integra a equipe técnica da Coordenação-Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde, do Departamento de Gestão da Educação na Saúde/SGTES/MS, desenvolvendo ações relacionadas à gestão da educação superior na área da saúde voltadas a integração ensino-serviço-comunidade.

Fernanda Maria Bezerra Filgueiras

Cirurgiã-Dentista, Prefeitura Municipal de João Pessoa. Preceptora do PET-Saúde Rede Cegonha Universidade Federal da Paraíba. Especialista em Educação na Saúde para Preceptores do SUS.

Fernando Antonio de Almeida:

Graduado em Medicina, Residência médica em Clínica Médica e Nefrologia e Doutorado em Nefrologia pela UNIFESP-SP. Pós-doutorado em fisiologia renal, Departamento de Fisiologia da Cornell University Medical College - New York. Especialista em Educação para as Profissões da Saúde pela Universidade Federal do Ceará - Instituto Regional FAIMER Brasil. Professor Titular de Nefrologia, Departamento de Medicina, docente permanente e coordenador do Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação nas Profissões da Saúde da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Sorocaba - PUC/SP.

Francis Solange Vieira Tourinho

Enfermeira, Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente (UNICAMP). Professora do Departamento de Enfermagem da UFSC. Professora do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde da UFRN. Fellow FAIMER -BR 2011.

Franklin Delano Soares Forte

Cirurgião-Dentista, Doutor em Odontologia Preventiva e Social pela FOA-UNESP. Professor Doutor Associado I dos cursos de Graduação e Pós-Graduação em Odontologia, Coordenador do Mestrado Profissional em Saúde da Família Nucleadora Universidade Federal da Paraíba.

Fransley Lima Santos

Mestre em Ciências Médicas habilitação em Saúde na Comunidade pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto (2010). Graduado em Enfermagem Bacharelado pela Universidade Federal de Sergipe (2004). Doutorando em Saúde Coletiva pela Faculdade de Medicina da UNICAMP. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem em Saúde Pública, Saúde do Adulto e Idoso e Educação em níveis médio e superior. Atualmente é Consultor no Ministério da Saúde na área de Gestão em Educação Superior.

Guilherme Rocha Pardi

Médico Geriatra, Professor Assistente do Curso de Medicina da UFTM, Mestre em Medicina Tropical e Infectologia pela UFTM, Doutor do Curso de Pós-graduação em Medicina Tropical e Infectologia.

Henrique Luis do Carmo e Sá

Médico Pediatra. Mestre em Health Professions Education (MHPE) pela Universidade de Illinois. Doutorando em Educação pela Universidade de Liverpool. Vice-Reitor de Graduação da Universidade de Fortaleza. Participou da implantação do Curso de Medicina da Unifor, como Assessor de Planejamento e Avaliação. Foi Assessor Pedagógico do Centro de Ciências da Saúde.

Hugo Funakoshy Ribeiro de Oliveira

Estudante do primeiro ano do Curso de Medicina da UFRN. Aluno do Pet saúde. Disciplinas de SACI e POTI.

Ivalda Silva Rodrigues

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI) em 2011. Mestranda em Enfermagem pela UFPI. Servidora Pública ocupando o cargo de Analista Técnica de Políticas Sociais no Ministério da Saúde.

Ivana Lucia Damásio Moutinho

Pediatra, Professora Assistente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Coordenadora do Curso de Medicina, Mestre em Ciências Biológicas pela UFJF.

Jacqueline Costa Teixeira Caramori

Médica. Profa. Livre Docente da Clínica Médica, Doutora em Nefrologia (FMB-Unesp). Coordenadora do Curso de Graduação de Medicina. Especialização em Educação para Profissionais de Saúde – FAIMER BR (UFC).

José Ivo Scherer

Graduado em Medicina (UPF), Doutor em Medicina (Universidad Autónoma de Madrid), Fellow FAIMER Brasil. Professor da Universidade de Passo Fundo, Coordenador do Curso de Medicina.

José Diniz Júnior

Professor Associado do Departamento de Cirurgia UFRN. Preceptor da Residência em Medicina de Família e Comunidade e Otorrinolaringologia. Tutor do Pet saúde . Coordenador Adjunto da Telessaúde. Chefe do e-saúde da EBSEH HUOL.

Judite Disegna de Souza Leite

Especialista em Gestão Pública e graduada pelo Centro Universitário do Distrito Federal em Pedagogia. Atuou na capacitação dos Avaliadores de Instituições e Cursos de Ensino Superior no Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais INEP. Servidora Pública do Ministério da Saúde, desde 2010, integra a equipe técnica da Coordenação-Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde, do Departamento de Gestão da Educação na Saúde/SGTES/MS, desenvolvendo ações relacionadas à gestão da educação superior na área da saúde voltadas à integração ensino-serviço-comunidade.

Juliana Ferreira Lima Costa

Graduada em Direito. Especialista em Direito Público e mestranda profissional em “Gestão de Projetos” pelo Centro Universitário Cesumar . Atualmente trabalha no Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (DEGES/

SGTES/MS), onde desenvolve ações estratégicas de gestão da educação superior na saúde voltadas a integração ensino-serviço-comunidade.

Julio Augusto de Souza Mota

Médico de Família e Comunidade, Mestre em Epidemiologia (UFRGS). Professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Passo Fundo (UPF) e Médico de Família e Comunidade, na Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo-RS.

Leila Bitar Moukachar Ramos

Médica Sanitarista, Mestrado em Clínica Médica, Doutoranda no Programa Ciências da Saúde, Docente da Universidade Federal de Uberlândia, Departamento de Saúde Coletiva. Turma FAIMER 2011.

Lucélia Paula Cabral Schmidt

Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora e Supervisora do Programa de Residência Médica em Gastroenterologia Pediátrica do Hospital Universitário/UFJF

Luciana de Almeida Silva Teixeira

Médica Infectologista, Professora Adjunta do Curso de Medicina da UFTM, Doutora em Medicina Tropical e Infectologia pela UFTM, Chefe do Setor de Gestão do Ensino do HC/UFTM-Filial EBSERH, Professora do Curso de Pós-graduação em Medicina Tropical e Infectologia da UFTM.

Luis Ferraz de Sampaio Neto

Graduado em Medicina pela Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. Mestrado em Medicina (Ginecologia) pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP e Doutorado em Medicina (Obstetrícia e Ginecologia) pela Universidade de São Paulo – USP. Professor Titular de Ginecologia, Vice-Coordenador do Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação nas Profissões da Saúde da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Sorocaba - PUC/SP.

Luisa Patricia Fogarolli de Carvalho

Médica, especialista em Clínica Médica e Infectologia. Pós-graduada em Doenças Infecciosas e Parasitárias e doutorado em ciências pela Universidade

Federal de São Paulo (Unifesp). Especialista em Educação para as profissões da saúde pela Universidade Federal do Ceará e Instituto FAIMER - Brasil.

Luiz Artur Rosa Filho

Graduado em Medicina (UCPEL), Administração (UFRGS), Residência médica em Medicina Preventiva e Social e mestre em Epidemiologia (UFPEL). Professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Passo Fundo e Secretário Municipal da Saúde de Passo Fundo -RS.

Magda Moura de Almeida Porto

Médica de Família e Comunidade. Mestre em Saúde Pública. Doutoranda em Clínica Médica, na área de concentração de Ensino em Saúde. Professora do curso de Medicina da Universidade de Fortaleza. Foi tutora do Programa PET-SAÚDE. Supervisora do Programa Mais Médicos. Fellow FAIMER 2012.

Marcos de Carvalho Borges

Professor Doutor da Divisão de Emergências Clínicas do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Maria Ângela Reis de Góes Monteiro Antonio

Professora-Doutora II de Pediatria da Faculdade Ciências Médicas –UNICAMP, Coordenadora do Ensino de Graduação do Departamento de Pediatria, Faculdade Ciências Médicas -UNICAMP desde 2004. Responsável pelo Setor de Pediatria Social do Departamento de Pediatria-Faculdade Ciências Médicas -UNICAMP desde 2010.

Maria Angelina da Silva Medeiros

Farmacêutica. Mestre e Doutora em Farmacologia. Professora dos cursos de Farmácia (estágio supervisionado) e Medicina. Coordenadora do Curso de Especialização em Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica da Unifor. Tutora do Programa PET Farmácia. Fellow FAIMER 2011.

Maria Betânia de Moraes

Cirurgiã-Dentista, Coordenadora de Saúde Bucal da Prefeitura Municipal de João Pessoa. Especialista em Educação na Saúde para Preceptores do SUS. Mestre em Saúde da Família pela UFRN.

Maria Goretti Frota Ribeiro

Professora da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará – UFC. Graduada em Medicina. Doutorado em Clínica Médica pela USP – Ribeirão Preto, São Paulo. Professora e Membro do Núcleo Docente do Instituto Regional FAIMER BRASIL. Supervisora do PROVAB/UFC.

Maria Helena Seabra Soares de Britto

Farmacêutica-Bioquímica, Professora Associada III do Curso de Farmácia da UFMA, Doutora em Parasitologia (UNICAMP), Coordenadora da Farmácia Universitária Prof. Ernani Ribeiro Garrido (FUERG-UFMA), Tutora do PET Redes (UFMA) e Fellow FAIMER (2010).

Maria Helena Senger

Graduada em Medicina, Residência Médica em Clínica Médica e em Endocrinologia pela PUC/SP. Mestrado e Doutorado em Endocrinologia pela UNIFESP-SP. Especialista em Educação para as Profissões da Saúde pela Universidade Federal do Ceará - Instituto Regional FAIMER Brasil. Professora Titular de Endocrinologia, Departamento de Medicina, docente permanente do Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação nas Profissões da Saúde da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Sorocaba - PUC/SP.

Maria José Pereira Vilar

Professora Associada do Departamento de Medicina Clínica da UFRN. Membro da comissão do Internato do Núcleo Docente Estruturante do Curso de Medicina da UFRN.

Maria Kátia Gomes

Doutora em Medicina (Dermatologia). Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da UFRJ e do Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFRJ. Linha de pesquisa: “Evidência clínica e organizacional, modelos assistenciais, educacionais e avaliação da qualidade em Atenção Primária à Saúde”. Membro do Departamento de Medicina de Família e Comunidade e Coordenadora do Internato em MFC /FM/UFRJ.

Márcia Lélis Rocha Corrêa

Enfermeira Especialista em Saúde da Família. Preceptora do Pet Saúde SMS de Natal/UFRN.

Maria Lúcia Dal Magro

Graduada em Enfermagem e Obstetrícia e Licenciatura (UPF) , Especialista em Saúde Coletiva e Enfermagem do Trabalho (UPF) e Mestranda em Gestão Pública - UTAD Universidade Trás os Montes e Alto Douro – Portugal. Professora dos cursos de Enfermagem e Medicina da Universidade de Passo Fundo.

Maria Neile Torres Araújo

Professora da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará – UFC. Graduada em Medicina. Mestrado em Educação pela UFC. Doutorado em Microbiologia e Imunologia pela UNIFESP/EPM, São Paulo. Professora e Membro do Núcleo Docente do Instituto Regional FAIMER BRASIL. Coordenadora do PROVAB/UFC.

Maria Sílvia Bruni Fruet de Freitas

Bióloga , com Mestrado em Educação (UNICAMP), Especialização em Saúde Pública (FSP/USP), especializanda em Ensino na Saúde (UERJ). Atuando desde 2009 no Departamento de Gestão da Educação em Saúde - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - Ministério da Saúde, como técnica, desenvolvendo ações relacionadas à gestão da educação superior na área da saúde voltadas a integração ensino-serviço-comunidade.

Maria Vaudelice Mota

Professora da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará – UFC. Graduada em Medicina. Doutorado em Saúde Pública pela USP, SP. Tutora do Programa Mais Médicos/UFC.

Maria Verônica Costa Freire de Carvalho

Médica Pneumologista. Mestre em Clínica Médica. Coordenadora do Curso de Medicina da Universidade de Fortaleza. Participou da implantação do Curso de Medicina da Unifor, como Vice-Coordenadora.

Marta Regina Farinelli

Assistente Social, Doutora em Serviço Social pela UNESP- Franca, Professora do Curso de Serviço Social da UFTM, Coordenadora e Tutora do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da UFTM.

Mario León Silva-Vergara

Médico Infectologista, Professor Associado do Curso Medicina da UFTM, Doutor em Clínica Médica pela FMRP/USP, Coordenador do Curso de Medicina da UFTM, Professor do Curso de Pós-graduação em Medicina Tropical e Infectologia da UFTM.

Marlene Rodrigues de Novaes

Mestrado em Antropologia pela Unicamp; Doutorado em Ciências Sociais pelo IFCH/Unicamp com concentração em Saúde Coletiva pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp. Professora Adjunta da Universidade Estadual de Maringá (UEM-PR).

Mirella Giongo Galvão

Professora Assistente da Faculdade de Odontologia da UFRJ, Coordenadora do colegiado de Gestão do Projeto PRO/PET Saúde/ Faculdade de Odontologia/UFRJ. Docente e tutora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade/HESFA/UFRJ. Tutora do Curso EAD Gestão em Saúde ENSP/FIOCRUZ/UAB

Miriam Hashimoto

Médica. Professora Doutora do Departamento de Pediatria (FMB–Unesp). Professora da Disciplina Interação Universidade, Serviço e Comunidade- IUSC.

Oscarina da Silva Ezequiel

Professora Associada da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Coordenadora do Estário em Atenção Primária, Doutora pela Fundação Oswaldo Cruz e Especialista em Educação para as profissões da saúde pela Universidade Federal do Ceará e Instituto FAIMER - Brasil.

Nilton Pereira Júnior

Médico sanitarista. Mestre em Saúde Coletiva pela Unicamp. Professor do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. Coordenador da Residência de Medicina de Família e Comunidade.

Olívia Andréa Alencar Costa Bessa

Médica Pediatra. Mestre em Patologia e Doutora em Pediatria. Assessora de Planejamento e Avaliação do curso de Medicina da Universidade de Fortaleza. Participou da implantação do curso de Medicina da Unifor, como Coordenadora (2006-2012). Fellow FAIMER 2014.

Paula de Oliveira Montandon Hokama

Médica. Professora Doutora do Departamento de Clínica Médica (FMB–Unesp). Professora da Disciplina Interação Universidade, Serviço e Comunidade-IUSC.

Paulo José Fortes Villas Boas

Médico. Professor Doutor do Departamento de Clínica Médica (FMB-Unesp). Coordenador no Núcleo de Apoio Pedagógico (FMB-Unesp).

Renata Maria Zanardo Romanholi

Pedagoga. Professora da Disciplina Interação Universidade, Serviço e Comunidade – IUSC. Mestre e Doutora em Saúde Coletiva (FMB-Unesp). Atuação integral no Núcleo de Apoio Pedagógico (FMB-Unesp).

Ricardo Alecxandro Valentim

*Coordenador de Tecnologia da Informação e Comunicação da SEDIS/UFRN
Coordenador do Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS)/HUOL/
UFRN Editor Chefe da Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde
(R-BITS) Vice-Chefe do Departamento de Engenharia Biomédica CT / UFRN*

Ricardo Henrique Vieira de Melo

Dentista, Especialista e Mestre em Saúde da Família. Preceptor do Pet saúde SMS/UFRN.

Roberto Zonato Esteves

Mestrado em Endocrinologia e Doutorado em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo. Professor Associado e Coordenador da Saúde Coletiva, Curso de Medicina, Universidade Estadual de Maringá. Diretor-Tesoureiro do INESCO – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva.

Rosângela Ziggioffi de Oliveira

Mestrado em Medicina Preventiva (USP-Ribeirão Preto) e Doutorado em Medicina Interna (UFPR-Curitiba). Professora adjunta de Saúde Coletiva e Coordenadora da Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Estadual de Maringá.

Rosiane Viana Zuza Diniz

Professora Associada do Departamento de Clínica Médica da UFRN. Assessora acadêmica do Centro de Ciências da Saúde. UFRN. Chefe da unidade de pós-graduação da EBSEH/HUOL. Pesquisadora da Telessaúde.

Rosuita Fratari Bonito

Médica Sanitarista. Mestre em Clínica Médica pela FAMED - UFU, Doutora em Planejamento Urbano pelo IG-UFU; Especialista em Educação Médica pelo Instituto FAIMER-BR e mais de 30 anos de Gestão Municipal. Professora do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Uberlândia

Sally Cristina Moutinho Monteiro

Farmacêutica-Bioquímica, Doutora em Biociências e Biotecnologia Aplicadas a Farmácia (UNESP), Professora Adjunta II do Curso de Farmácia da UFMA, Coordenadora do PET Redes (UFMA) e Fellow FAIMER (2013).

Sandra Helena Cerrato Tibiriçá

Professora Adjunta da Faculdade de Medicina na Universidade Federal de Juiz de Fora, Coordenadora do Núcleo de Apoio às Práticas Educativas, Supervisora do Estágio em Atenção Primária, Doutora em Saúde Brasileira e Especialista em Educação para as profissões da saúde pela Universidade Federal do Ceará e Instituto FAIMER-Brasil.

Sandro Scarpelini

Professor Associado e Coordenador da Divisão de Cirurgia de Urgência e Trauma do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Sharmênia de Araújo S. Nuto

Cirurgiã dentista. Mestre em Saúde Pública e Doutora em Ciências da Saúde. Professora da Área de Saúde Coletiva do Curso de Odontologia e Assessora Pedagógica do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Fortaleza. Fellow FAIMER 2014.

Sidney Marcel Domingues

Graduado em Odontologia (2003), Mestre em Saúde na Comunidade pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP, 2006) e Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP, 2012). Atualmente, trabalha no Ministério da Saúde (DEGES-SGTES-MS).

Silvia Maria Riceto Ronchim Passeri

Doutora e Mestre em Educação pela UNICAMP, Especialista em Informática e Psicopedagogia, Assessora Pedagógica do Curso de Medicina-UNICAMP, Pós-doutoranda na Harvard University-USA.

Sigisfredo Luis Brenelli

Professor-Doutor de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas-UNICAMP, Diretor-Secretário da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Coordenador do Curso de Medicina da UNICAMP, 1998-2000, Coordenador de Ações Estratégicas 2008-2010, e Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)/Ministério da Saúde, 2010-2011.

Siulmara Cristina Galera

Médica clínica e geriatra. Mestre em Cardiologia e Doutora em Cirurgia, com área de concentração em Metabolismo e Estresse. Coordenadora do Internato de Saúde do Idoso do Curso de Medicina da Universidade de Fortaleza. Gestora da Câmara Interna de Pesquisa. Fellow FAIMER 2014.

Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa

Professora Assistente do Departamento de Clínica e Odontologia Social, Universidade Federal da Paraíba. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva UFRN

Suraya Gomes Novais Shimano

Fisioterapeuta, Doutora em Ciências da Saúde - ênfase em Reabilitação pela Universidade de São Paulo, Professora do Curso de Fisioterapia da UFTM. Tutora do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da UFTM.

Valéria Goes Ferreira Pinheiro

Professora da Faculdade de Medicina - UFC. Graduada em Medicina. Doutorado em Farmacologia, UFC. Fellow do Programa FAIMER BRASIL 2008. Professora do Instituto Regional FAIMER BRASIL. Supervisora do PROVAB/UFC.

Valéria Menezes P. Machado

Médica Pediatra e Sanitarista com Mestrado em Saúde Pública, Espec./ Facilitadora (FIOCRUZ-2010 e IEP-HSL-2010-14). Prof^a.Assoc.UNICID e Coord. Ensino-Serviço. Fellow Faimer e Faculty Jr.Faimer. Gerente de Ensino e Pesquisa FMUSP.

Vardely Alves de Moraes

Professor da Disciplina de História da Medicina na Graduação da Faculdade de Medicina da UFG e de Bioética no Mestrado Profissional em Ensino na Saúde. Membro do Mestrado profissional em Ensino na Saúde da FMUFG. Fellow Faimer Brasil.

Vera Lopes dos Santos

Mestre em Saúde Pública, graduação em Ciências Sociais com habilitação em Antropologia, experiência na área da saúde com projetos desenvolvidos por movimentos sociais para comunidades vulneráveis e com a população indígena. Atualmente colaboradora na disciplina Ambiente, Saúde e Trabalho na Saúde Coletiva da UNB sobre a temática da saúde indígena.

Vera Lúcia Rabello de Castro Halfoun

Professora Titular e chefe do Departamento de Medicina de Família e Comunidade da FM/UFRJ. Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da UFRJ e do Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFRJ. Linha de pesquisa: “Evidência clínica e organizacional, modelos assistenciais, educacionais e avaliação da qualidade em Atenção Primária à Saúde”. Coordenadora do Projeto PRÓ SAÚDE da UFRJ.

Vitória Eugênia Rodrigues Rossi

Graduada em Psicologia pela Universidade de Brasília (UnB), Técnica Especializada IV do Ministério da Saúde, atualmente trabalha no Departamento de Gestão da Educação em Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, desenvolvendo ações relacionadas à gestão da educação superior na área da saúde.

Viviane Euzébia Pereira Santos

Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela UFSC. Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFRN.

Yacy Mendonça de Almeida

Professora da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará – UFC. Graduada em Medicina. Doutorado em Ciências, área Parasitologia pela USP, São Paulo. Coordenadora do Curso de Medicina – UFC, 2000 a 2004 e 2007 a 2014. Supervisora do PROVAB/UFC.

No início de 2014, a partir da publicação e divulgação do livro “*Community-based Education in health professions: global perspective*”¹ um grupo de *Fellows* do FAIMER Institute² (*Foundation for Advancement on Medical Education and Research*), da Filadélfia, fez repercutir este fato em uma lista de discussão *online* onde foram apresentados vários relatos de diferentes partes do mundo, sobre o tema. Foram compartilhando os desafios e conquistas destas pessoas na revisão de currículos dos cursos de graduação da área da saúde que implementaram ou ampliaram experiências de Educação Baseada na Comunidade (EBC).

Tal produção, no mesmo período, desencadeou discussão na lista do Instituto Regional FAIMER Brasil³, que congrega mais de 200 professores de algumas dezenas de cursos da área da saúde das cinco regiões do país. Foi interessante observar a diversidade e riqueza do contexto brasileiro neste campo.

Pode-se afirmar que, nas últimas duas décadas, o país viveu (e ainda vive), um período de forte estímulo à revisão de currículos, a partir da discussão e publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos a área da saúde em 2001, além das políticas indutoras da diversificação dos cenários de prática e estímulo à ampliação das atividades educacionais baseadas na atenção básica, especialmente na estratégia de saúde da família.

Ao perceber a riqueza das experiências brasileiras que foram discutidas na lista *online* brasileira e a escassez de relatos formais, especialmente no que diz respeito aos desafios e fatores facilitadores para a sua implementação, o desafio foi lançado e prontamente aceito. Em maio de 2014, iniciamos oficialmente a organização deste livro, seguindo o mesmo formato daquele publicado em janeiro por colegas do FAIMER Filadélfia.

Primeiramente, os participantes do Programa de Desenvolvimento Docente para Profissionais da Saúde FAIMER Brasil foram convidados a compartilhar suas experiências, sobretudo as lições aprendidas, relatadas nos capítulos deste livro. A resposta do grupo mostrou um produto de alta qualidade técnica,

1 Talaat W & Ladahni Z. *Community-based Education in health professions: global perspective*. WHO. 2014. Acessível em: [http://mesau.mak.ac.ug/sites/default/files/Community %20Based%20Education%20in%20Health%20Professions%20Global%20Perspectives%20Electronic%20Copy_0.pdf](http://mesau.mak.ac.ug/sites/default/files/Community%20Based%20Education%20in%20Health%20Professions%20Global%20Perspectives%20Electronic%20Copy_0.pdf)

2 FAIMER Institute: FAIMER Institute: <http://www.faimer.org/education/institute/index.html>

3 Instituto Regional FAIMER Brasil: <http://brasil.faimerfri.org/>

repleto de experiências vividas por vários protagonistas que têm contribuído com a qualificação da educação para os profissionais da saúde no Brasil.

Acreditamos que o conteúdo deste livro será de grande interesse para docentes, gestores acadêmicos, profissionais e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), além dos representantes de Conselhos Locais e Municipais de Saúde, dada a importância e envolvimento de cada um destes grupos nas discussões e pactuações sobre as atividades de EBC. Em suma, espera-se que a discussão em torno da EBC (e seu fortalecimento) impacte positivamente as comunidades atendidas, grande finalidade do trabalho em saúde.

Temos certeza de que a leitura das experiências, generosamente compartilhadas pelos nossos colegas, contribuirá para a reflexão e inspiração das pessoas interessadas neste tema. Este livro foi organizado em dois grandes grupos de capítulos: o primeiro aborda as principais políticas nacionais, responsáveis por induzir a reorientação curricular na direção da educação baseada na comunidade. Em seguida, são apresentados 17 relatos de experiências de importantes escolas e seus cursos da área da saúde, que têm o desafio de formar um profissional qualificado, especialmente tendo ele um forte compromisso com as necessidades da comunidade onde atua.

Temos certeza de que a leitura das experiências, generosamente compartilhadas pelos nossos colegas, contribuirá para a reflexão e inspiração das pessoas interessadas neste tema. Este livro foi organizado em dois grandes grupos de capítulos: o primeiro aborda as principais políticas nacionais, responsáveis por induzir a reorientação curricular na direção da educação baseada na comunidade.

Esta é uma demanda global, e o Brasil mostrou-se sensível, pioneiro e inovador nas ações de aproximação entre a Universidade e o Sistema de Saúde, para além do cenário hospitalar. Este desafio renova-se com a publicação das novas DCNs, em 2014⁴, para os cursos de graduação de medicina. O novo texto reforça o conceito da diversidade de cenários de prática; valoriza a EBC com ênfase nas atividades que envolvem a atenção primária à saúde e destaca o ensino/aprendizagem de urgência e emergência, de saúde mental no contexto do internato médico.

Desejamos uma boa e proveitosa leitura desta edição inicial, com número limitado de exemplares em português, a ser lançada em novembro de 2014. Dentre os planos para o futuro está sua tradução e divulgação do livro em língua inglesa, com intuito de compartilhar o conteúdo aqui reunido, com a comunidade internacional.

Os editores

4 Brasil. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União Nº 117, segunda-feira, 23 de junho de 2014. <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=23/06/2014&jornal=1&pagina=8&totalArquivos=64>

P A R T E

1

EDUCAÇÃO BASEADA NA COMUNIDADE:
A EXPERIÊNCIA BRASILEIRA NO CONTEXTO
DAS POLÍTICAS INDUTORAS DE FORMAÇÃO
PARA AS PROFISSÕES DA SAÚDE

Coordenadores

Eliana Amaral

Ana Claudia Camargo G Germani

Henry de Holanda Campos

Valdes R. Bollela

CAPÍTULO

1

Educação Baseada Na Comunidade Para As Profissões Da Saúde: A Experiência Brasileira

Valdes R. Bollela
Ana Claudia Camargo G Germani
Eliana Amaral.

Contexto, propósito e desenho do livro

O conceito de educação baseada na comunidade (EBC) no contexto da formação de profissionais da saúde é da segunda metade do século XX, mais precisamente da década de 1970. Desde sua proposição, este tem sido um tema que ganhou importância nestes últimos anos, já que é um referencial para o desenho de currículos de todos os cursos da área da saúde, constando como recomendação de diretrizes e recomendações para o desenho de currículos em praticamente todo o mundo. No Brasil, faz parte de todas as diretrizes curriculares dos cursos da graduação da área da saúde formalmente, desde o ano de 2001, tendo sido reafirmado, mais recentemente, na publicação das novas diretrizes dos cursos de graduação em medicina, publicadas em 2014. Apesar de não se tratar de um conceito novo, existem poucas experiências documentadas sobre os desafios de implementação de disciplinas, módulos ou estágios que tenham a educação baseada na comunidade como um eixo central do seu currículo. Este livro inova ao trazer relatos de experiências e formas únicas e criativas que foram encontradas para aproximar profissional da saúde em formação daqueles cenários, onde certamente atuarão após o término da graduação.

Nas origens do conceito moderno de EBC encontramos as atividades educacionais denominadas de integração docente-assistencial que emergiram no Brasil e no mundo neste mesmo período. Tinham como objetivo diversificar as experiências de formação no curso médico, especialmente fora do ambiente hospitalar, que predominou por muitas décadas e que ainda predomina em muitos cursos da área da saúde, em especial, o da Medicina. No Brasil, a principal expressão das atividades de integração docente-assistencial (IDA) foi a criação dos centros de saúde escola das faculdades de medicina e a criação e disseminação do estágio rural durante o internato médico. Este modelo predominou e influenciou o currículo de várias escolas médicas a partir da segunda metade do século XX. Via de regra, estas disciplinas/estágios estavam vinculadas aos departamentos de saúde pública ou de medicina social das escolas médicas, e estavam concentradas nos anos clínicos, especialmente durante o internato. Apesar de altamente relevantes, estas atividades costumavam acontecer em momentos específicos e

não eram distribuídas uniformemente ao longo dos seis anos da formação médica, já que o desenho predominante para os currículos desta época preconizava dois a três anos de ciências básicas, de introdução à prática clínica e um ano de treinamento em serviço ou o internato médico. Em geral, os centros de saúde escola eram unidades vinculadas sob a gestão da própria Faculdade de Medicina e/ou da Universidade, o que restringia as possibilidades de parceria entre os gestores do Sistema de Saúde local e os gestores da Academia. Para os estágios rurais, normalmente havia um convênio entre a Faculdade de Medicina e um pequeno município do interior, onde um grupo de estudantes do último ano fazia estágios na forma de rodízios. O município oferecia infraestrutura da unidade de saúde, condições de moradia e alimentação para os internos que mudavam-se para o município por períodos de tempo que variavam entre duas a oito semanas. A contrapartida da universidade era a manutenção do atendimento na unidade de saúde, garantida pelos estudantes supervisionados por preceptores da escola médica, que nem sempre o faziam de forma presencial, como acontece hoje.

No final do século XX, um movimento internacional, que teve repercussões no Brasil culminou com a publicação das novas diretrizes curriculares para os cursos de graduação da área da saúde, com recomendações explícitas para a diversificação dos cenários do ensino-aprendizagem, a inserção precoce do estudante da saúde na comunidade, para que pudesse aprender em que trabalharia no futuro.

Este foi o movimento mais recente e intenso de valorização da EBC, que continua ganhando força a partir de novos conceitos e valores, tais como, o da responsabilidade social (*social accountability*) da escola médica e da necessidade de aprender e trabalhar com profissionais de outras áreas da saúde (interprofissionalidade).

Em janeiro de 2014 foi publicado por Talaat & Ladhani, o livro “*Community-based Education in Health Professions: global perspective*”, editado pelo escritório regional Mediterrâneo Ocidental (EMRO) da Organização Mundial da Saúde (OMS), em que seis instituições de diferentes partes do mundo foram convidadas para compartilhar suas histórias no que diz respeito à implantação de currículos que privilegiassem a EBC, com especial interesse nas lições aprendidas durante o enfrentamento deste desafio. A partir dessa publicação, um grupo de professores, que compartilharam a experiência enquanto docentes ou alunos do Instituto Regional FAIMER Brasil, lançou e aceitou o desafio de descrever a vasta experiência de diversos cursos do

1 Talaat W & Ladhani Z. Community-based Education in health professions: global perspective. WHO. 2014. Acessível em: http://mesau.mak.ac.ug/sites/default/files/Community%20Based%20Education%20in%20Health%20Professions%20Global%20Perspectives%20Electronic%20Copy_0.pdf

país, os quais há vários anos vem trabalhando na construção e renovação de seus currículos, tendo como um dos eixos referenciais a EBC.

Assim, decidiu-se relatar as experiências brasileiras nesta área tanto antes quanto após a publicação das Diretrizes de 2001, quando houve uma expansão significativa das práticas educacionais na comunidade em todos os cursos da área da saúde. Este fato estreitou ainda mais a relação da Academia com o Sistema Único de Saúde e seus gestores.

O livro contém dois grandes blocos: a perspectiva daqueles que participaram da elaboração das políticas e da gestão do processo indução e fomento da EBC e o segundo, as experiências de implantação dos currículos e práticas que incorporaram e amplificaram os princípios e bases da EBC. Algumas questões foram usadas como guia para os autores elaborarem seus relatos de experiência, como descrito a seguir:

1. Como é aplicado o conceito de educação baseada na comunidade (EBC) em sua instituição?
2. Como e quando a EBC começou na sua instituição? quais foram as motivações primárias?
3. Como está a EBC no currículo da sua escola, atualmente?
 - Quando os estudantes do seu curso começam as atividades na comunidade?
 - Qual a frequência que eles fazem isso? E por quanto tempo?
4. Como a sua escola se envolveu com a comunidade local para tê-la como cenário de práticas dos seus estudantes? houve algum fato que serviu de estímulo para essa iniciativa?
5. Como foi o contato da escola com a comunidade/serviços de saúde? Quem foi o contato, e que acordos foram feitos? Conselho Municipal de Saúde? Câmara dos Vereadores? Secretaria da Saúde? Prefeitos? Líderes comunitários? Como você descreveria este processo em termos de facilidade ou dificuldade para se concretizar?
6. Na experiência de EBC da sua escola, a educação interprofissional é abordada? existe colaboração entre as diferentes profissões nos campos de estágio? se sim, quais as diferentes profissões atualmente estão envolvidas?
7. Existe colaboração intersetorial no contexto das práticas da EBC? (Secretaria da Assistência Social do município, ou Secretaria da educação), além dos serviços de saúde?
8. Quais têm sido os desafios/dificuldades encontrados para o planejamento, implementação e avaliação dos programas de EBC de sua escola?
 - Como a gestão da escola tem lidado com estes desafios?
 - O que vocês aprenderam que vale a pena ser compartilhado?

9. Em que medida, e em que nível o conceito de social accountability faz parte do programa de EBC da sua escola?
10. De que maneira o “empoderamento” da comunidade e dos serviços seria um pré-requisito para o desenvolvimento de parcerias entre a Universidade e os Serviços de Saúde/Comunidades locais onde atuam os cursos da área da saúde?

Este livro pretende ser uma referência para as pessoas que desejam adotar ou ampliar o componente curricular que valoriza a educação baseada na comunidade. Para isso reuniu-se aqui a *expertise* existente em algumas das melhores escolas do Brasil. Serão compartilhadas as experiências exitosas, mas também e principalmente pretende-se mostrar aquilo que não funcionou como planejado, destacando os desafios e meios para superação das adversidades, de forma criativa e eficaz. O livro apresenta as estratégias encontradas para envolver estudantes e professores dos cursos da saúde, as comunidades locais e os profissionais e gestores da saúde que também têm interesse e compromisso na formação de recursos humanos para a saúde no Brasil.

Todas as experiências relatadas neste livro tiveram, de algum modo, a influência de movimentos indutores, tanto internacionais (*i.e.*: Conferência de Alma-Ata, conceitos de *Social Accountability*; entre outros) como nacionais, tais como, a CINAEM, Diretrizes Curriculares de 2001, ProMed, Pro-Saúde, e mais recentemente, o PET-Saúde), entre tantos outros.

CAPÍTULO

2

Educação Baseada na Comunidade e as Políticas Indutoras Junto aos Cursos de Graduação na Saúde

Ana Estela Haddad

Introdução

A natureza pública, universal e descentralizada do Sistema Único de Saúde exige políticas específicas que garantam o acesso à melhoria da qualidade das ações de saúde. Nessa direção, equacionar as questões de recursos humanos é fundamental. Os desafios a serem superados devem abranger a adoção de ações, políticas e programas capazes de:

1. Alinhar as pessoas às mudanças e processos dinâmicos nos sistemas de saúde;
2. Garantir a distribuição equitativa e adequada de recursos humanos;
3. Instituir mecanismos que regulem a migração de profissionais de saúde;
4. Promover a interação entre as instituições de ensino e de serviços de saúde de modo que os trabalhadores em formação incorporem os valores, as atitudes e as competências do modelo de atenção universal fundamentado na qualidade e equidade.

Um marco do movimento da valorização dos trabalhadores da saúde no Brasil foi a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – (SGTES), em 2003, por meio do Decreto 4.726 de 09 de junho de 2003 na estrutura regimental do Ministério da Saúde, como uma das cinco Secretarias finalísticas incumbidas da formulação e implementação da política nacional de saúde. A SGTES tem como missão desenvolver políticas e programas que busquem assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, impondo à função da formação e da gestão do trabalho, a responsabilidade pela qualificação dos trabalhadores e pela organização do trabalho em saúde, constituindo novos perfis profissionais com condições de responder à realidade da saúde da população e às necessidades do SUS.¹

O Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/SGTES) é responsável pela definição e desenvolvimento de políticas de educação na saúde em consonância com os princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde e com as diretrizes e os referenciais da política nacional de educação como estabelece o Ministério da Educação. Sua missão

é propor e liderar processos que visem à ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde, identificando periodicamente as demandas quantitativas e qualitativas de profissionais e os perfis de competências requeridos para garantir a composição tecnológica das equipes de saúde e sua pertinência no atendimento às necessidades, demandas e prioridades de saúde locais e regionais.

Nos últimos anos, as políticas de educação na saúde foram formuladas considerando o Pacto pela Saúde (2006) que, em síntese, se constitui no conjunto de reformas institucionais envolvendo as três esferas de gestão do SUS (União, Estados e Município), objetivando promover inovações nos processos de atenção e nos instrumentos de gestão, priorizando os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e o de Gestão, focando a Atenção Primária em Saúde, Assistência de Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS.

As bases para essa política seguem os princípios da política educacional e as tendências contemporâneas de educação que tratam os processos educativos como movimento científico, técnico, ético e crítico-operacional de construção, de interação e de produção social onde aprendizagem resulta do conhecimento multidimensional e interdisciplinar e da articulação com a prestação de serviços.

A partir desses aportes jurídicos, políticos e filosóficos o DEGES/SGTES/MS criou bases e estratégias institucionais buscando reorientar os processos e sistemas de formação em saúde em todos os níveis educacionais (básico, médio e superior) e os processos de educação permanente.²

Os pressupostos dessa reorientação fundamentam-se na integração entre o ensino e o serviço, no trabalho em equipe multiprofissional, articulado intra e inter-institucionalmente, baseado no conhecimento interdisciplinar e de abrangência sociocultural. Desta forma, tem-se como propósito desenvolver projetos e programas que articulem as bases epistemológicas da saúde e da educação, induzir planos curriculares orientados para as prioridades expressas nos perfis epidemiológicos, demográficos e nos determinantes sociais de cada região do país, e induzir a preparação de ambientes de aprendizagem em cenários de intersetorialidade. Essa construção, política e técnica da educação na saúde acontece a partir da articulação interministerial entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação e do estabelecimento e cumprimento de agendas comuns entre: gestores da saúde e da educação, representantes de instituições de saúde e de educação (Escolas Técnicas do SUS, Instituições de Ensino Superior e de Pesquisa); organizações profissionais da saúde e representantes dos movimentos organizados da sociedade.³

O eixo paradigmático que alinha e organiza a política de educação na saúde é a integração do ensino com a rede SUS instituído como ato pedagógico-

gico que, de um lado, aproxima profissionais da rede de serviços de saúde das práticas pedagógicas e, de outro, os professores dos processos de atenção em saúde, possibilitando a inovação e a transformação dos processos em ambos os lados, do ensino e da prestação de serviços de saúde.⁴

Dois eixos estruturantes sustentam as mudanças propostas. Por um lado, no âmbito da integração ensino-serviço, estabeleceu-se a educação permanente em saúde como marco referencial teórico. Por outro, para que se pudesse propor e implementar mudanças da formação com sustentabilidade, identificou-se como um passo fundamental buscar a criação de um espaço institucional intersetorial, entre saúde e educação, que foi concretizado pela criação da Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Educação Permanente em Saúde

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) constituiu-se em um dos eixos estruturantes do aperfeiçoamento organizacional dos serviços de saúde. A educação permanente é aprendizagem a partir do processo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho em saúde.⁵

O conceito de educação permanente surge da compreensão de que a capacitação, uma das estratégias mais utilizadas para o aperfeiçoamento dos profissionais nos serviços de saúde, consiste muitas vezes na transmissão de conhecimentos dentro da lógica do “modelo escolar”, e tem o intuito de apresentar novos enfoques, novas informações ou tecnologias.

A educação permanente surge como formulação teórica no início da década de 70, a partir do reconhecimento do adulto (e não mais apenas da criança) como sujeito de educação e a consequente aceitação dos espaços de aprendizagem para além da escola, ao longo de toda a vida, no contexto comunitário e do trabalho. Considera que a capacitação se dá, em geral, na sala de aula, isolada do contexto real do trabalho, na expectativa de que as informações e conhecimentos serão incorporadas no processo de trabalho. No entanto, este tipo de capacitação alcança mais propriamente aprendizagens individuais, e não a aprendizagem organizacional. Esta última é fundamental quando se buscam mudanças nos modelos de atenção e participação, o que implica em mudanças nos processos de trabalho, ou as regras do jogo das instituições.⁶

A PNEPS (Política Nacional de Educação Permanente em Saúde) é uma das estratégias do SUS para o desenvolvimento dos seus trabalhadores e o aperfeiçoamento organizacional no âmbito dos serviços e da gestão. Em

agosto de 2007, foi publicada a Portaria GM/MS nº 1.996, dispondo sobre novas diretrizes e estratégias para o seu desenvolvimento.⁷ Tem como objetivo contribuir para a necessária reorientação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e da organização dos serviços. Baseia-se no trabalho articulado entre o sistema de saúde em suas esferas de gestão, e as instituições formadoras, na identificação dos problemas cotidianos no processo de trabalho na saúde e na construção coletiva e compartilhada de soluções.

Destacamos como principais avanços na implementação da PNEPS, em relação às estratégias anteriores:

1. Ênfase na descentralização (nos processos de aprovação, na execução e financiamento dessa política);
2. Desenho de uma gestão participativa para as decisões e ações da educação na saúde;
3. Fortalecimento do papel da instância estadual na gestão, coordenação e acompanhamento da política;
4. Foco nas especificidades e necessidades locais e regionais;
5. Fortalecimento dos compromissos presentes no Pacto pela Saúde 2006;
6. Agregação do planejamento e do plano de Educação Permanente em Saúde aos instrumentos já existentes de planejamento do SUS (planos de saúde, relatório de gestão, etc), assegurando a participação do controle social na construção das diretrizes para a política, nas diferentes esferas de gestão do SUS, até o controle da sua execução.

A educação permanente vem consolidando-se e incorporando-se à agenda da gestão da saúde como eixo integrador entre educação e trabalho, tendo como apoio a função exercida pelas Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), previstas na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/1990), regulamentadas pela Portaria MS nº 1996/2007 e instituídas na lógica da regionalização.

Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

A Constituição Federal de 1988 atribui ao Ministério da Educação, entre outras ações, definir as políticas de formação na educação superior, regular as condições de sua oferta e avaliar e supervisionar a sua implementação.⁸

A sólida aproximação entre os Ministérios da Educação e da Saúde resultou em ações setoriais que integram a política de educação e a política de saúde, com o objetivo de promover a formação de profissio-

nais de saúde mais bem preparados para prestar uma atenção à saúde mais resolutiva e de melhor qualidade. São claras as competências de cada Ministério, e ao longo deste processo de aproximação, firmou-se o entendimento de que é fundamental que toda ação setorial seja pautada pelo respeito a essa delimitação.

O Decreto Presidencial de 20 de junho de 2007 marcou decisivamente o novo arranjo político-institucional de coordenação intersetorial, que permitiu os avanços e a consolidação das ações em níveis mais profundos e ampliados, a partir da esfera federal, mas repercutindo na gestão da saúde nos âmbitos estadual, regional e municipal, bem como no comprometimento institucional das universidades.⁹

O marco legal, instituído por Decreto Presidencial, em 2007, criou a Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde, formada por representação dos Ministérios da Educação e da Saúde, além das demais instâncias de gestão do SUS, nos níveis estadual e municipal. Normatizando o artigo 200 da Constituição Federal segundo o qual cabe ao SUS ordenar a formação dos recursos humanos em saúde, esta Comissão tem como competência assessorar os Ministros da Educação e da Saúde na formulação da política nacional de formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde, desde o nível técnico até a pós-graduação.

A Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde constituiu-se no espaço institucional para promover mudanças que se fazem necessárias no âmbito da educação médica, e das demais profissões, envolvendo também medidas regulatórias relacionadas ao provimento e fixação de profissionais de saúde em regiões remotas e desassistidas.

Entre elas, vale citar a expansão da oferta de residência médica planejada com base na identificação das regiões e estados ainda desprovidos, das especialidades ainda não ofertadas, e da necessidade de expansão do número de vagas em especialidades estratégicas, vinculadas a políticas de saúde prioritárias. Considerando o grande desafio de promover a melhor distribuição de profissionais de saúde, principalmente em regiões remotas e desassistidas, esta medida, já adotada, deverá produzir um forte impacto, já que vários estudos evidenciaram relação bem mais forte entre a fixação e o local onde o médico cursou a residência do que entre a fixação e o local onde ele cursou a graduação.¹⁰

Entre as medidas regulatórias, construídas também no âmbito da Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, incluiu-se o estabelecimento de regras especiais para a quitação do financiamento estudantil (FIES) para a graduação em Medicina. Foi sancionada pelo Presidente da República em janeiro de 2010 a Lei nº 12.202¹¹ que estabeleceu novas modalidades de amortização da dívida

do FIES, exclusivamente no caso dos cursos de Medicina e das Licenciaturas, mediante prestação de serviços ao Poder Público. De acordo com a referida Lei, os médicos integrantes de Equipes de Saúde da Família oficialmente cadastradas, e com atuação em áreas e regiões com carência e dificuldade de retenção de médicos, definidos como prioritários pelo Ministério da Saúde, farão jus ao abatimento mensal de 1% (um por cento) do valor devido ao FIES. Isso significa que o médico que contraiu o FIES e se forma com uma dívida aproximada de R\$ 300.000,00 (trezentos mil reais), se trabalhar ao longo de 100 meses no SUS, vinculado à atenção básica, terá quitado integralmente sua dívida estudantil. Adicionalmente, a lei estabelece que o período de carência para pagamento do financiamento, nesses casos, compreenderá o período de duração do curso de residência médica, desde que o estudante graduado em medicina esteja regularmente matriculado em programa credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica em especialidades e regiões do país estratégicas para o SUS.

Outra iniciativa relevante desenvolvida com relação à formação dos profissionais de saúde foi o projeto experimental de revalidação de diplomas médicos. Os trabalhos desenvolvidos resultaram na implementação conjunta, pelos Ministérios da Educação e da Saúde, do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos (denominado REVALIDA), que passou a ser aplicado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP).

Uma das importantes contribuições desta iniciativa, com repercussões internas para a formação, foi o desenvolvimento da Matriz de Correspondência Curricular. Ela foi elaborada a partir da necessidade de se estabelecer parâmetros claros e equânimes, tomando por base o perfil do médico recém-formado no Brasil, para promover uma avaliação efetiva dos candidatos à revalidação de diplomas. O esforço colaborativo de docentes dos cursos de medicina das universidades públicas de todo o país, promoveu o aprofundamento da reflexão sobre este perfil, a partir das habilidades e competências a serem desenvolvidas, e resultou no detalhamento das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) vigentes¹²

Como resultado, e considerando o representativo número de docentes envolvidos de universidades de todo o país, o processo de construção da matriz, aliado ao planejamento da avaliação, foram fatores desencadeadores de revisão de outros enfoques relacionados à formação médica no Brasil, especialmente na concepção de avaliação adotada. Sendo a avaliação um grande indutor de mudanças, é fundamental que seja construída com sólido fundamento nos objetivos educacionais estabelecidos, e que possa ser constantemente aferida quanto ao seu desempenho.

Estudos que subsidiaram a formulação e implantação das iniciativas de reorientação da formação profissional em saúde

Dois estudos realizados durante o período inicial que precedeu a implementação da política de reorientação da graduação em saúde foram balizadores para a sua formulação e implementação: o estudo sobre a trajetória dos cursos de graduação na saúde e o estudo sobre a Aderência dos cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN).

No primeiro estudo, realizado entre 2005 e 2006, os dados do Censo Anual da Educação Superior referentes à formação dos profissionais na área da saúde foram destacados e analisados conjuntamente pelos Ministérios da Saúde e da Educação, resultando na publicação *“A Trajetória dos Cursos de Graduação na Área da Saúde”*¹³. Entre as conclusões apresentadas neste estudo, verifica-se:

1. Que a demanda por profissionais para a Saúde pode ser entendida em diferentes dimensões, desde seus aspectos quantitativos e qualitativos até na distribuição regional dos profissionais na busca da diminuição das desigualdades de acesso aos serviços e ações de saúde;
2. A necessidade de diminuir os desequilíbrios regionais, tanto para incentivar a abertura de vagas, quanto para criar postos de trabalho, observando-se a capacidade instalada e desejada.
3. A transição demográfica e epidemiológica vem alterando as necessidades e demandas populacionais por atenção à saúde, indicando a importância da articulação entre a formação profissional e a organização do sistema de saúde;
4. A necessidade de buscar a aproximação entre serviços de saúde e instâncias formadoras de profissionais de nível superior; a ampliação e consolidação da implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação, possibilitando mudanças na concepção e perfil dos profissionais, egressos das Instituições de Educação Superior, direcionados para a atenção integral às pessoas, famílias, grupos sociais e comunidades.

Analisando os dados do Censo da Educação Superior do Instituto de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) de 2004, foi possível estabelecer, por exemplo, a comparação da área da saúde como um todo com os cursos de Direito e Administração que na época respondiam por 40% do total de matrículas na Educação Superior. Os cursos de Direito e Administração juntos contavam com 1.154.605 matrículas e 150.897 concluintes,

enquanto que a área da saúde completa com os 14 cursos de graduação apresentava um total de 843.406 matrículas e 126.210 concluintes.

Áreas	Matrículas 1991	Matrículas 2004	Crescimento (%)
Odontologia	30.702	46.039	50,0
Medicina	46.881	64.965	38,6
Enfermagem	22.237	120.851	443,5
Fisioterapia	11.379	95.749	741,5
Farmácia	16.923	61.277	262,1
Total Saúde	1.661.034	4.163.733	150,7

Quadro 1: Crescimento do nº e porcentagem das matrículas nos cursos de graduação da área da saúde de 1991 a 2004 – Odontologia (Censo da Educação Superior, INEP)

Regiões	População	Concluintes	Concluinte por Habitante
Norte	14.064.366	288	1/48.834
Nordeste	49.867.889	1.301	1/38.330
Centroeste	12.532.388	538	1/23.294
Sudeste	76.333.794	5.252	1/14.534
Sul	26.315.103	1.677	1/15.691
Brasil	179.113.540	9.056	1/19.778

Quadro 2: Proporção de concluintes de Odontologia por habitante em cada região e no Brasil – 2004

Os quadros 1 e 2 mostram alguns exemplos, de uma série ampla de comparações feitas entre os cursos de graduação das 14 profissões que compõem a área da saúde¹. No quadro 1, comparando o crescimento no

¹ (nota de rodapé a Resolução nº 287/1998 do Conselho Nacional de Saúde estabelece como profissões da saúde as referentes aos seguintes cursos de graduação: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional).

número de matrículas entre alguns dos cursos com a Odontologia, podemos observar que enquanto a Odontologia teve um crescimento no número de cursos entre os anos de 1991 e 2004 de 50%, a Medicina no mesmo período cresceu 38,6%, no extremo oposto, a Enfermagem cresceu 443,5% e a Fisioterapia 741,5%.

O quadro 2 apresenta-se o número de habitantes por concluinte do curso de graduação em Odontologia, nas diferentes regiões do país. Observa-se que no Sudeste, tínhamos em 2004 um concluinte para cada 14.534 habitantes, enquanto que na região Norte, a média era de um concluinte para cada 48.834 habitantes.

Mais recentemente, com base nessas informações e na análise dos dados subsequentes, que são divulgados anualmente pelo INEP, mais um artigo com novas análises foi publicado¹⁴. Ambas as publicações tiveram como objetivo contribuir com o planejamento e implantação das políticas de formação dos profissionais de saúde. Esta segunda publicação trabalhou com dados de 1991 até 2008. Entre os principais resultados destacamos o aumento do nº de egressos em todos os cursos. Com exceção do curso de Medicina, aproximadamente três quartos das matrículas estiveram no setor privado e a maioria dos ingressantes foi mulheres. A região Sudeste concentrou 57% dos concluintes, mostrando o desequilíbrio regional das oportunidades de formação na área da saúde, e indicando a necessidade de políticas de incentivo à redução dessas desigualdades. Vale destacar que o referido artigo publicado na Revista de Saúde Pública foi citado na Revista The Lancet, no número especial sobre o Brasil e o SUS. A citação é feita para referir-se à questão do planejamento de recursos humanos em saúde, pelo artigo de conclusão que trata das condições de saúde e das inovações da política de saúde no Brasil, apontando para as perspectivas futuras.¹⁵

O Censo da Educação Superior era divulgado pelo Ministério da Educação anualmente há muitos anos, e em 2005, em mais uma ação interministerial, os Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS) fizeram uma análise crítica dos dados, gerando informação relevante. Conhecer a distribuição dos cursos pelas diferentes regiões do país, o crescimento diferenciado e aleatório de vagas, com base apenas na regulação pelo próprio mercado (que foi a tônica na década de 90), a taxa de procura e de ociosidade de vagas para diferentes cursos, forneceu elementos para a política de regulação da educação superior pelo MEC, subsidiando a decisão de que a autorização de cursos de graduação passasse a atender à necessidade social. O estudo feito na área da saúde foi pioneiro e posteriormente adotado para as demais áreas do conhecimento como as ciências exatas, humanas e sociais, orientando a política educacional na mesma direção.

Outro estudo que foi realizado pelo DEGES/SGTES/MS, em parceria com o Ministério da Educação por meio do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), teve por objetivo analisar o grau de aderência dos cursos de graduação de Enfermagem, Medicina e Odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais¹⁶. A iniciativa foi considerada oportuna no momento em que estava se iniciando a implantação do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) nestes cursos. Poderia servir como uma linha de base sobre o estágio em que se encontravam o conjunto destes curso sem relação às DCN para que se pudesse avaliar com maior precisão o impacto destes projetos nas instituições. Um grupo pesquisadores analisou os projetos pedagógicos e os relatórios de avaliação (Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES/INEP/MEC) dos cursos de graduação, implantados depois do advento das DCN (2001 para a Medicina e Enfermagem, e 2002 para a Odontologia). Com base na análise comparada entre os projetos político-pedagógicos e os relatórios de avaliação dos cursos, concluiu-se que as DCN, embora retratadas nos projetos pedagógicos, de maneira geral, não estavam ainda incorporadas ou refletidas na implementação dos cursos na maioria dos casos.¹⁷ Estes achados reforçaram e serviram como evidência para justificar a decisão política tomada com relação a priorizar a implementação do Pró-Saúde.

Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde, implantado e em execução desde 2005 pelo Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, Instituições de Ensino Superior, e secretarias estaduais e municipais de saúde, engloba um conjunto de iniciativas voltadas ao processo de mudança nos cursos de graduação na área da saúde (www.prosaude.org). As ações desenvolvem-se em torno de três eixos principais: o da orientação teórica, da orientação pedagógica e dos cenários de prática. Participam, atualmente, 364 cursos de graduação, incluindo 57 cursos de Medicina, 70 cursos de Enfermagem e 48 cursos de Odontologia (Gráfico 2.1), abrangendo um universo de aproximadamente 97 mil estudantes de graduação. Entre os resultados já alcançados pelo programa, verifica-se o aprofundamento da integração ensino-serviço, o aperfeiçoamento da capacidade dos estudantes de se comunicarem com seus pacientes e compreenderem a complexidade do contexto social onde o processo saúde-doença se processa, o aprendizado do processo de trabalho em equipe multiprofissional e a conquista progressiva da autonomia dos estu-

dantes frente a situações clínicas de complexidade crescente, inseridas no serviço público de saúde.

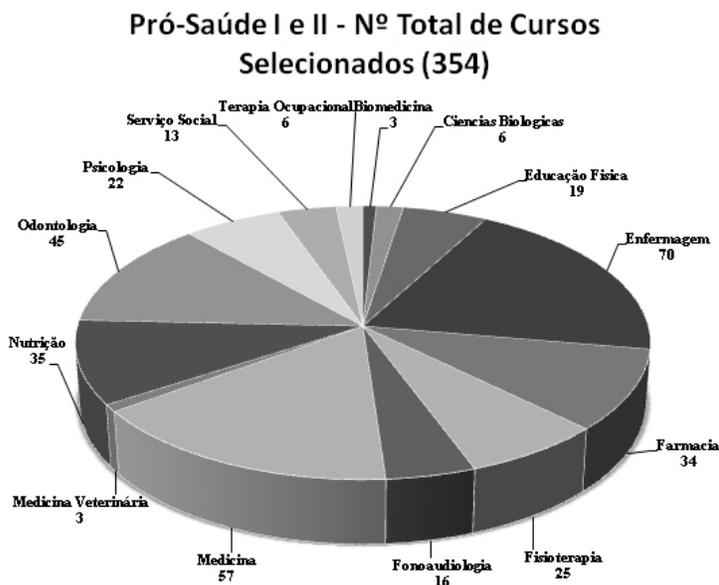


Gráfico 1: Número total de cursos e número de cursos participantes do Pró-Saúde por profissão

O Pró-Saúde teve por base a primeira iniciativa voltada para promover a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais, nos cursos de graduação em Medicina, que foi o PROMED (Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas), criado em 2002, pela Portaria MS nº 610. O PROMED foi implementado em 20 cursos de graduação em Medicina no Brasil. O Pró-Saúde, que tem origem após a criação da SGTES, ampliou a proposta do PROMED, inicialmente para os cursos de graduação em Enfermagem e Odontologia, e na sua segunda edição, em 2007, para as 14 profissões que integram a área da saúde.

O Pró-Saúde estabeleceu três eixos a partir dos quais cada instituição postulante ao edital de seleção deveria apresentar um diagnóstico situacional com relação aos seus cursos de graduação. Os projetos deveriam demonstrar quais estratégias estariam sendo adotadas para se atingir a imagem-objetivo em cada um dos eixos (Gráfico 2.2): cenários de prática para treinamento dos estudantes, a concepção teórica de “saúde” utilizada e a orientação pedagógica predominante nos cursos. Para cada um destes três eixos, foram estabelecidos três principais estágios de evolução, partindo-se do que se propunha mudar (em vermelho), passando por um estágio intermediário (em amarelo), até chegar à imagem-objetivo (em verde) para os

três eixos. Buscava-se, não impor uma receita ou um caminho único, mas sim, propor objetivos e diretrizes gerais, respeitando-se as especificidades, a cultura, a história institucional, as possibilidades, e valorizando e fortalecendo os caminhos escolhidos por cada instituição e serviços de saúde envolvidos.



Gráfico 2: Gráfico em semáforo, apresentando três principais estágios para cada um dos três eixos do Pró-Saúde (concebido pelo Prof. Dr. Francisco Eduardo de Campos, não publicado)

O objetivo geral do programa é o de “apoiar a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimento, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à comunidade¹⁸. Entre os objetivos específicos destaca-se:

1. Reorientar o processo de formação dos profissionais de saúde, de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades de saúde da população e de consolidação do SUS;
2. Estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as instituições de ensino superior, visando à melhoria da qualidade e a maior resolubilidade da atenção à saúde prestada ao cidadão, à integração da rede pública de serviços de saúde e à formação dos profissionais de saúde na graduação e na educação permanente;
3. Incorporar, no processo de formação em saúde, a abordagem integral do processo saúde-doença, da promoção da saúde e dos sistemas de referência e contra-referência;

4. Ampliar a duração da prática educacional na rede pública de serviços, estimulando os estudantes a ocuparem o papel de sujeitos na construção do seu próprio conhecimento, participando da análise do processo assistencial em que estão inseridos, tendo o professor como orientador e facilitador do processo de ensino-aprendizagem.

A gestão do programa e as atividades de monitoramento e avaliação do Pró-Saúde são realizadas a partir de diferentes perspectivas. A primeira é a da auto-avaliação. Todos os projetos constituíram suas respectivas Comissões Locais de Acompanhamento, com representantes das Instituições de Educação Superior (IES), dos docentes, dos discentes, dos serviços de saúde, dos gestores da saúde e dos Conselhos Municipais de Saúde representando os usuários do SUS, que têm exercido papel decisivo no gerenciamento, acompanhamento e apropriação pelos atores envolvidos das ações promovidas e dos resultados alcançados.¹⁹ Em âmbito federal, a Coordenação Nacional juntamente com a Comissão Assessora do Pró-Saúde promovem visitas, seminários, análise dos relatórios, divulgação das experiências bem sucedidas e iniciativas de articulação do Pró-Saúde com as demais ações da política de saúde e de educação na saúde.

A vivência nos cenários reais onde a vida acontece, traz aos estudantes uma nova dimensão com relação ao papel social a ser desempenhado pelo profissional de saúde. Traz o aprendizado de que a complexidade da realidade requer o exercício da busca constante da integração de conhecimentos diversos, em situações que não se repetem, e que requerem o desempenho simultâneo e articulado das competências do “saber saber”, do “saber fazer” do “saber ser ético-profissional”.

Há ainda a dimensão da gestão, seja do cuidado, seja dos serviços, seja do sistema de saúde em seus diferentes níveis e setores. Esta dimensão, embora tenha estado ausente ou relegada a um plano secundário nos currículos da graduação, é fundamental para atender ao perfil preconizado pelas DCN, de um profissional crítico, capaz de intervir positivamente na realidade e modificar os fatores que possam dificultar a oferta de uma atenção à saúde de qualidade.

Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde – PET-Saúde

Uma das estratégias vinculadas ao Pró-Saúde no eixo de cenários de prática é o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde – o PET Saúde, que oferece bolsas de estudo em três modalidades: tutoria (docente), monitoria (aluno de graduação) e preceptoria (profissional da Estratégia de Saúde

da Família, que atua no aprendizado dos alunos de graduação, sob supervisão docente do tutor), tendo como cenário de prática a atenção primária à saúde nas Unidades de Saúde da Família.

O PET Saúde foi inspirado no Programa de Educação Tutorial (PET), do Ministério da Educação. A ideia surgiu a partir da verificação pelos gestores do programa no MEC quanto à existência de muitos projetos PET na área da saúde. Surgiu a ideia de aproveitar a conformação do PET no que diz respeito aos grupos de educação tutorial, adequando-os às necessidades da política de educação na saúde. A base jurídica combinou duas leis: a Lei nº 11.180/2005²⁴ que é a lei do PET e a Lei nº 11.129/2005²⁰ que instituiu o programa de bolsas de educação pelo trabalho em saúde. Nasceu daí o PET Saúde que, diferentemente do PET, estabeleceu como campo de atuação não a universidade, mas os serviços de saúde, promovendo atividades de integração ensino-serviço. O PET Saúde também se diferencia do PET ao ter introduzido, no grupo tutorial, o preceptor, o profissional do serviço de saúde que participa do processo de ensino-aprendizagem, potencializando esta integração. Para estabelecer a conformação do grupo tutorial e as diretrizes do PET Saúde, o DEGES/SGTES atuou em parceria no Ministério da Saúde com o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde (DAB/SAS), de forma a que o programa refletisse e reforçasse o modelo de atenção e a qualificação da atenção básica. Ao mesmo tempo, atuou também em parceria com a Secretaria de Educação Superior do MEC (SESu/MEC) para garantir a preservação dos princípios. Concebido o programa, foi necessário enfrentar o desafio de criar um mecanismo de pagamento direto de bolsas no âmbito do Ministério da Saúde. O Fundo Nacional de Saúde da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (FNS/SE/MS) firmou contrato com o Banco do Brasil; assim, com o cartão do programa PET Saúde, os bolsistas resgatam o benefício mensalmente. Além disso, foi criado um sistema de acompanhamento e cadastro dos bolsistas.

A criação desta modalidade de financiamento foi um marco decisivo porque os mecanismos até então disponíveis, como os convênios, contratos e repasses fundo a fundo, não se aplicam adequadamente para indução de políticas de educação na saúde. Este mesmo mecanismo de financiamento foi, posteriormente, adotado para os programas de Residência Médica e de Residências em Saúde.

Participaram do PET Saúde, ao longo de 2009, 84 projetos envolvendo 306 grupos PET Saúde e concessão mensal de 5.814 bolsas de estudo. Os grupos de ensino-aprendizagem tutorial atuaram em 806 Unidades de Saúde da Família em todo o território nacional. Todos os projetos têm obrigatoriamente a participação do curso de graduação em medicina e bolsistas da área nas três modalidades.²¹ Em 2010, o PET Saúde foi ampliado para as áreas de Vigilância em Saúde e de Saúde Mental, além da Estratégia de Saúde da Família. Atualmente

estão sendo concedidas pelo PET Saúde 11.387 bolsas por mês, com 663 grupos tutoriais em atividade, em todo o país (www.saude.gov.br/sgtes/petsaude).

O PET-Saúde reforça a supervisão das ações assistenciais, permitindo melhor capacitação para o pessoal dos serviços e melhor atendimento aos usuários do serviço. Em sua dimensão política, permitiu o estreitamento das relações entre a Universidade e os gestores do SUS, o aproveitamento dos profissionais do serviço e a participação na problematização das orientações programáticas, no desenvolvimento das pesquisas e produção de conhecimento, no âmbito das práticas assistenciais.

Os gráficos 3 e 4 apresentam a distribuição e os quantitativos de cursos de graduação da área da saúde envolvidos no PET Saúde / Saúde da Família, PET Saúde / Vigilância em Saúde e PET Saúde / Saúde Mental.

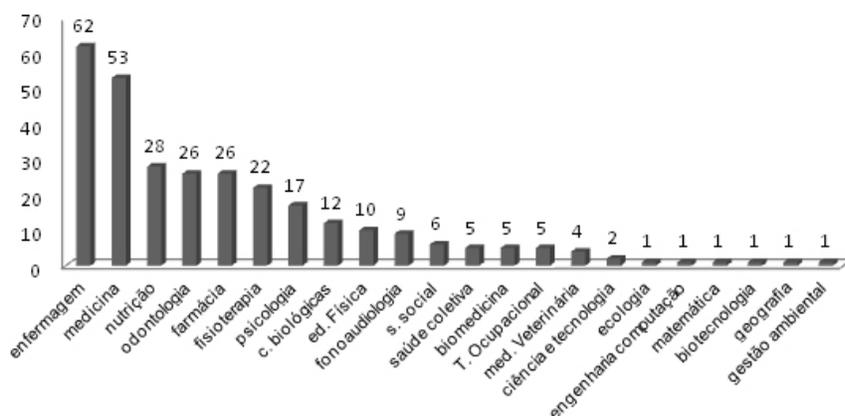


Gráfico 3: Distribuição dos cursos da saúde nos projetos PET-Saúde/Saúde da Família selecionados em 2009 e 2010 no Brasil

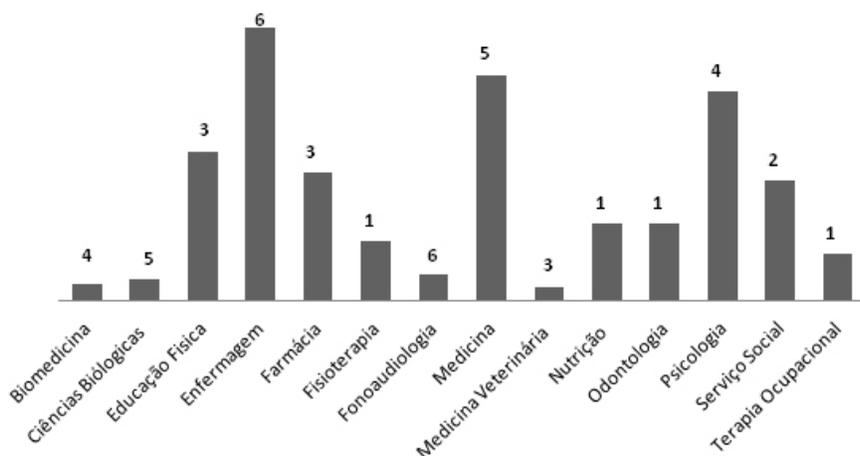


Gráfico 4: Distribuição dos cursos da saúde nos projetos PET-Saúde/ Saúde Mental 2011

De acordo com o relatório de avaliação do PET Saúde^{II}, as atividades desenvolvidas pelos Núcleos de Excelência em pesquisa Clínica Aplicada à Atenção agregaram a participação de profissionais com poder de decisão de ambos os setores (educação e saúde), viabilizando a implementação de projetos inovadores e influenciando a reorientação curricular, com a incorporação de competências orientadas à atenção básica, a proposição de estratégias de inserção dos alunos no serviço ao longo de todo o curso, o apoio às abordagens interdisciplinares, o estímulo à pesquisa no âmbito da atenção primária e a diversificação dos cenários de prática. Esta estratégia tem permitido romper com preconceitos em relação à atenção primária^{III} introduzindo uma política de valorização dessa prática com o reconhecimento da academia, promovendo a problematização e “crítica” aplicada à prática assistencial e estimulando a iniciativa, criatividade e exercício ético. Trata, ainda, de coordenar a revisão das diretrizes clínicas em consonância com as DCN vigentes.

Numa iniciativa promovida pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, realizou-se uma seleção de artigos científicos sobre o Pró-Saúde e o PET Saúde, com vistas à publicação na Revista Brasileira de Educação Médica. Foram apresentados 186 trabalhos envolvendo o PET Saúde, divididas em dois grandes grupos. O primeiro grupo incluiu um total de 109 (59%) e o segundo 77 (41%) trabalhos, cujos conteúdos temáticos distribuíram-se em:

Temas organizativos e metodológicos	109	Temas vinculados a atenção à saúde	77
Aprendizagem	44%	Linha de cuidado/grupos etários	35%
Avaliação	30%	Doenças não transmissíveis	14%
Acolhimento/humanização	11%	Socioculturais	13%
Multi/interdisciplinaridade	10%	Procedimentos	12%
Controle social	9%	Doenças Infectoparasitárias	8%
		Ambiente	4%

Quadro 3: Classificação temática dos artigos apresentados sobre o PET Saúde

II (Ferreira, 2010. Relatório de avaliação do PET Saúde. 2011. 22p. Documento interno DEGES/SGTES/MS, não publicado)

III utilizado como sinônimo de atenção básica: embora a maioria dos países utilize a denominação “atenção primária à saúde”, no Brasil, houve um movimento na direção de fortalecer o conceito adotado no país de que “atenção básica” é a expressão brasileira da atenção primária à saúde, sem que seus conteúdos signifiquem uma atenção limitada destinada a populações de excluídos sociais. CONASEMS. Atenção Básica que Queremos. Org. Nilo Bretas Júnior. 2011. 75p.

No grupo dos temas organizativos e metodológicos, os aspectos relativos ao processo de ensino-aprendizagem, incluindo avaliação e multi/intersectorialidade, foram os temas tratados em um percentual de 84% dos estudos, correspondendo a quase metade (46%) do total de trabalhos apresentados nos dois grandes grupos. O maior interesse por esta temática pode ser atribuído à valorização da melhor formação profissional. Os trabalhos adicionais que trataram do acolhimento de pacientes e humanização da atenção, linhas de cuidado (saúde da criança, do adolescente, saúde do idoso), problemas socioculturais e participação social que, somados estão presentes em outros 30% do total de trabalhos, também refletem o interesse despertado para o objetivo central do programa, uma maior qualificação da atenção básica à saúde.

Entre os comentários dos estudantes participantes do PET Saúde foi comum a observação de que “a experiência está permitindo uma formação mais crítica, com aproximação da realidade e construção do trabalho em equipe”, e que “o projeto trouxe vivências que os levaram a refletir sobre o próprio aprendizado, além de apoiar a equipe na proposição de uma atenção mais resolutive”. Alguns cogitaram inclusive “a possibilidade de aprofundar os estudos na área, por meio da residência multiprofissional, após o término do curso de graduação”.

Um dos trabalhos relata a experiência de integrar 1.400 estudantes de diversas profissões da saúde numa rede de 37 Centros de Saúde, visando à rearticulação das matrizes curriculares, a melhor compreensão do papel de cada uma das profissões para a integralidade do cuidado, a promoção de encontros de formação coletiva com o objetivo de alcançar um trabalho mais efetivo da equipe multiprofissional.

Em estudos orientados à prática da atenção em saúde, destacaram-se iniciativas orientadas aos determinantes sociais. Entre estes, incluíram-se a educação em saúde, concentrada na orientação de adolescentes e idosos, em experiências que, na opinião dos próprios estudantes, “além de resultar na otimização do serviço e na melhoria da qualidade de vida da população, permitiu uma formação acadêmica mais crítica, reflexiva e consciente de seu papel social, contribuindo para maior efetividade e qualidade de suas ações em prol da comunidade”. Igual interesse foi observado em relação à gestação não planejada, não só atribuída a fatores sociais, como também, e sobretudo, à deficiência dos programas de educação para a saúde, uma fragilidade do serviço de saúde. Assim, desenvolveram-se programas de orientação afetivo-sexual e reprodutiva para adolescentes, promovendo melhor utilização de métodos contraceptivos.

Outra situação que despertou interesse nestes projetos foi a detecção de câncer ginecológico, realizada através estudos clínicos e epidemiológicos

em grupos de mulheres submetidas ao exame Papanicolau. A maior prevalência de resultado positivo em jovens com início precoce de relações sexuais, em geral associado a baixo nível educacional e socioeconômico, contribuiu para a reflexão sobre a maior vulnerabilidade social dessas jovens.

Na abordagem de doenças específicas, houve predomínio de estudos relativos à hipertensão e diabetes, tendo sido frequente a detecção de pouca ou nenhuma preocupação preventiva por parte dos pacientes, que buscam essencialmente os tratamentos farmacológicos. Em vários estudos, foi possível demonstrar uma frequência aumentada da obesidade e sobrepeso como fatores de risco. Vários trabalhos buscam uma melhor compreensão da atitude dos usuários, daí resultando a reorientação do processo assistencial, com maior humanização na atenção e foco na realidade de cada paciente. É interessante destacar a conclusão de um dos estudos que indicou não ser suficiente apenas aconselhar novos hábitos alimentares, ressaltando a necessidade de abordar aspectos subjetivos, culturais e emocionais que influenciam na adesão ao tratamento e ao autocuidado.

Em pesquisas relacionadas com doenças infecto-parasitárias, foram analisados fatores culturais, sociais e psicológicos como elementos importantes de controle e disseminação das doenças. Entre os estudos epidemiológicos descritos, predominaram a verminose, hanseníase, dengue e hepatite A. No caso da hanseníase foram intensificadas as ações de busca, triagem populacional de manchas suspeitas e realização de campanhas de sensibilização da comunidade para uma maior autovigilância. Em relação à dengue e à hepatite foram propostos estudos do déficit de saneamento básico associados à conscientização da população, para a quebra da cadeia de.

De acordo com Ferreira (2011)^{IV}, algumas iniciativas internacionais recentes, promovidas por Fundações e/ou Organismos multinacionais (como a Organização Mundial da Saúde - OMS), em comemoração do centenário do Relatório Flexner²³, vêm promovendo estudos e debates visando uma possível reorientação da formação de pessoal de saúde, no processo designado como “Transformativescale-upofEducationof Health Personnel” (<http://www.who.int/hrh/education/en/>). Entre as recomendações desses grupos se destaca a necessidade de que se tome em conta iniciativas de formação profissional com base em evidências. Para Ferreira (2011), os trabalhos apresentados representam evidência da força indutiva da experiência educacional que vem sendo promovida pelas políticas públicas parceiras entre os setores de saúde e educação, favorecendo a continuidade e aperfeiçoamento das mesmas. Os achados em 2010, ano que marca os 100 anos do Relatório Flexner, mostram que se abrem novos horizontes para a formação da força de trabalho em saú-

IV Comunicação pessoal.

de, num estágio avançado de desenvolvimento em comparação àquilo que as iniciativas internacionais estão ainda procurando delinear.

Os Programas Pró-Saúde e PET Saúde resultaram em centenas de trabalhos apresentados em congressos, vários artigos e livros publicados sobre as experiências dos projetos implantados nos cursos de graduação da área da saúde de todo o país. Merece destaque a experiência da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), participante de todas as iniciativas, desde o Programa de Reorientação da Formação Médica (PRO-MED- programa inicial de incentivo à implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais nos cursos de Medicina, lançado em 2002), passando pelo Pró-Saúde, PET Saúde, e posteriormente, pela Residência Multiprofissional, Residência Médica (Pró-Residências) e pelo Pró-Ensino. Algumas das reflexões sobre a experiência da PUC-RS estão relatadas numa publicação²⁴No prefácio desta publicação, destacamos a integração promovida entre os seus cursos da área da saúde, ao longo do processo de implementação dos diversos programas. Destacamos a contribuição dessa publicação ao registrar as experiências, refletir sobre elas e oportunizar o compartilhamento das lições aprendidas ao longo de sua trajetória. Aspectos como a integração ensino-pesquisa-assistência, a interdisciplinaridade, a integração ensino-serviço e a participação dos profissionais do serviço nas estratégias pedagógicas desenvolvidas nos cenários de prática foram avanços identificados na implementação desses programas e das Diretrizes Curriculares Nacionais.²⁵

A Universidade Regional de Blumenau em parceria com a prefeitura de Blumenau também publicou um livro com o relato das experiências e pesquisas desenvolvidas a partir de sua participação no Pró-Saúde e no PET Saúde, sintetizado a partir da reflexão coletiva, *“como resposta a uma política interministerial, configurada como agenda da Reforma Sanitária Brasileira, no que se refere ao ordenamento da formação na área da saúde, aproximando as práticas de ensino, pesquisa e extensão ao sistema de saúde e às demandas sociais”*.²⁶

Programa Nacional de Desenvolvimento Docente em Saúde – Pró-Ensino Na Saúde

O monitoramento e a avaliação da implementação do Pró-Saúde e do PET Saúde, apontou como um dos grandes desafios para o seu avanço: a formação e capacitação docente para o processo de mudança em curso, e o fortalecimento da produção e publicação de pesquisas na área do ensino na saúde. Isso levou o Ministério da Saúde a buscar a aproximação com a CAPES/MEC (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), agência nacional responsável pela política de pós-graduação, resultando na criação do Programa Nacional de Desenvolvimento Docente em Saúde (Pró-Ensino consistiu no apoio institucional e financeiro a projetos de:

1. Mestrado Profissional na área de ensino na saúde
2. Projetos de formação de mestres, doutores e pós-doutores e desenvolvimento de pesquisas na área de ensino na saúde, apresentados por programas de pós-graduação já existentes e avaliados pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) com nota mínima igual a 4. Os projetos poderiam ser inter-institucionais ou abranger mais de um programa de uma mesma instituição.
3. Residências Médica, Multiprofissionais ou em Área Profissional da Saúde associadas ao Mestrado Profissional.
4. Ensino).

Para as iniciativas 1 e 2, foram aceitos 35 projetos de Instituições de Ensino de todo o país, sobre os seguintes temas:

1. Gestão do ensino na saúde
2. Currículo e processo ensino-aprendizagem na formação em saúde
3. Avaliação no Ensino na saúde
4. Formação e desenvolvimento docente na saúde
5. Integração universidades e serviços de saúde
6. Políticas de integração saúde e educação
7. Tecnologias presenciais e à distância no Ensino na saúde

No caso do Mestrado Profissional, o documento orientador elaborado pelo Grupo de Trabalho vinculado à SGTES para a apresentação de projetos estabeleceu as seguintes recomendações:

1. Compromisso com a formação de recursos humanos em senso estrito para o avanço do ensino na saúde com vistas ao fortalecimento do SUS.
2. Formação de futuros mestres que atuem no ensino na saúde, preferencialmente, no cotidiano dos serviços de saúde.
3. Caráter multidisciplinar da proposta, envolvendo diferentes áreas, culturas e práticas do conhecimento.
4. Produção de conhecimento a partir da investigação de situações relacionadas à prática do ensino na saúde na sua interface com as evidências científicas da área e dos serviços de saúde.
5. Desenvolvimento de intervenções a partir de pesquisas realizadas nos serviços de saúde que produzam impacto no SUS.
6. Programa com ênfase na transformação das práticas profissionais.
7. Possibilidade de criação de núcleos disseminadores e incentivadores, regionais, com desenvolvimento de propostas interinstitucionais.

8. Definição de políticas e estratégias para a divulgação dos resultados das pesquisas, com destaque para publicações em periódicos qualificados da Área.
9. Definição de políticas e estratégias para a divulgação dos resultados das pesquisas e o desenvolvimento de produtos de intervenção para a transformação das práticas, inclusive junto aos gestores acadêmicos e dos serviços de saúde, profissionais dos serviços de saúde e controle social.
10. Equipes proponentes preferencialmente interdisciplinares e multiprofissionais, envolvendo cursos da área da saúde, com as necessárias interfaces com as áreas de ciências humanas, quando couber. Excepcionalmente, a equipe poderá contar com profissionais não portadores do título de Doutor que participarão como colaboradores do programa na condição de co-orientadores e participantes de disciplinas.
11. Possibilidade de intercâmbio interinstitucional pode ser considerada como um mecanismo de aprimoramento da equipe.
12. Participação da instituição proponente e dos docentes envolvidos em programas de incentivo à reorientação da graduação em saúde desenvolvidos pelo MS e MEC tais como o Pró-Saúde, PET-Saúde, Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), Telessaúde Brasil e a Foundation for the Advancement of Medical Education and Research (FAIMER) Brasil, e as relacionadas à educação técnica profissional, entre outros.

A excelência da formação está claramente ligada à possibilidade das unidades acadêmicas e os serviços consorciarem-se para a produção e divulgação de conhecimentos no campo das necessidades em saúde e da educação, promovendo a construção de massa crítica para o fomento da qualidade da educação de profissões de saúde.

A Pós-Graduação, por sua vez, tem como premissa essencial formar recursos humanos altamente qualificados, associado à produção de conhecimento que, neste caso específico, tome como objetos as variadas dimensões do ensino, que possam se materializar em transformações efetivas no cotidiano da formação de recursos humanos no campo da saúde no Brasil. Na formação de professores e pesquisadores, a pós-graduação é uma atividade acadêmica com inquestionável legitimidade e reconhecimento no Brasil. Assim, é essencial que esta esfera de atividade esteja também comprometida com a consolidação do SUS.

Observa-se que parte considerável dos professores dos cursos brasileiros da área da saúde carece de preparo pedagógico específico. De outra

parte, há uma tendência em se confundir o bom desempenho profissional ou na pesquisa com o bom desempenho docente. Percebe-se, também, uma tendência a reduzir os saberes dos professores a aspectos técnico-científicos, empobrecendo as possibilidades de transformação e avanço nas relações de aprendizagem e ensino.

O Mestrado Profissional deve assim ser uma estratégia de produção de conhecimento sobre o Ensino na Saúde a partir da problematização das práticas hoje envolvidas na formação de profissionais, especialmente no âmbito dos Serviços de Saúde.

Entre os objetivos que nortearam a iniciativa de promover a apresentação de projetos integrados de Residência e Mestrado Profissional destaca-se o de qualificar tanto as Residências quanto a prestação de serviços em saúde, qualificar os profissionais para o exercício de uma prática avançada e transformadora, em sintonia com as demandas sociais, organizacionais ou profissionais e do mercado de trabalho. Aliado ao desenvolvimento das competências para o exercício profissional, estes programas se orientam para agregar também o desenvolvimento das competências para a docência e para a pesquisa.

Os projetos apresentados e selecionados por edital, permitem que os residentes façam a opção de, ao final do primeiro ano da residência, apresentarem um projeto de pesquisa sob orientação docente, cumprir créditos adicionais relacionados à pesquisa, e com isso concluir simultaneamente a Residência e o Mestrado Profissional, terminando o curso com a obtenção da dupla certificação.

As áreas temáticas que foram priorizadas no Edital de seleção destes projetos foram:

1. Administração e Gestão em Saúde
2. Cuidados intensivos
3. Cuidados paliativos
4. Atendimento domiciliar
5. Promoção da saúde
6. Saúde e meio ambiente
7. Saúde bucal
8. Tecnologia e Saúde
9. Reabilitação da saúde
10. Distúrbios cognitivos e comportamentais
11. Áreas de Atuação da Carreira Médica: atendimento ao queimado; citopatologia, densitometria óssea; ecografia vascular com doppler; eletrofisiologia clínica invasiva; endoscopia digestiva; endoscopia ginecológica; endoscopia respiratória; ergometria; hemodinâmica e cardiologia intervencionista; infectologia hospitalar; medicina ae-

roespacial; medicina fetal; neurofisiologia clínica; nutrição parenteral e enteral; nutrição parenteral e enteral pediátrica; perícia médica; psicogeriatría; psiquiatria forense; reprodução humana.

12. Educar para uma profissão da saúde tem como meta preparar os estudantes para o exercício de uma prática profissional competente e responsável, que esteja a serviço da população. Embora os profissionais em treinamento tenham que dominar amplamente a teoria, a avaliação final de seus esforços e de sua formação, não deverá ser o que sabem, mas o que fazem com o conhecimento ou a partir dele.

O estudante deve aprender desde cedo que o paciente ou o usuário do serviço de saúde é o sujeito e não o objeto da ação profissional. Para isso, é preciso sair da prática centrada na técnica para estar nos locais em que a vida (e a saúde e a doença) acontece. O estudante, futuro profissional de saúde, precisa aprender a acolher, a dialogar com o usuário e sua família em diferentes contextos, respeitando e trabalhando para ampliar sua autonomia. Deve ser oferecida a ele a oportunidade de aprender a construir projetos terapêuticos compartilhados, tanto com os demais profissionais de saúde, mas principalmente com o usuário, sujeito da ação.

Em que pesem todas as razões para se buscar a integração ensino-serviço no processo de formação dos profissionais de saúde, a construção do trabalho articulado entre as instituições de ensino e o SUS é um enorme desafio. O tempo, o ritmo e os pontos de vista são distintos, e isso precisa ser reconhecido como ponto de partida. O processo de integração será bem sucedido na medida em que for resultado de consenso e capaz de responder às demandas e necessidades de ambas as partes, sem perder de vista que o objetivo principal é o de atender às necessidades do usuário.

Além disso, observa-se que estar nas unidades de saúde pode não significar que há uma real integração e inserção dos alunos no processo de trabalho. O objetivo maior é o de transformar a rede de serviços numa rede-escola em que a organização e integração institucional incorporem como princípio do trabalho, a educação permanente, onde todos estão continuamente refletindo, aprendendo, transformando e sendo transformados no seu processo de trabalho em saúde.

Estas questões estão bem retratadas no trecho abaixo, extraído de uma das entrevistas realizadas com um gestor do SUS, para a pesquisa de avaliação sobre a percepção dos atores envolvidos no Pró-Saúde:

“[...]a gente pode ser insatisfeito com tudo que aconteceu, porém é inegável que o Brasil jamais viveu tal avanço democrático como nós vivemos contemporaneamente. E isso significa inclusão,

significa tratar a clientela não como doente, não como necessitado, não como vulnerável. Mas como sujeito da sua história corporal, da sua história biológica, da sua história social. Isso exige uma outra atitude, que aliás quem pode produzir a reflexão sobre isso é a academia também, mas não só ela, o serviço também[...]” (CONASS).

No pensamento expresso estão os principais ingredientes que podem tornar esta experiência significativa e bem sucedida: a orientação usuário centrada e a transformação da ação-reflexão-ação do processo de trabalho em saúde, numa experiência construída e vivenciada de forma solidariamente compartilhada entre todos os envolvidos.

Considerações Finais

O grande salto e as inflexões promovidas na política nacional de educação e de saúde na última década, criaram uma janela de oportunidade única para que se pudesse avançar na efetivação de ações na formação e educação permanente em saúde.

O Programa **de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão de Universidades Federais** (REUNI) representou, em termos quantitativos, uma expansão nunca vista antes no país, se considerado o curto período de sua implementação: 200.000 novas vagas públicas federais, 126 novos Campi universitários, interiorizados pelas regiões menos desenvolvidas do país, com novos cursos de graduação relacionados à vocação de desenvolvimento de cada local. A expansão resultou também em concursos para a contratação de 28.000 novos docentes. A expansão trouxe também a contratualização e autonomia das universidades federais. No aspecto qualitativo, o REUNI trouxe a oportunidade de novas experiências na educação superior. Nesse sentido, seguindo o Processo de Bolonha e tendências internacionais, as universidades federais têm investido em novas matrizes de formação, inclusive na saúde.

Estas experiências poderão apontar os caminhos de mudanças estruturais mais profundas, que possam avançar para além dos limites até onde alcançaram as atuais iniciativas de reorientação da graduação.

Referências

- 1 Haddad AE A Odontologia na Política de Formação dos Profissionais de Saúde, o papel da Teleodontologia como ferramenta do processo de ensino-aprendizagem e a criação do Núcleo de Teleodontologia da FOUASP. Tese Livre Docência. Faculdade de Odontologia da USP, 2011. 196p. disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/.../23/tde.../AnaEstelaHaddad.pdf
- 2 Haddad AE, Brenelli S, Passarella TM, Campos T. Política Nacional de Educação na Saúde. Rev Baiana Saúde Pública. 2008;32(supl 1):98-114.
- 3 Campos FE, Lima Filho AF, Haddad AE, Machado MH, Sakai MH. Relatório consolidado de gestão do trabalho e da educação na saúde 2005-2010. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Organização Panamericana da Saúde; 2010. 122p.
- 4 Haddad AE. O Departamento de Gestão da Educação na Saúde frente aos desafios para a consolidação do Sistema Único de Saúde. In: Amância F⁹, Pacheco SP. Mestrado profissional em gestão do trabalho e da educação na saúde: ação e reflexões. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2009. p.15-9.
- 5 Campos FE, Haddad AE, Roschke MA, Galvão E. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009. 65p. Série Pactos pela Saúde.
- 6 Davini MC. Problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos em saúde. In: Campos FE, Haddad AE, Roschke MA, Galvão E. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009. p. 40-58. Série Pactos pela Saúde.
- 7 Victora CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schidt MI, Paim J, et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. Lancet. 2011 June;377(9782):2042-53.
- 8 Haddad AE, Brenelli S, Passarella TM, Campos T. Política Nacional de Educação na Saúde. Rev Baiana Saúde Pública. 2008;32(supl 1):98-114.
- 9 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1996 de 20 de agosto de 2007. In: Campos FE; Haddad AE; Roschke MA; Galvão E. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF; 2009. Série Pactos pela Saúde.
- 10 Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF; 1988.
- 11 Brasil. Decreto de 20 de junho de 2007. Institui a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde [20 jul 2011]. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/94706/decreto-07>.
- 12 Campos FE, Haddad AE, Michel J, Nunes MP, Brenelli S, Petta H, et al. Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas no Brasil (Pró-Residência): indução para a formação de especialistas segundo necessidades do SUS. In: Pierantoni CR, Dal Poz MR, França T. Trabalho em Saúde. Rio de Janeiro: Editora CEPESC:IMS/UERJ; 2011. p.151-60.
- 13 Brasil. Lei nº 12.202 de 14 de janeiro de 2010. Altera a Lei nº 10.260, de 12 de julho de 2001, que dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior – FIES [20 jul. 2011]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/Lei/L12202.htm
- 14 Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Matriz de Correspondência Curricular para fins de Revalidação de Diplomas de Médico Obtidos no Exterior. Coordenação: Henry Campos. Brasília, DF; 2009. 69 p.
- 15 Brasil. Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril

- de 2002; e dá outras providências [18 jun. 2011]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm
- 16 Haddad AE, Campos FE, Brenelli S, Passarella TM, Campos T. Programa de educação pelo trabalho em saúde – PET Saúde. *Cadernos AssocBras Educação Médica* 2009;5:6-12.
 - 17 Haddad AE, Morita MC, Pierantoni CR, Brenelli S, Passarella T, Campos FE. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(3):5-9
 - 18 Flexner A. *Medical education in the United States and Canada*. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching; 1910. (Bulletin, 4).
 - 19 Corbellini VL, Thiesen FV, Ojeda BS, Gustavo AS, Santos BRL. *Atenção primária em saúde: vivências interdisciplinares na formação profissional – PUC-RS*. Brasília, DF: Editora ABen; 2011. 190 p.
 - 20 Haddad AE. Prefácio. In: Corbellini VL, Thiesen FV, Ojeda BS, Gustavo AS, Santos BRL. *Atenção primária em saúde: vivências interdisciplinares na formação profissional – PUC-RS*. Brasília, DF: Editora ABen; 2011. p15-7.
 - 21 Andrade MRS, Silva CRLD, Silva A, Finco M. *Formação em saúde: experiências e pesquisas nos cenários de prática, orientação teórica e pedagógica*. Blumenau: Edifurb; 2011. 224 p.

CAPÍTULO

3

Políticas Públicas Indutoras De Mudanças Nas Graduações Da Saúde Na Perspectiva Do Fortalecimento Do Sistema Único De Saúde Do Brasil: Os Caminhos, A Evolução E Os Desafios Do Pet-Saúde

Eliana Goldfarb Cyrino; Alexandre Medeiros de Figueiredo; Cesar Vinicius Lopes; Eliane Mesquita Motta Monteiro; Fabiola Lucy Fronza; Fransley Lima Santos; Ivalda Silva Rodrigues; Judite Disegna; Juliana Ferreira Lima Costa; Maria Silvia Bruni de Freitas; Sidney Marcel Domingues; Vera Lopes dos Santos; Vitoria Eugenia Reis Rodrigues.

Profissionais do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), Ministério da Saúde (MS) do Brasil.

Introdução

O presente artigo tem como propósito discutir a formação profissional para o Sistema Público de Saúde no Brasil. Propõe-se a contribuir na reflexão sobre a formação dos profissionais de saúde, compreendendo a saúde como direito de todos e dever do Estado. Tem como premissa as recentes mudanças na política de provimento médico para o SUS com a instituição do Mais Médicos, a construção de conhecimento na área do ensino na saúde, as políticas e programas dos Ministério da Educação e Ministério da Saúde para indução das mudanças curriculares dos cursos de graduação das profissões da saúde. Apresenta o programa Pet-Saúde como uma oportunidade de integração entre as instituições de formação profissional nas graduações em saúde no Brasil e os serviços de saúde no SUS. Objetiva analisar possibilidades de avanço na construção de práticas de ensino pelo trabalho nas redes de atenção à saúde, privilegiando a atenção básica como centro da integração ensino serviço no Sistema Público de Saúde no Brasil.

Bases para construção da integração ensino-serviço

A partir dos preceitos da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que define entre as atribuições da União, sua participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, o Ministério da Saúde assume a responsabilidade de desenvolver programas que avancem na consolidação da integração ensino-serviço-comunidade e da educação pelo trabalho.¹

Frente a grande expansão de cobertura assistencial da Atenção Básica à Saúde (ABS), produzida pela progressiva implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), torna-se necessário propor estratégias de provimento e de fixação de profissionais de saúde e a necessidade de investir no processo de mudança na formação das graduações na saúde e “de educação permanente dos trabalhadores do SUS de acordo com o modelo assistencial centrado no cuidado em saúde”.²

Em 2003, O Ministério da Saúde (MS) do Brasil instituiu a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), assumindo a responsabilidade de formular políticas públicas orientadoras da gestão, formação e qualificação dos trabalhadores e da regulação profissional na área da saúde no Brasil.³ Com a criação desta secretaria propôs-se atuar na resolução de questões complexas como a percepção da escassez de algumas categorias profissionais no SUS e a extrema desigualdade na distribuição de profissionais de saúde nas diversas regiões do país.

Vive-se hoje, 11 anos após a criação da SGTES, um momento efervescente e de coragem. Executa-se o terceiro ano do PROVAB (Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica)², criado em 2011, com médicos, enfermeiros e dentistas prestando serviços na ABS em municípios brasileiros. O Programa Mais Médicos, iniciado em 2013, faz parte de um pacto pela melhoria do atendimento aos usuários do SUS, que prevê mais investimentos em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, além de levar médicos para regiões onde há escassez e ausência de profissionais, para atuarem na ABS de municípios com maior vulnerabilidade social e Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). A iniciativa prediz também a expansão do número de vagas de medicina e de residência médica, além do aprimoramento da formação médica no Brasil.

Ambos os programas atuam de forma articulada com as políticas de saúde e estratégias de formação e fixação desses profissionais, de acordo com as necessidades do SUS.

Na SGTES, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), surge na perspectiva de mudar paradigmas, trazendo a concepção de que os trabalhadores são sujeitos essenciais na construção do SUS, em um processo permanente de inovação do trabalho e das formas de cuidar. O DEGES tem como eixos de atuação: a Política Nacional de Educação Permanente no SUS; a integração com as instituições formadoras na perspectiva da formação de profissionais de saúde capazes de responder as necessidades em saúde; a atuação em parceria com as redes de escolas do governo das três esferas de gestão do SUS; o fomento da integração ensino serviço. Promove políticas públicas que buscam aproximar as Instituições de Ensino Superior (IES) com o SUS, com a clareza da dificuldade de mudar modelos institucionais de formação tão petrificados e com dificuldade de inserção no SUS, na mudança que tem como base a dimensão da interação ensino serviço e a formação pelo trabalho no SUS.

Devemos avançar nas políticas que propõem a mudança das formações na saúde, entendendo que quanto mais interministeriais forem as políticas e proposições, maior será a chance de uma construção conjunta entre as IES e os serviços. Quanto mais abarcarmos a diversidade,

com ações afirmativas de caráter social que visam à democratização do acesso à universidade, priorizando a inserção social de grupos minoritários com histórico de exclusão (étnicos, raciais, sexuais, entre outros), maior a chance da aproximação das IES às necessidades do SUS. Quanto maior o trabalho e educação interdisciplinar com participação dos diferentes sujeitos, realizado mediante o entrelaçar de diferentes saberes profissionais e educacionais, frente à necessidade de renovação dos processos de trabalho nos serviços e de ensino e aprendizagem na universidade brasileira, maior a chance de aproximação de processos inovadores e do cuidado compartilhado.

O trabalho da Coordenação de Ações Estratégicas da Educação a Saúde

O DEGES tem na sua estrutura administrativa a Coordenação de Ações Estratégicas da Educação na Saúde que objetiva promover, articular e apoiar ações e atividades de formação voltadas às graduações na saúde, a integração ensino-serviço articuladas a educação permanente, por meio da integração das políticas ministeriais entre o Ministério da Educação (MEC) e MS, considerando objetivos comuns capazes de gerar mudanças na política de formação superior na saúde. Tem como eixos norteadores o incentivo às mudanças curriculares alinhadas às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)⁴, de 2001 e sua atual renovação, em 2014, para os cursos de medicina; a orientação da formação para a integralidade e humanização do cuidado; o trabalho em equipe Interprofissional no SUS; uma maior centralidade da formação na ABS; a maior aproximação da graduação às residências multiprofissional e médica e à outras políticas ministeriais como o plano de implantação da política nacional de Segurança do Paciente.

O foco na integração ensino serviço tem sido destacado como campo prioritário das ações dessa coordenação. Para Haddad (2012)⁵, “o eixo paradigmático que alinha e organiza a política de educação na saúde é a integração do ensino com a rede de prestação de serviços do SUS instituído como ato pedagógico que aproxima profissionais da rede de serviços de saúde das práticas pedagógicas e os professores dos processos de atenção em saúde, possibilitando a inovação e a transformação dos processos de ensino e de prestação de serviços de saúde”.

Em 2004, O MS e o MEC lançaram o Aprender SUS, como movimento de aproximação do SUS aos cursos de graduação da área da saúde, apontando caminhos para as mudanças curriculares na perspectiva da quali-

ficação do SUS. Esta política visava oportunizar e fortalecer a interação entre instituições de ensino superior e o SUS, apoiando a implementação das diretrizes curriculares e a adoção da integralidade do cuidado como eixo norteador dos processos de formação. Como uma das estratégias do Aprender SUS^I, o DEGES/SGTES, juntamente com a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) e a Rede Unida, desenvolveu, o Curso de Especialização em Ativação de Processo de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde, que procurava avançar nas adequações da formação dos novos profissionais de saúde, investindo na formação de docentes e trabalhadores do SUS, proporcionando uma grande proliferação de propostas de mudança na formação em espaços regionais.^{6,7} Outras iniciativas, apoiadas ou em parceria com o MS, vêm sendo propostas na perspectiva da formação docente, para professores e preceptores, na forma de cursos de especializações e pós-graduações. A recente proposição do Curso Docência na Saúde, em 2014, em parceria com a UFRGS e o Educa Saúde, é um exemplo de movimento de formação docente e de preceptores, com o objetivo de desenvolver processos pedagógicos e formativos que respondam às necessidades sociais e de desenvolvimento e melhoria da qualidade do SUS naquilo que diz respeito à formação universitária de profissionais da área da saúde^{II}.

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)⁸, instituído em 2005, objetiva a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na ABS, promovendo mudanças nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população. Como estratégia do Pró-Saúde foi instituído, em 2008, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET- Saúde) através da Portaria Interministerial MS/MEC nº. 1.802, 2008, sendo possível ampliar o trabalho voltado a promover, articular e apoiar ações e atividades de formação voltadas às mudanças das graduações na saúde, a integração ensino-serviço articuladas a educação permanente, por ações do DEGES, da articulação com outras secretarias do MS e por meio da integração das políticas ministeriais entre o MEC e MS.

I Ver: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde. Brasília: MS; 2004.

II Ver: Edital 02/2014 Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde – EducaSaúde, parceria com o Ministério da Saúde – MS, Projeto SUS Educador.

O Pet-Saúde: a educação pelo trabalho na saúde orientados pelo cuidado e humanização da atenção

O programa de educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Saúde se constitui como estratégia do MS para promover a integração ensino-serviço-comunidade, com a formação de grupos de trabalho que envolvendo docentes, estudantes de graduação e profissionais de saúde na modalidade da educação interprofissional, para o desenvolvimento de atividades na rede pública de saúde, de forma que necessidades dos serviços sejam fonte de produção de conhecimento e pesquisa em temas e áreas estratégicas do SUS. É uma “aposta” do MS na qualificação do processo de ensino aprendizagem de estudantes pelo trabalho nas redes de atenção à saúde e dos serviços de saúde (1).

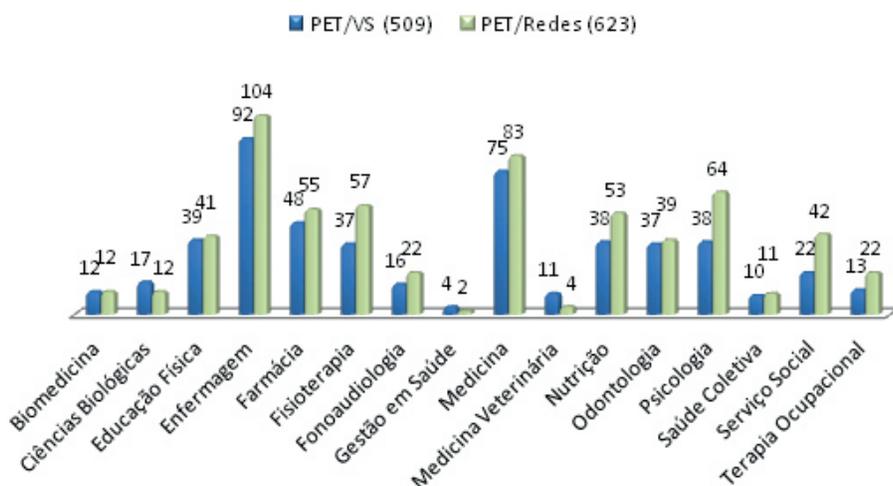


Figura 1: Cursos envolvidos no PET-Saúde/Vigilância em Saúde e PET-Saúde/Redes, SGTES, MS, 2013.

O PET-Saúde fortalece práticas acadêmicas que objetivam interligar a universidade, em suas atividades de ensino, pesquisa, serviço e extensão, com demandas da sociedade, de forma extremamente construtiva. A implantação desta prática encontra resistências no interior das IES, tendo em vista o descrédito na prática clínica extra-hospitalar e na ABS por parte de docentes das IES. A ABS é reconhecida, como um espaço de menor entre docentes que atuam no nível hospitalar porque muitos desconhecem o trabalho lá realizado ou as ferramentas necessárias para lidar com o nível de complexidade presente.

Reconhecemos no trabalho PET que a ABS contém uma série de ações para além da intervenção curativa individual, que envolvem um trabalho

complexo para se obter “alta capacidade resolutiva e ao mesmo tempo alta sensibilidade diagnóstica, para atuar corretamente nas demandas primárias e propor encaminhamento adequados no interior do sistema assistencial”.⁹

Em 2013, foi possível expandir os grupos de bolsistas do PET-Saúde, quase dobrando o número, em relação ao ano de 2012 (Figura 2).

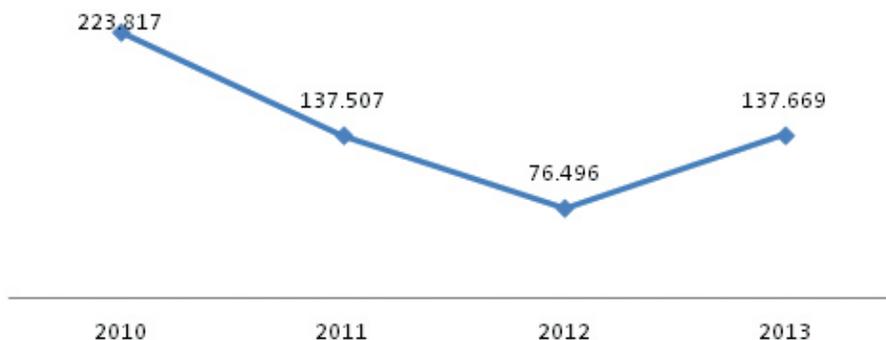


Figura 2: Número total de bolsas do programa PET-Saúde, 2010-2013, SGTES, MS.

Em 2014, ao completar cinco anos de sua implantação, por meio de um conjunto de seis editais publicados entre 2008 e 2013 pelo MS, observa-se que tem sido envolvido um expressivo número de IES, de diferentes cursos de graduação da saúde, serviços de saúde de atenção básica, secretarias municipais e estaduais de saúde e Distritos Sanitários Especiais Indígenas, espalhados por todo país (Figura 3).



Figura 3: Municípios do território nacional com projetos Pró-Saúde articulados ao PET-Saúde, PET-Redes , PET-Saúde- Vigilância em Saúde, Brasil, 2013.

Atualmente existem 902 grupos Pet-Saúde, com cerca de 15.900 bolsistas, entre professores das IES, profissionais dos serviços e estudan-

tes universitários (Figura 4), com investimento mensal de cerca de R\$ 9.977.000,00, por parte do MS.

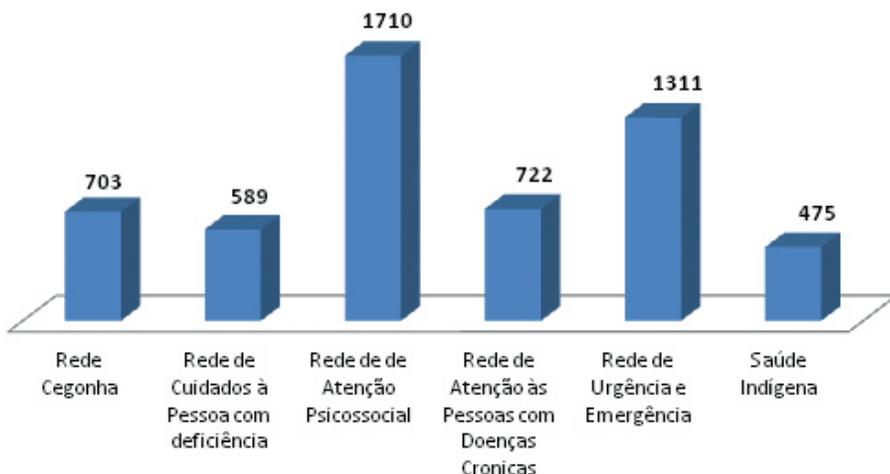


Figura 4: Número total de bolsas do programa PET-Saúde/Redes, por rede prioritária, 2013. Considerando o grupo PET-Saúde completo com 1 tutor, 6 preceptores e 12 estudantes.

A estratégia do PET-Saúde tem se mostrado potente na qualificação dos serviços de saúde da atenção básica, na formação crítica dos profissionais de saúde, na construção de novos caminhos para a mudança dos currículos da saúde que apontem para uma perspectiva interdisciplinar e interprofissional.

Propicia a construção de espaços de educação permanente, onde a perspectiva acadêmica amplia-se ao olhar do trabalho vivo em saúde e a perspectiva do serviço amplia-se, diante das possibilidades de construir processos de cuidado mais atentos e atentos com as reais necessidades dos usuários do SUS. Nas experiências dos projetos está presente a articulações entre os diferentes atores na busca de soluções para problemas e situações de ensino, aprendizagem e cuidado.

No encontro dos diferentes atores envolvidos nos projetos, tutores, estudantes, preceptores, gestores e usuários, ocorrem tensionamentos próprios dos processos de cuidado nos territórios, com ricas oportunidades de revelar as nuances das complexas teias das relações que podem resultar em novos saberes, novas práticas e na construção de caminhos que promovam a integralidade, a equidade e o acesso, além de apontar rumos para a desejada mudança nos currículos dos cursos da área da saúde.

O conjunto do relato das experiências por meio de artigos publicados em revistas científicas, os relatórios das visitas dos assessores aos projetos, os relatórios anuais das IES, os encontros, seminários e debates ocorridos

em diferentes fóruns de discussão revelam a potência dessa estratégia, bem como a necessidade de fortalecê-la e qualificá-la nos seus diferentes espaços de execução.

O Grupo de Assesores do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) articulado ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde) desenvolve atividades de apoio aos projetos financiados pelo Ministério da Saúde, por meio de visitas in loco, realização de oficinas, incentivando iniciativas que correspondam aos objetivos propostos pelos projetos, discutindo necessidades de adaptações, revendo demandas e construções conjuntas que se relevem potentes para as mudanças nas graduações, com a participação desses em inúmeros eventos regionais e nacionais, focando-se: no fortalecimento das comissões locais de acompanhamento dos projetos, em novas formas de intervir no processo de ensino nas IES, no processo de trabalho e na organização da assistência; na responsabilização por atenção contínua, coordenada e compartilhada; na educação interprofissional e na integralidade do cuidado multiprofissional e na sustentabilidade da proposta (Figura 5).

Do ponto de vista da Gestão, ao se considerar o conjunto de experiências, é importante destacar grandes desafios presentes como:

1. Definir e implantar modelo de monitoramento e avaliação, com a definição de indicadores que consigam dimensionar o real alcance da estratégia, observados os principais eixos estruturantes presentes nos editais;
2. Fortalecer a integração e articulação entre as IES e redes de serviço, a partir da definição de uma agenda comum de trabalho e organização de fóruns de discussão entre a SGTES e outras secretarias do MS, visando a qualificação dos projetos, desde sua seleção, sua implementação ao seu monitoramento e avaliação, para que as propostas de fato incorporem as dimensões do ensino, do cuidado, da gestão e do controle social.

Quanto à sustentabilidade dessa estratégia do MS, o momento exige que a partir da organização e implantação do processo de monitoramento e avaliação, se fomente discussões mais amplas quanto à aposta em transformá-la em uma política permanente do MS.

Com diversos editais já realizados^{III}, o alcance potencial dessa estratégia, deve ser ampliado, dimensionando o seu caráter indutor de um proces-

III Editais PET Saúde:

A Portaria Interministerial Nº 1.802 de 26 de agosto de 2008 instituiu o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. Foram lançados a partir de 2008 os seguintes editais:

viabilidade de integração ensino-serviço com destaque para educação permanente e infra-estrutura, adequação da proposta às DCN, Plano de Pesquisa e de intervenção definido a partir das necessidades do serviço e de temáticas prioritárias definidas a partir de necessidades do desenvolvimento do SUS como saúde indígena ou redes de urgência e emergência.

Os Editais estimulam a articulação com outras ações e programas da SGTES direcionadas à Educação em Saúde tais como Telessaúde, UNA-SUS e Pró-Residência além das políticas de Gestão do Trabalho em Saúde.

Produção científica e fundamentação dos avanços, potencialidades e sustentabilidade do PET-Saúde

Pode-se verificar uma grande produção científica no âmbito nacional sobre as inúmeras contribuições do PET-Saúde nos cenários acadêmicos, redes de serviço de saúde e comunidade, onde se destacam algumas categorias:

Integração Ensino-Serviço: A contribuição positiva da inserção do aluno de graduação nas Unidades Básicas de Saúde foi evidenciada positivamente na opinião dos próprios alunos e dos usuários do serviço. Na inserção comunitária o aluno torna-se potencialmente conhecedor e modificador da realidade em que está inserido, bem como colaborador na construção de um atendimento humanizado, ao cuidado interprofissional tornando-se um profissional crítico e consciente da realidade social ao qual está inserido. Para os estudantes o PET-Saúde colabora para o fortalecimento da integração ensino-serviço, porém apontam que ainda existe resistência de alguns profissionais da rede básica que não participam do programa, tornando-se um empecilho na consolidação dessa integração. A falta de espaço físico em algumas UBS para acomodação dos alunos é apontada como fator que fragiliza o bom andamento dos trabalhos.^{10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21}

Interprofissionalidade e trabalho em grupo: O PET-Saúde possibilita, no âmbito acadêmico-profissional, a integração entre cursos da área de saúde, com coordenação de ações resolutivas, permitindo a interação efetiva entre acadêmicos de outros cursos, promovendo a troca de experiências e de aprendizagem, itens extremamente significativos para a formação profissional. A interprofissionalidade é, segundo alguns autores, uma “experiência ímpar” proporcionada pelo PET-Saúde, sobretudo entre os acadê-

micos, e sua importância para atender às necessidades do Sistema Único de Saúde é sustentada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Enfermagem e Medicina.^{11,12,13,14,16,17,18,19,20,21,22}

Outro ponto de impacto do programa, considerado condição básica para a humanização do cuidado, foi a valorização do trabalho em grupo, no qual tutores, preceptores e estudantes atuam de forma cooperativa, “conformando uma ética solidária no trabalho, fato relevante para a qualidade existencial”.⁹

Indução nas mudanças curriculares e de uma educação profissional indissociável da pesquisa de intervenção a partir da vivência na realidade: As vivências dos alunos no PET-Saúde promovem o fortalecimento de habilidades, conhecimentos e atitudes acerca da ABS no sentido que possibilita a imersão dos estudantes nas ações em saúde desenvolvidas na comunidade à qual estão inseridas. Nesse plano, o programa ultrapassa as barreiras da formação tradicional das IES centradas no enfoque biologicista, médico-centrado e sem articulações com as práticas e políticas de saúde almejadas pelo SUS. Dessa forma, o PET-Saúde permite novas práticas e experiências pedagógicas favorecendo um processo de mudança e inovação metodológica e curricular.^{19,20,21,23,24} Possibilita ainda o desenvolvimento de pesquisas de intervenção muitas vezes pouco ou nada abordadas nos currículos das IES como saúde e meio ambiente, saúde indígena, maior autonomia do paciente, construção de desenhos tecno-assistenciais mais cuidadores, baseado nas necessidades de saúde do usuário.

Educação Permanente: Além das atividades de educação permanente já mencionadas, os projetos realizam oficinas e eventos de capacitação para docentes, profissionais de saúde e estudantes numa participação conjunta de todos os atores envolvidos. Essas atividades têm fortalecido as estratégias e conhecimentos que norteiam as políticas de saúde e educação permanente em saúde o que, inevitavelmente, aprofundam a integração ensino-serviço.^{10,13,17,18,20,21,25}

O conceito chave do PET-Saúde é a educação pelo trabalho. Nesse sentido o fio condutor desse projeto tem possibilitado uma ampla parceria entre as Instituições de Ensino Superior, Gestão e Ministério da Saúde com a ampla realização de capacitação dos elementos envolvidos no projeto.^{18,25}

Potencialidades e sustentabilidade: O PET-Saúde se destaca como estratégia de alta potencialidade em todos os cenários de prática visto que tem se tornado como catalisador de mudanças

da prática em saúde, do pensar e viver em saúde dos estudantes e dos profissionais nele inseridos. As atividades proporcionam mudanças na aprendizagem e na concepção de saúde dos alunos bem como estímulo participativo do processo de mudança do ensino em saúde.^{10, 12, 13, 25}

A estratégia tem possibilitado uma participação efetiva dos alunos nos serviços da unidade onde atuam. Isso reflete inclusive numa melhor resolubilidade dos serviços na atenção básica tanto pelo fluxo de trabalho como pela experiência nas atividades cotidianas e a integração com os residentes do Programa de Residência Multiprofissional. De forma geral configura-se como uma estratégia imprescindível e factível para a reorientação da formação em saúde e gerador de profissionais comprometidos com o ensino, pesquisa e saúde da população.^{11,14,16,19,20,21,24,25,26,27}

Vale apontar questões importantes que se apresentam a partir do desenvolvimento destas propostas, como: maior articulação das instituições de ensino com os serviços de saúde, a institucionalização das ações com a implantação das comissões de gestão e acompanhamento local e reconhecimento das mesmas como espaço efetivo de articulação entre a instituição de ensino e os gestores dos serviços de saúde, ampliação de articulação entre a IES e os gestores dos serviços de saúde, ampliação da carga horária de atividades práticas na comunidade e em serviços de atenção básica, sobretudo nas primeiras séries dos cursos.

Alguns desafios

Frente ao presente momento de repactuação das DCN dos cursos de medicina, da Lei dos Mais Médicos, da política de expansão das universidades federais, do plano de expansão da educação em saúde para as regiões prioritárias do país e a necessidade de enfrentar os novos desafios colocados ao SUS, constroem-se estratégias que possibilitam dar potência à promoção de disposições fecundas e à produção de inovações na formação profissional. Pensar a gestão do ensino em saúde frente a todas as necessidades do setor da saúde se coloca, pois, como requisito indispensável para a análise daquilo que tem sido proposto no cenário acadêmico e, também, daquilo que tem sido possível efetivar quanto ao trabalho e à participação social do setor saúde.

Pontos críticos também são identificados no desenvolvimento dos projetos, como a falta de continuidade da articulação entre todos os envolvidos decorrente da falta de um instrumento jurídico que garanta maior institu-

cionalização da integração ensino serviço frente as mudanças de gestores municipais e das IES, a infraestrutura limitada dos serviços de saúde e a insuficiência de espaços que garantam a efetiva participação dos profissionais no desenvolvimento das atividades.

Em que pese a importância de estudantes entenderem as possibilidades e limitações de cada âmbito da rede, como ocorre a relação de um serviço com o outro e como ocorre o encaminhamento, entrada, fluxo e saída em cada serviço, uma dificuldade apontada diz respeito à percepção dos participantes da necessidade de organização das redes de atenção nos municípios, notando-se, especificamente, a ausência de uma rede regionalizada de referência e contrarreferência de serviços assistenciais. “Assim, percebem-se os limites do trabalho na APS, que, por si só, mesmo realizando um trabalho de qualidade sob uma ótica ampliada do cuidado, não altera substantivamente a lógica organizativa dos serviços, em que predomina a assistência a doenças em suas demandas espontâneas, centradas no apoio diagnóstico, equipamentos e medicamentos”.

Apesar da falta de governabilidade do PET-Saúde para lidar com a resolução de todos os problemas apontados, colocar em prática princípios da Educação Permanente no desenvolvimento do PET tem propiciado atuar em um universo dinâmico, composto por uma complexa diversidade de saberes e modos de saber/fazer instituídos, “produzindo questionamentos onde caberiam apenas certezas”¹⁶ na tentativa de criar, recriar e potencializar “novos modos de fazer saúde”¹⁶ e possibilitar uma nova convivência em espaços coletivos onde conflitos existentes e, muitas vezes, cristalizados entre IES e serviços possam emergir como um espaço de construção e formação a partir da reflexão e análise das práticas, capaz de revisitá-las, ressignificá-las e reconstruí-las.²⁸

Agradecimentos

Agradecemos a todos que vêm participando, construindo e compartilhando as diversas edições do Pet-Saúde: professores, IES, profissionais de saúde, Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, estudantes e população usuária do SUS.

Referências

- 1 Brasil. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, Diário Oficial da União 1990; 19 set.
- 2 Carvalho, MS & Sousa, MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? Interface (Botucatu) [online]. 2013, vol.17, n.47, pp. 913-926. ISSN 1807-5762.
- 3 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198/2004, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em: < www.saude.gov.br/sgtes >
- 4 Haddad, A.E. A enfermagem e a política nacional de formação dos profissionais de saúde para o SUS. Rev. esc. enferm. USP, Dez 2011, vol.45, no.spe2, p.1803-1809.
- 5 Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 4, de 07 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38.
- 6 Feuerwerker LCM, Lima VV. Formação de ativadores de processos de mudança: uma estratégia do AprenderSUS. Olho Mágico. 2004;11(4):15-8.
- 7 Fundação Oswaldo Cruz. Educação à Distância. Curso de Ativação de Processo de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde. Caderno do especializando. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
- 8 Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde PRÓ-SAÚDE. Brasília: MS; 2005.
- 9 Schraiber LB, Mendes Gonçalves, RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MGRB, org. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec; 1996. p.29-47.
- 10 Santos, D.S.; Almeida, L.M.W.S.; Reis, Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde: Experiências de transformação do ensino e prática de enfermagem. Rev. Esc. Enfermagem USP. 47(6):1431-6. São Paulo, 2013.
- 11 Ferreira,J.R. et al. Pró-Saúde e PET-Saúde: Experiências Exitosas de Integração Ensino-Serviço (Editorial). Revista Brasileira de Educação Médica. 36 (1º supl1): 3-4. Rio de Janeiro, 2012.
- 12 Leite, M.T.S. et al. O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde na Formação Profissional. Revista Brasileira de Educação Médica. 36 (1º supl1): 111-118. Rio de Janeiro, 2012.
- 13 Oliveira, M.L. et al. PET-Saúde: (In)formar e fazer como processo de aprendizagem em serviços de saúde. Revista Brasileira de Educação Médica. 36 (1º supl1): 105-111. Rio de Janeiro, 2012.
- 14 Nunes, A.A. et al. Resolubilidade da Estratégia Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde tradicionais: contribuições do PET-Saúde. Revista Brasileira de Educação Médica. 36 (1º supl1): 27-32. Rio de Janeiro, 2012.
- 15 Almeida, F.C.M. et al. Avaliação da inserção do estudante na Unidade Básica de Saúde: visão do usuário. Revista Brasileira de Educação Médica. 36 (1º supl1): 33-39. Rio de Janeiro, 2012.
- 16 Boas, P.J.F.V; Souza, M.L.; Augusto et al. Acompanhamento domiciliar de idoso de Unidade Básica da Família de Botucatu. Revista Brasileira de Educação Médica. 36 (1º supl1): 161-165. Rio de Janeiro, 2012.
- 17 Pizzinato, A. et al. A integração Ensino-Serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. Revista Brasileira de Educação Médica. 36 (1º supl1). 2): 170-177. Rio de Janeiro, 2012.
- 18 Pinto, A.C.M. et al. Percepção dos alunos em uma universidade pública sobre o programa de educação pelo trabalho para a Saúde. Rev. Ciência e Saúde Coletiva. V. 18(8): 2201-2210. Rio de Janeiro, 2013.

- 19 Freitas, P.H. et al. Repercussões do PET-Saúde na formação de estudantes da área de saúde. Rev. da Esc. Anna Nery. Vol 17(3): 496-504. jul-set. São Paulo, 2013.
- 20 Rodrigues, A.A.A.O. et al. Processo de interação Ensino, Serviço e Comunidade: a experiência de um PET-Saúde. Revista Brasileira de Educação Médica. 36 (1º supl2): 184-192. Rio de Janeiro, 2012.
- 21 Cyrino, E.G. et al. Ensino e pesquisa na Estratégia de Saúde da Família: o PET-Saúde da FMB/Unesp. Revista Brasileira de Educação Médica. 36 (1º supl1): 92-101. Rio de Janeiro, 2012.
- 22 Zem-Mascarenhas, S.H. et al. Relato de experiência de São Carlos no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. Revista Brasileira de Educação Médica. 36 (1º supl1): 142-148. Rio de Janeiro, 2012.
- 23 Baunfeld, T.S. et al. Autonomia do cuidado: Interlocação afetivo-sexual com adolescentes no PET-Saúde. Revista Brasileira de Educação Médica. 36 (1º supl1): 71-80. Rio de Janeiro, 2012.
- 24 Albuquerque, G.S.C. et al. Educação pelo trabalho para a formação do médico. Rev. Trab. Educ. Saúde. v. 11, n.2, p411-430, maio/ago. Rio de Janeiro, 2013.
- 25 Souza, P.L. Projetos PET-Saúde e Educando para a saúde: Construindo saberes e práticas. Revista Brasileira de Educação Médica. 36 (1º supl1): 172-177. Rio de Janeiro, 2012.
- 26 Silva, T.N. et al. A equipe na estratégia de Saúde da Família: uma experiência do PET-Saúde. Revista Brasileira de Educação Médica. 36 (1º supl 2): 50-55. Rio de Janeiro, 2012.
- 27 Gonçalves RJ, Soares R, Troll T et al. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. Rev Bras Educ Méd. 2009;33(3):393-40.
- 28 Lauer PC. A educação permanente enquanto estratégia de fortalecimento de ações de saúde mental na atenção básica. São Paulo; 2010. Monografia [Graduação] - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

P A R T E

2

RELATO DAS EXPERIÊNCIAS DE
IMPLEMENTAÇÃO DA EDUCAÇÃO BASEADA
NA COMUNIDADE NO BRASIL

Coordenadores

Ana Claudia Camargo G Germani,

Eliana Amaral

Valdes R. Bollela

CAPÍTULO

4

Integração Ensino-Serviço-Eixo Integrador Da Atenção Básica À Saúde No Currículo Da FCM-UNICAMP

Angélica Maria Bicudo
Maria Ângela Reis de Góes Monteiro Antonio
Silvia Maria Riceto Ronchim Passeri
Sigisfredo Luis Brenelli
Eliana Amaral

Antes da reforma curricular de 2000

A Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP (FCM-UNICAMP) iniciou suas atividades em 1963. Pela história de sua criação e o período político vivido no Brasil nos seus primeiros anos, foi concentrando um corpo docente e discente crítico e pró-ativo, sensível aos aspectos políticos e sociais do país. Nos seus quadros, teve inúmeros pensadores da reforma sanitária que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Face a esse perfil, desde muito precocemente, nos anos 70, iniciou e contribuiu com movimentos para implantação de modelos de assistência à saúde que valorizavam a atenção básica e a atenção integral dos indivíduos. Participou ativamente da expansão da rede pública de atenção à saúde em Campinas e Paulínia e criou o Centro de Saúde Escola de Paulínia, contratando vários docentes para apoiar o ensino em Saúde Preventiva e Social, Pediatria, Ginecologia-Obstetrícia e Clínica Médica, na atenção primária e secundária. Desde então, docentes ligados aos Departamentos de Medicina Preventiva e Social e de Pediatria acompanham estudantes em estágios regulares durante a graduação, incluindo o Internato, e residentes, em unidades básicas de saúde de Campinas.

No final dos anos 90, as escolas médicas começaram um movimento de reflexão sobre o seu papel primordial de formação de recursos humanos para uma boa atenção à saúde das populações. Destas reflexões motivadas pela Conferência Mundial de Alma-Ata (1978) e pela I Conferência Mundial de Educação Médica de Edimburgo (1988), que propunham a reforma da educação médica visando a saúde e o bem estar do ser humano e pela II Conferência, em Edimburgo (1993), que apregoava que a educação médica promovesse a equidade no acesso à saúde, surgem movimentos visando as mudanças curriculares (Alma-Ata 1978; Feuerwerker 2006). Estas mudanças sugeriam a interdisciplinaridade, a diversificação dos cenários para o ensino e a reflexão crítica quanto aos avanços da tecnologia em saúde. No Brasil e na UNICAMP, isso não foi diferente. Tínhamos criado o SUS com suas prerrogativas e sua efetiva implantação e eficiência também dependiam de recursos humanos adequados.

Junto com um novo ordenamento da formação de recursos humanos, voltado a atender aos interesses do SUS, de um lado, com um novo mer-

cado de trabalho e a necessidade em dar resposta à crise de legitimidade do profissional médico propalada na sociedade, organiza-se a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM). Esta Comissão foi composta por 12 entidades, a saber, Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ), Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), Sindicato Nacional dos Docentes de Ensino Superior (ANDES), Federação Nacional dos Médicos (FENAM), Academia Nacional de Medicina (ANM), Conselho dos Reitores das Universidades Brasileiras (CRUB), Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR), Associação Médica Brasileira (AMB), e participantes do XXVIII Congresso Brasileiro de Educação Médica.

A CINAEM esteve em atividade entre 1991 e 2002. Durante estes anos, realizou várias pesquisas, congressos, fóruns, relatórios, formulando várias propostas de ação para a transformação da escola médica. Um total de 76 escolas médicas do país começou a discutir as novas diretrizes curriculares para o ensino da medicina. Com a prática da discussão conjunta, dos novos paradigmas e necessidades apresentadas puderam desenhar o que, após negociações com o Ministério da Educação, foi promulgado em 2001 como o novo marco para a formação de médicos no país, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN).

Em todos esses movimentos, a FCM-UNICAMP esteve presente. À medida que a discussão crescia na sociedade, também cresciam, dentro da instituição, os novos conceitos e ideais na formação profissional do médico. A Congregação da FCM-UNICAMP, em sua última reunião do ano de 1998, questionou toda a comunidade acadêmica: Que médicos essa faculdade quer formar? Para responder a tal questionamento, a Comissão de Graduação promoveu uma reunião com todos os departamentos e com o Instituto de Biologia (IB), principal parceiro nos chamados anos básicos da graduação em Medicina. Neste contexto, o Centro Acadêmico Adolfo Lutz (CAAL) também discutia o que estava acontecendo no país e no mundo em relação aos projetos pedagógicos e currículos de medicina. Estudava os projetos pedagógicos da maioria dos países, tentando entender o que seria mais condizente com a nova ordem social colocada.

Esse importante movimento na instituição culminou com o Seminário de Reforma Curricular da FCM-Unicamp, realizado em 1998, quando toda a faculdade pode discutir, inclusive com especialistas em ensino médico internacionais e de todo o país, os novos conceitos e diretrizes para a formação do profissional que o país necessitava. Esse Seminário concluiu pela necessidade de mudança imediata na graduação em Medicina. Criou-se a Comissão

de Reforma Curricular, assessora da Diretoria, com prazo determinado para apresentar suas propostas, composta por professores da FCM-UNICAMP, indicados pela Diretoria e pelos Departamentos, alunos representantes de todos os anos e professores do IB. Os membros desta comissão tinham quatro horas semanais preservadas para as reuniões, sendo dispensados de outras atividades. O novo currículo foi aprovado por unanimidade pelas Congregações da FCM-UNICAMP e do IB em 2000.

As mudanças implantadas com a reforma curricular de 2000

A Reforma Curricular do Curso de Medicina da FCM-UNICAMP foi iniciada com a turma de ingressantes de 2001, antes da publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os Cursos de Medicina, publicadas em outubro de 2001. As mudanças implantadas visavam passar, de um currículo com as fases básico-pré-clínico-clínico, estruturado em disciplinas, sob responsabilidade individual dos departamentos correspondentes, para um currículo integrado, horizontal e verticalmente, estruturado em módulos gerenciados por grupo de docentes de vários departamentos. Neste novo currículo, a integração ensino-serviço, com ampliação dos cenários de prática na atenção básica era um dos eixos integradores essenciais.

Para atingir o objetivo de formar um médico com melhor percepção das necessidades da população, propôs-se uma considerável ampliação das atividades curriculares obrigatórias tendo a atenção básica como cenário de prática, ao longo do currículo. Estas experiências visavam proporcionar competência técnica, ética e humanística, capacidade de trabalhar em equipe, espírito crítico em relação à incorporação de tecnologias, espírito transformador em relação ao sistema de saúde, capacidade de interagir com o contexto socioeconômico e respeito à autonomia do paciente.

Diversos módulos e submódulos constituíram este eixo curricular estruturante, de integração com a atenção básica: Ações de Saúde Pública (1º ano), Saúde e Sociedade (2º ano), Epidemiologia e Saúde (3º ano), Atenção Integral à Saúde (4º ano), Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/Dermatologia, Clínica Médica na Unidade Básica de Saúde, Pediatria Social (5º ano) e Planejamento e Gestão (5º ano).

A integração ensino-serviço neste eixo curricular começa no 1º ano com o módulo ***Ações de Saúde Pública***, onde grupos de 10 a 12 estudantes são supervisionados por docente, em 10 unidades básicas de saúde. Realizam um trabalho de contato com a comunidade, fazendo diagnósticos sobre as condições de vida e saúde da população. Este módulo visa à construção do conhecimento por intermédio de um trabalho que parte da experiência

em campo, das vivências e das concepções prévias dos alunos. Por meio do trabalho de campo tutorado por docentes, junto a um território de saúde de Campinas, as concepções prévias são problematizadas para permitir reorganizar as vivências neste cenário real. e seu contexto. O módulo é concluído com a apresentação dos trabalhos desenvolvidos pelos grupos.

No 2º ano do curso médico, o módulo **Saúde e Sociedade** possibilita ao aluno estabelecer um diálogo significativo para compreender os fenômenos relativos à saúde, sejam os processos de adoecimento das pessoas, sejam os diversos modos pelos quais as pessoas são assistidas em seus problemas. O processo saúde-doença, a organização das práticas de saúde e as políticas públicas em relação à saúde são os eixos privilegiados nesse módulo. Os grupos devem desenvolver um projeto de intervenção. Todo o processo ocorre, dentro de cada grupo, com participação dos docentes, auxiliares didáticos e alunos, juntamente com os profissionais de nível central, distrital e local da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SMS). Cada um dos cinco grupos de alunos de uma turma trabalha em um dos Distritos de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A escolha dos temas deve corresponder, ao mesmo tempo, à demanda da SMS e às necessidades de formação dos alunos.

No 3º ano, o **módulo Epidemiologia e Saúde** trabalha com os principais conceitos de Epidemiologia Descritiva em situações prevalentes para a compreensão do papel e da relevância da epidemiologia para a saúde pública e a atenção ao paciente.

No 4º ano, o **módulo Atenção Integral à Saúde** se propõe a contribuir para a formação geral do médico por meio da prática clínica supervisionada em situações de atendimento primário da criança e do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso. Visa o desenvolvimento do raciocínio clínico, da compreensão do processo diagnóstico e terapêutico, da prática da relação médico-paciente, da vivência e responsabilização em relação à atenção primária integral, fora do ambiente hospitalar. Outro aspecto relevante é a oportunidade de proporcionar, ao estudante, percepção e análise crítica do sistema atual de saúde. Também contribui para a percepção da importância da atenção à saúde de qualidade e compreensiva, antes mesmo de exercer a prática clínica nos serviços de maior complexidade, como acontece no período de Internato (5º e 6º anos).

A ênfase é dada no atendimento individual de doenças de maior prevalência para todas as faixas etárias, no submódulo de Atendimento nas UBS. Embora a atenção primária constitua o campo fundamental de atuação do médico após sua inserção no mercado de trabalho, as doenças mais prevalentes neste cenário têm sido pouco experimentadas na formação centrada no contexto hospitalar. Neste módulo, a partir da atenção individual, a discussão é ampliada, buscando romper a falsa dicotomia entre individual e

coletivo. Pretende-se que o aluno desenvolva a compreensão da interação entre o social e a saúde individual, recuperando os determinantes coletivos dos problemas individuais e as questões individuais dos problemas coletivos e suas soluções (Amaral et al., 2007).

O Módulo propicia, ao aluno, praticar anamnese e exame físico completos do paciente, registrando as informações de modo claro e organizado, e valorizando os achados relevantes para cada caso. Deve ainda, indicar condutas diagnósticas e terapêuticas para as situações mais comuns, realizar prescrição sob supervisão, integrar os processos diagnóstico, terapêutico e propostas de seguimento para os casos que acompanha. As atividades de atendimento individual são exercidas na forma de consultas, complementadas por discussão de casos com tutores e professores, com outros membros da equipe de saúde e participação em reuniões de projeto terapêutico. Os tutores do Centro de Saúde acompanham os atendimentos e discutem os casos, dividindo a função com os docentes. Complementarmente, o estudante deve ser capacitado em atendimento domiciliar e elaboração de projeto terapêutico interprofissional. As atividades práticas ocorrem através do atendimento primário ao paciente em Pediatria, Tocoginecologia, Clínica Médica, complementado por ações de Saúde Coletiva, Ocupacional e Ambiental, Patologia Clínica e Radiologia.

As UBS, que são campos de estágio, foram selecionadas em parceria com o Centro de Treinamento em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (CETS), considerando as demandas mínimas de espaço físico (quatro salas de atendimento individual) e o tempo de acesso a partir da UNICAMP, onde os estudantes têm atividades nas manhãs (Figura 1).



Figura 1: Unidades básicas de saúde (pontos rosa) que compõem o cenário de práticas do Curso de Medicina da FCM-UNICAMP.

Ainda em parceria com o CETS, foram selecionados tutores (hoje chamados de preceptores), com perfil para o ensino das áreas clínicas e de saúde coletiva, que fizeram um programa de desenvolvimento docente, sendo sensibilizados para o papel e esclarecidos sobre o módulo, seus objetivos e sobre a integração ensino-serviço. Os tutores facilitam a interação e garantem o cumprimento de normas e condutas já estabelecidas. É papel do docente da FCM (em cada clínica ou especialidade) dar supervisão às atividades dos alunos e contribuir na discussão dos casos atendidos, cobrindo com as equipes de saúde da família correspondentes. Os tutores, profissionais que trabalham na Rede Municipal de Saúde realizam a tutoria dentro da sua carga horária. Inicialmente, alguns receberam bolsa com recursos do projeto PROMED (programa do Ministério da Saúde, que visava contribuir para a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais), realizando a tutoria em horas além daqueles de seu contrato com a SMS (de Souza & Zeferino 2008).

Os alunos são distribuídos em 12 grupos de 9 ou 10 alunos, sendo que 2 grupos ficam fixos em cada uma das seis UBS durante os dois semestres, com os mesmos tutores e docentes. Cada UBS recebe, em uma semana, os mesmos 10 alunos de janeiro a outubro, às quartas, quintas e sextas-feiras à tarde e, na outra semana, os outros 10 alunos com rodízio quinzenal. Desta maneira, os mesmos alunos estão no serviço uma semana sim e outra não, permitindo programar seus retornos e manter o acompanhamento do paciente. Às quartas-feiras, cinco alunos ficam na área de Pediatria e cinco alunos na área de Ginecologia, às quintas-feiras as áreas são Pediatria e Clínica Médica e às sextas-feiras as áreas são de Clínica Médica e Ginecologia, atendendo os diversos membros da mesma família.

Dentro dos objetivos do módulo, há especial destaque para a responsabilização com o cuidado clínico da família. O estudante é estimulado a valorizar o vínculo com o paciente atendendo as intercorrências sempre que se apresentarem. Se o mesmo aluno que atende a criança, durante a anamnese descobre que a avó que a trouxe é hipertensa e está sem controle da doença, já deve agendar consulta da avó para que ele mesmo realize o atendimento, com a supervisão de docentes e tutores da Clínica Médica. Se a mãe traz seu filho para consulta de puericultura e ainda não fez sua revisão puerperal, o estudante deve propor e agendar sua consulta de ginecologia. Assim, o aluno de 4º ano se responsabiliza pelo cuidado supervisionado e faz a integração entre o cuidado individual, das famílias e da comunidade. A análise dos atendimentos nas diferentes UBS mostrou que não há grandes diferenças no perfil de morbidade dos casos atendidos pelos estudantes (Amaral et al., 2007).

Embora a rede de saúde pública deva ser campo de estágio para a formação de profissionais para o SUS, nem sempre ela está preparada estruturalmente para exercer este papel, carecendo de espaço físico de atendimen-

to para incluir os estudantes em treinamento e ambiente reservado para revisão e discussão dos casos clínicos. Para minimizar este problema, a FCM/ UNICAMP investiu recursos em reforma de algumas das UBS que servem de campo de entendendo que os estudantes devem vivenciar o atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS) em condições dignas para o usuário e profissional trabalhador. Esta dificuldade deve ser contornada, buscando-se as melhores condições possíveis para este cenário de práticas, e não pode ser impeditiva da integração precoce ensino-serviço.

As atividades teórico-práticas do submódulo de Saúde Coletiva, dentro deste módulo, são realizadas nas mesmas seis UBS, em encontros com os grupos de 10 alunos, supervisionados por docentes do Departamento de Saúde Coletiva e Tutores. Este submódulo tem como principais objetivos conhecer o trabalho em saúde e a gestão do cuidado na atenção básica, envolvendo as necessidades de saúde, as ações e tecnologias de cuidado, os fluxos da atenção, o trabalho em equipe, as responsabilidades e a multiprofissionalidade e o olhar dos usuários sobre as ações e o serviço. Complementarmente, devem analisar as informações do Núcleo de Saúde Coletiva da unidade e ações de Vigilância da Saúde.

Outros submódulos complementam conhecimentos na atenção integral saúde do módulo de **Atenção Integral à Saúde (AIS)**:

Patologia Clínica – objetiva fornecer subsídios teórico-práticos para indicação e interpretação dos exames laboratoriais relacionados às doenças de maior prevalência para todas as faixas etárias atendidas na rede básica do Sistema de Saúde.

Radiologia – Objetiva fornecer subsídios teórico-práticos para indicação e interpretação dos exames radiológicos relacionados às doenças de maior prevalência, para todas as faixas etárias atendidas na rede básica do Sistema de Saúde.

Saúde Ambiental – capacita o aluno em Toxicologia Clínica e Epidemiológica com noções de toxicologia aplicáveis na atenção ao indivíduo e à coletividade.

Saúde Ocupacional – ressalta a importância do trabalho, seu ambiente e as condições em que se realiza, além de apresentar as doenças relacionadas ao trabalho, com enfoque nas situações mais prevalentes no nível primário de atenção à saúde.

Ainda, o módulo AIS tem o submódulo Conteúdo Teórico, que foca as condições clínicas mais prevalentes, com abordagem integrada das áreas da criança, adolescente, mulher, adulto e do idoso, na forma de seminários para a turma com 110 estudantes, duas tardes na semana.

Uma das mudanças implantadas por este módulo estruturante do novo currículo (AIS) no submódulo de *Atendimento nas UBS* foi o sistema de avaliação do estudante, com estratégias de avaliação formativa e somativa, que promoveram uma nova perspectiva para os docentes e discentes acerca da avaliação. Utiliza-se o portfólio individual, entregue para revisão no final do 1º semestre, onde são incluídas as planilhas de atendimento diário com diagnósticos, a avaliação de relatórios orientados sobre casos de clínica, pediatria e ginecologia e revisão bibliográfica sobre um tema que considerou relevante em cada caso. Estes são incluídos com o intuito de fazer o aluno refletir sobre seu atendimento supervisionado, as dificuldades e facilidades enfrentadas e também para apontar suas carências no estágio e estratégias para superá-las. No início do segundo semestre, a correção dos portfólios é discutida em cada UBS pelos docentes e tutores, buscando orientar os estudantes para melhoria no 2º semestre. Após uma fase piloto, também se agregou a “Avaliação Estruturada do Atendimento”, com formulários por área clínica, que permite avaliação detalhada e completa por observação dos atendimentos dos estudantes. A estes métodos, somam-se provas de múltipla escolha e conceito itemizado compartilhado por docentes e tutores sobre o desempenho do estudante no semestre (Domingues et al., 2009).

Para avaliação do programa educacional deste módulo, realiza-se, no final do semestre, uma oficina de avaliação com todos os parceiros envolvidos, representantes dos alunos de cada UBS, docentes, tutores e gestores (da UBS e da SMS). A estratégia utilizada é a retomada dos objetivos da integração e formação dos profissionais voltados para a nossa realidade sob a responsabilidade da coordenação do módulo, seguida por discussão em seis grupos (UBS). Cada grupo discute os itens responsabilização, vínculo médico-paciente, ética, integração de conteúdos teórico-práticos e trabalho em equipe. Os relatos mostram que esta proposta de unidade curricular integrada pode propiciar atenção integral à saúde dos indivíduos próximos à sua comunidade na rede primária, melhorando a integralidade das ações e, por consequência, o aprendizado do “ser médico” ainda no 4º ano do curso e antes da experiência de “ser médico” no hospital, durante o Internato.

No 5º ano do novo currículo, a inserção na rede também foi ampliada com a criação do estágio de *Atendimento em Doenças Sexualmente Transmitidas (DST)/ Dermatologia* que acontece em outra UBS. Estas atividades do novo currículo no eixo de Atenção Básica à Saúde se complementam com atividades mantidas desde o currículo anterior, como o *estágio de Pediatria Social*, implantado nos anos 80, com os alunos atendendo em outras duas UBS. Esta articulação inclui o estágio de Ges-

tão e Planejamento, no 5º ano, no qual os estudantes são encarregados, com apoio dos professores, de elaborar e (ou) revisar projetos terapêuticos singulares que tenham como objeto indivíduos ou coletivos em situação de vulnerabilidade, buscando aprimorar a intervenção das equipes de saúde locais (Carvalho et al. 2009).

As adaptações no currículo vigentes em 2014

Desde a implantação do modelo curricular da Reforma até os dias de hoje, o currículo médico do Curso da Unicamp vem sendo submetido constantemente à análise junto à Comissão de Ensino de Graduação. O acompanhamento das atividades no processo de Avaliação Institucional resulta em adequações para a melhoria contínua da qualidade do ensino e dá flexibilidade, permitindo adequações imediatas quando necessárias.

Assim, no eixo de Atenção Primária à Saúde, os módulos de **Epidemiologia e Saúde I e II**, antes ministradas no 3o ano do Curso, passaram a ser oferecidas no 2º ano em 2014. Esta adequação se fez necessária, pois se entendeu que alguns conceitos de Epidemiologia seriam melhor assimilados pelos alunos se fossem ministrados próximos às atividades práticas desenvolvidas nas UBS, como por exemplo: Análise da situação em saúde, Vigilância Epidemiológica, Distribuição de doenças, tendências demográficas e sociais, Estrutura do Sistema Nacional de Vigilância. Outro aspecto que motivou a adequação nestes módulos de ensino está relacionado a conceitos estatísticos abordados nas disciplinas de Epidemiologia (medidas de frequência de doenças, medidas de associações, indicadores usuais, medidas de mortalidade, proporções e taxas, índices e coeficientes). Assim, os módulos voltados aos conceitos estatísticos ficam concentrados nos dois primeiros semestres do curso, em paralelo aos módulos de **Prática de Ciências I e II**. Com a adequação das disciplinas de Epidemiologia para o 2º ano, a proximidades desses conceitos facilita a compreensão dos estudantes, pois os temas serão desenvolvidos de forma gradativa e sem interrupção.

Outra mudança ocorrida no eixo de Atenção Básica e Saúde refere-se ao cenário de prática de DST. Apesar das atividades de Dermatologia permanecerem na UBS, o atendimento de DST passou a ser desenvolvido no Ambulatório de Dermatologia Geral do Hospital de Clínicas da Unicamp e no Ambulatório de DST do Hospital da Mulher “Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti” – Caism. Essa mudança se fez necessária por conta da demanda de atendimentos, que nos cenários atuais permite maior oportunidade de treinamento para os estudantes, o que não vinha ocorrendo pela baixa prevalência dos agravos na rotina de uma UBS.

Conclusões e desafios futuros

Desde a década de 70, a FCM-Unicamp participa ativamente de todos os movimentos a favor da promoção e da construção da integração ensino-serviço, tanto no ensino de graduação, como de residência médica, pós-graduação, atividades de extensão com educação continuada para profissionais de saúde da rede de atenção básica e gestores do SUS, além de ter ativa participação com atividade de assessoria a órgãos definidores de políticas de saúde e educação. Entende que a possibilidade de os estudantes de graduação atuarem em serviços de saúde que lhes apresente a realidade da profissão dá sentido ao conhecimento, habilidades e atitudes que deverão incorporar durante o curso, tornando-se profissionais competentes para atuar segundo as necessidades e anseios da sociedade.

Particularmente a experiência de construção e implantação da Reforma com eixos orientadores curriculares como Atenção Básica, além de Ética/Bioética, são possíveis em face de uma cultura institucional, por sua história de formação, com caráter participativo, democrático e de abertura à comunidade onde está inserida. O papel da comunidade interna e externa sempre foi ativo e a gestão acadêmica tem tradição de respeito aos debates e decisões coletivas.

Um ingrediente essencial para o sucesso do processo de mudança de 2000 da FCM-UNICAMP foi a estratégia de institucionalização dos trabalhos, com a Comissão de Reforma Curricular sendo considerada assessora direta da Diretoria, tendo seus membros nomeados em portaria, mesclando indicações vindas dos departamentos (gestores de ensino de graduação) e professores indicados pela Diretoria pelo reconhecimento de sua dedicação aos temas de formação na graduação.

No entanto, a integração ensino-serviço continua sendo um constante desafio, por razões externas e internas à instituição, operacionais e/ou políticas. Embora o ordenamento da formação de recursos humanos para a saúde seja de competência da gestão do SUS, e a Constituição Federal de 1988 (artigo 27) reconheça que os serviços públicos que integram o SUS constituem campo de prática para o ensino e a pesquisa, este entrosamento deve também ser entendido pelas equipes gestoras e atuantes nos campos de estágio no momento em que esta interação acontece. Isso inclui promover maior participação da comunidade nas decisões, em espaços legítimos.

As dúvidas em relação a quem deve se responsabilizar pelo ensino da Graduação, como e quando os estudantes devem ser inseridos nos diversificados cenários de prática, qual o número máximo de estudantes por campo de estágio que não compromete a aprendizagem e os serviços, em quais

serviços inseri-los e em que fase, exigem discussões participativas e estudos para construir um processo legítimo. Nesta direção, as oficinas semestrais de avaliação, que incluem os estudantes, a academia e o serviço, têm sido uma fonte de aprendizado, onde avanços e dificuldades tornam-se os agentes provocadores das mudanças.

As dificuldades encontradas nas UBS (espaço físico, falta de disponibilidade de profissionais médicos para serem preceptores, falta de equipamentos básicos, falta de integração e interação com a equipe local e a resistência de algumas comunidades em serem atendidas por estudantes) devem ser encaradas em conjunto com a Secretaria de Saúde e equipes locais para que haja um equilíbrio entre as necessidades pedagógicas do processo de formação do médico e as demandas reais dos serviços de saúde.

Instrumentos formais de compromisso academia-serviço, que contemplem as nuances desta relação, assinados após verdadeira negociação e acordo, são essenciais. A disputa de espaço nos cenários de prática da atenção primária entre as instituições públicas (que não tem entrado com recursos financeiros nesta negociação) e as instituições privadas (que o fazem), mostra uma das dificuldades que exigem tais instrumentos de compromisso bilateral.

Quanto à FCM-UNICAMP, é preciso superar a dificuldade de encontrar o professor apropriado e motivado para ensinar neste cenário. Esta dificuldade é um reflexo do preconceito que não reconhece que a atenção básica é um cenário complexo para se ensinar e, como tal, deveria ser reconhecido como um dos mais relevantes cenários de prática docente, reservado a docentes destacados nas múltiplas competências docentes, que incluem não apenas as questões técnicas, mas as humanísticas e de postura profissional. A valorização das atividades de ensino em igualdade com a as atividades de pesquisa, um processo sendo construído na FCM-UNICAMP, pode colaborar nesta direção. É preciso, ainda, promover a formação e atuação dos estudantes nos campos de prática em equipes multiprofissionais.

A comunidade acadêmica da FCM-UNICAMP reconhece que, passados 14 anos de Reforma Curricular, é hora de refazer o caminho de mobilização da comunidade da instituição e seus parceiros (como a SMS) para fazer propostas de mudanças e adequações. As novas DCN, recentemente publicadas, servirão de impulso neste processo (Brasil 2014). Mais uma vez, a energia mobilizadora do corpo discente, em espaços institucionais pertinentes, deverá se integrar e alinhar com o corpo de docente e impulsionar a instituição, sendo essencial o apoio político e respaldo institucional dos gestores acadêmicos.

Referências

- 1 Amaral E, Zeferino A, Nadruz W, Antonio MA, Sarian L, Inhaia C, Leite RC, Mennin SP. Successful accomplishment of educational goals with clinical experience at public primary care facilities *Med Teach*. 2007; 29(6):600-5.
- 2 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm]. Acessado em 09 de julho de 2014.
- 3 Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES Nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. [http://www.abem-educmed.org.br/pdf/diretrizes_curriculares.pdf]. Acessado em 9 de julho de 2014
- 4 Brasil. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União Nº 117, segunda-feira, 23 de junho de 2014 [<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=23/06/2014&jornal=1&pagina=8&totalArquivos=64>]. Acessado em 9 de julho de 2014
- 5 Carvalho SR, Campos GWS, Oliveira RN. Reflexões sobre o ensino de gestão em saúde no internato de medicina na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.- *Unicamp. Interface (Botucatu)*. 2009.13 (29).
- 6 de Souza PA, Zeferino AM, Ros Mda A. Changes in medicine course curricula in Brazil encouraged by the Program for the Promotion of Medical School Curricula (PROMED). *BMC Med Educ*. 2008 Nov 27;8:54.
- 7 Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p. 15.
- 8 Domingues RC, Amaral E, Zeferino AM. Global overall rating for assessing clinical competence: what does it really show? *Med Educ*. 2009;43(9):883-6.
- 9 Feuerwerker LCM. O movimento mundial de educação médica: as conferências de Edinburgh. *Cadernos ABEM*, 2006. 2:30-8. [http://www.abem-educmed.org.br/pdf_historia/movimento_mundial.pdf]. Acessado em 9 de julho de 2014.

CAPÍTULO

5

O Ensino De Graduação De Medicina E Enfermagem Na Atenção Primária À Saúde: 45 Anos De Experiência Da Faculdade De Medicina De Botucatu – Universidade Estadual Paulista (FMB/UNESP)

Renata Maria Zanardo Romanholi, Antonio de Pádua Cyrino,
Cássia Marisa Manoel, Alice Yamashita Prearo, Janete
Pessuto Simonetti, Regina Célia Popim, Paula de Oliveira
Montandon Hokama, Miriam Hashimoto, Paulo José Forte
Villas Boas, Jacqueline Costa Teixeira Caramori &
Eliana Goldfarb Cyrino

A história do ensino na atenção primária à saúde na FMB/UNESP

Ao recuperar o processo de desenvolvimento de um campo de “ensino extramuros”, como se chamava à época, ou de serviços experimentais de saúde na Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) – Unesp¹ pode-se identificar que tal processo deu-se num contexto de difusão no Brasil e na América Latina do projeto de reforma médica da Medicina Integral e, de sua expressão na educação médica, a Medicina Preventiva.¹

Todavia, o que diferenciou o processo na FMB, criada no início dos anos de 1960, do ocorrido em outras instituições de ensino superior (IES) brasileiras, foi o ambiente propício encontrado no interior desta nova escola médica. Em parte, isto se deveu à presença de docentes jovens “que desejavam a revisão completa da estrutura universitária e que defendiam a aproximação da universidade com a população [...]”.²

O ensino na comunidade para estudantes de medicina foi inaugurado em 1970, com a criação da Unidade Sanitária Rural, onde teve início um estágio de 6º ano, coordenado pelo Departamento de Medicina Preventiva, com participação direta de docentes de outros Departamentos e Disciplinas, como, Moléstias Transmissíveis e Infecciosas, Psicologia e Pediatria.³ O projeto foi constituído como espaço para praticar ensino na comunidade, indicando a influência da Medicina Preventiva numa fase mais avançada deste ideário, de menor valorização de uma integração intra-escolar, que perdia relevância.⁴ Embora este estágio não tenha tido vida longa, a vivência de ensino na atenção primária à saúde teve continuidade no 6º ano, em estágio de Saúde Pública, oferecido nos municípios pequenos e de características rurais da região de Botucatu. Esse programa se estendeu até 1985⁵, enquanto, neste estágio, parte dos estudantes passava a frequentar o Centro de Saúde Escola (CSE), instalado em 1972.

A criação do CSE ocorreu com influência do movimento da Medicina Comunitária e na expectativa que ultrapassou aquela voltada ao ensino dirigido a explorar o desenvolvimento de modelos de atenção à saúde.^{1,5}

1 À época: Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu (FCMBB), IES pública isolada, posteriormente incorporada à Universidade Estadual Paulista (Unesp).

Cabe lembrar que esta prática da Universidade, na experimentação de modos de organizar os serviços de saúde, especialmente no estado de São Paulo por meio desta experiência dos CSEs, contribuiu com a Reforma Sanitária Brasileira dos anos 1980.⁵

Foi justamente na “Nova República”, na década de 1980, que o ensino de graduação na atenção primária à saúde (APS) passou a ser realizado na rede local de serviços primários de saúde, que começou a se estruturar em algumas cidades brasileiras, dentre as quais Botucatu, em 1983. Todavia, ainda por alguns anos esta vivência ficou limitada ao estágio de Saúde Pública oferecido no internato do 6º ano médico.

A FMB foi pioneira no desenvolvimento do internato em dois anos e do internato na APS, que hoje, completa 45 anos. Ressalta-se que o estágio na APS, reformulado por diversas vezes, teve seu desenho pautado na interlocução entre a fronteira dos problemas da vida e o adoecimento, entre o trabalho na clínica geral e comunitária e expressão dos problemas de saúde na dimensão coletiva, na perspectiva de formação nas habilidades e práticas técnicas para ação na clínica geral individual e no plano coletivo. Até início dos anos 80, o internato em saúde pública era realizado em pequenos municípios. Com a organização da rede de Botucatu, o internato passou a ser desenvolvido na área urbana da cidade.

A expansão do ensino médico e de enfermagem na rede local de serviços básicos de saúde em Botucatu ocorreu a partir de 1993, com o desenvolvimento do Projeto UNI (**U**ma **N**ova **I**niciativa na **F**ormação de **P**rofissionais de **S**aúde em **U**nião com a **C**omunidade), apoiado pela Fundação W. K. Kellogg, que estimulou maior articulação entre FMB e a Prefeitura Municipal de Botucatu, visando ao desenvolvimento sincrônico dessas instituições.⁶ Embora parte das novas atividades de integração universidade-serviços tenha sido suspensa ao término do financiamento, algumas inovações (Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia) permanecem até hoje em atividades na rede. A disciplina “Pediatria na Comunidade” ministrada, desde 1994, oferece ao 4º ano médico a oportunidade de desenvolver atendimento integral às crianças junto à rede municipal de saúde, no CSE e em unidades básicas de saúde (UBS) sob a supervisão de **médicos** das equipes das UBSs e docentes da FMB.^{7,8}

Houve, também, com o Programa UNI ampliação da presença da comunidade em espaços de deliberação das políticas locais de saúde e integração entre a Universidade e os serviços, inclusive como cenário de ensino.⁹

Foi o novo contexto jurídico-político no país, quando a Saúde foi reconhecida como direito social e o Sistema Único de Saúde (SUS) implantado para assegurar a atenção à saúde, que novos desafios foram

progressivamente postos às IES na área da saúde^{II}. O papel ordenador na formação de recursos humanos na área da saúde foi atribuído ao SUS pela Constituição Federal de 1988.

A implantação da rede básica de saúde municipal, a partir de 1983, foi coordenada por docentes da FMB/UNESP que vêm atuando na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), e assim sempre estiveram presentes nos movimentos pela redemocratização do país e, particularmente, nos movimentos da reforma sanitária e da implantação do SUS.¹⁰

Na década de 1990, a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), que teve como objetivo principal “*a avaliação dos componentes da qualidade para a transformação da realidade revelada através de diferentes metodologias e instrumentos*”.^{III} Participaram da CINAEM várias entidades e um grupo expressivo de escolas médicas e foi marcada por sua influência na criação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2001. Uma nova perspectiva foi apontada, no sentido de redesenhar a escola médica com maior articulação às necessidades de saúde da população, o que foi fundamental para mudanças que ocorreriam nos anos seguintes.

Nos seus 51 anos de história, a FMB-UNESP passou por vários processos de reformulação curricular. No ano de 1989, foi criado o Curso de Graduação em Enfermagem dando cobertura ao amplo distrito geo-educacional, onde não existia uma IES pública de formação de enfermeiros. O fato da FMB não ter implantado novo currículo como proposto pelo Projeto UNI e ter participado ativamente da CINAEM (1999-2000) influenciou as mudanças que se dariam na graduação das décadas que se seguiram.

Em 2000, foi criado o Núcleo de Apoio Pedagógico (NAP) no Curso de Graduação em Medicina da FMB, visando apoiar questões pedagógicas fundamentais para mudança do ensino médico e de enfermagem, da FMB. Constituiu-se, em 2001, grupo de trabalho que em parceria sinalizaram a necessidade de revisão do currículo frente a problemas internos, como a fragmentação do ensino aproveitando a recém publicação das DCN que ocorreu em novembro daquele ano.

A partir de 2001, o ensino médico da FMB abriu-se ao debate frente à necessária adequação às novas DCN, e ao Programa de Incentivo às Mudanças das Escolas Médicas, (PROMED), proposto e financiado pelo Ministério

II A Constituição Federal (1988) estabeleceu que ao SUS compete “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” e a Lei Orgânica da Saúde (1990) definiu que a política de recursos humanos na área da saúde deve cumprir como objetivo a “organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino [...]”.

III Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. SIQUEIRA, B.P. CINAEM – um pouco de sua história. Cadernos da ABEM. Volume 2 – Junho, 2006.

da Saúde (MS) em parceria com o Ministério da Educação (MEC). A FMB, em 2002, foi uma das dezenove escolas médicas do Brasil selecionadas para investimento de projeto do MS com objetivo de inovar seu ensino na perspectiva de maior integração ao desenvolvimento do SUS. Pesquisa realizada sobre o PROMED apontou que:

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

Os dados específicos sobre o desempenho da FMB^{IV}, neste estudo, no período entre 2002 a 2008, descrito em relatórios, apontam que houve **ampliação dos** cenários de práticas, com valorização do ensino na atenção primária e secundária de Botucatu e região, abrindo campo de pós-graduação e educação permanente para os trabalhadores da saúde, além de ampliar a produção científica sobre o SUS (Figura 1). A partir destas mudanças o estudante passou a desenvolver atividades práticas na comunidade e na rede de atenção à saúde no SUS. Também foi possível o início da valorização das habilidades na formação do estudante e avaliações com simulações realísticas e um movimento para a formação de professores e profissionais da rede.

Em 2005, a participação da FMB no PRÓ-SAÚDE I para o curso de medicina, e posteriormente, o PRÓ-Saúde II para o curso de enfermagem, contribuíram para o fortalecimento da interação entre a rede de serviços públicos municipais e a FMB/UNESP.^{11,12}

IV Relatório do Projeto de Pesquisa de Avaliação: Análise exploratória da gestão da educação na saúde. Componente 2: Avaliação do PROMED. Sumário executivo, NESCON, UFMG, 2011.

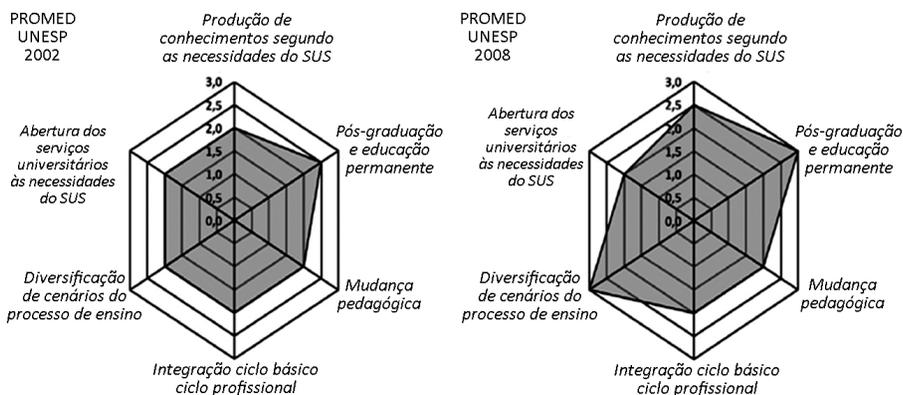


Figura 1: Gráfico do desempenho da Faculdade de Medicina Botucatu no PROMED: Estágios por Vetores: 2002 e 2008.

Em 2008, a FMB, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Botucatu foi selecionada para a participação no Programa de Educação pelo Trabalho – Saúde^V, (PET-Saúde) revelando novo esforço para ampliar o trabalho em parceria entre docentes, profissionais de saúde e estudantes de medicina e enfermagem.

O PET-Saúde, da FMB, 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.¹³

A parceria estabelecida com a SMS tem exigido disponibilidade permanente para o diálogo e muitas vezes foram necessárias à administração de conflitos, originados de interesses divergentes entre as partes, FMB e SMS de Botucatu, 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.¹³

Mesmo tendo havido mudanças na gestão do Município e da Universidade, o que resultou em maior ou menor aproximação entre a FMB/UNESP e SMS, a permanência de estudantes e residentes em estágios na rede ao longo destes 28 anos está cada vez mais consolidada e tem sido fortalecida pelo envolvimento do controle social, que está sempre presente nas discussões.

V O programa PET-Saúde (parceria entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES, do Ministério da Saúde e a Secretaria de Educação Superior – SESU, do Ministério da Educação) tem como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade, formação permanente de todos os sujeitos envolvidos; possibilidade de mudança na formação do profissional da área de saúde no nível universitário e, principalmente a implantação de projetos coletivos na ESF.

A formação Interprofissional na Disciplina de Interação Universidade-Serviço-Comunidade

Atendendo à necessidade de intensificação da integração entre a FMB e a rede de serviços de saúde, desde 2003 foi criada e implantada a disciplina denominada Interação Universidade-Serviço-Comunidade(IUSC). A IUSC foi uma experiência construída coletivamente a partir do reconhecimento da necessidade de vivência de estudantes e professores, em práticas voltadas à integralidade das ações em saúde; centra seu foco na família inserida no universo das relações históricas, culturais, socioeconômicas e políticas da sociedade, procurando romper com a concepção biomédica no processo ensino-aprendizagem.¹²

Por meio de dois eixos condutores: integralidade e humanização do cuidado, a IUSC propõe ampliar a compreensão de que a clínica não é só um conjunto de ações individuais, mas o olhar ampliado para os problemas, na sua singularidade e que o acolhimento às necessidades de saúde deve acontecer na rede de atenção à saúde, destacando-se a APS como norteadora de demandas à rede.

As atividades educacionais desenvolvidas na IUSC não se restringem à visão biológica-reducionista do cuidado médico; valoriza também a educação em saúde e promoção da qualidade de vida e percepção de que a saúde se realiza em múltiplos cenários.^{3,12}

A IUSC está presente nos três primeiros anos da formação médica e nos dois primeiros anos da formação de enfermagem, proporcionando ao estudante um contato regular e permanente com a comunidade, com objetivos e estratégias diferentes em cada ano visando à incorporação de conceitos e maior entendimento dos problemas de saúde na APS, considerando sua complexidade (Quadro 1).¹³

Apresenta-se prática interdisciplinar, propiciando-se experiências nas quais os estudantes compreendam como um conhecimento depende do saber de distintas áreas e ênfase no senso de autonomia, assim como exposição a situações concretas da realidade de saúde de nossa região e país. Trata-se, portanto, de um espaço privilegiado para trabalho grupal na perspectiva psicossocial e comunitária, resgatando pressupostos teóricos e metodológicos que busquem mudanças qualitativas na prática social dos indivíduos.¹²

No 1º ano enfatiza-se a importância do reconhecimento das condições de vida e saúde da população e o conhecimento dos dados demográficos e epidemiológicos da área. São realizadas entrevistas com lideranças comunitárias e profissionais que atuam nos equipamentos sociais (Centros Comunitários, Creches, Escolas, UBS/USF e outros), tendo como eixo norteador os

aspectos históricos, estruturais e o cotidiano do bairro. Realizam-se também visitas domiciliares às famílias com crianças menores de um ano indicadas pela UBS/USF, acompanhadas por todo ano, desenvolvendo-se a comunicação, a escuta, a aproximação com famílias muitas vezes diferentes das famílias dos estudantes (Figura 2). O foco é na saúde e promoção da saúde, a perspectiva individual e coletiva e a importância do “brincar”, amamentação/ alimentação, cuidado para o desenvolvimento da criança.

Período e curso envolvido	Objetivos gerais	Professores envolvidos/numero de grupos
1º ano Estudantes de enfermagem e medicina, em conjunto.	Reconhecer a situação de vida e de saúde da comunidade, o território (como vivem, como cuidam da saúde e das doenças, porque adoecem os cidadãos), acompanhar a singularidade do cuidado a recém-nascidos e família e participar das estratégias de proteção e cuidados à saúde, conhecer o trabalho da equipe da UBS e/ou USF e rede de atenção do Município de Botucatu.	12 Docentes e preceptores das 14 profissões da saúde. 11 a 12 grupos de estudantes de medicina e enfermagem e 1 tutor
2º ano Estudantes de enfermagem e medicina, em conjunto.	Desenvolver ações de promoção, educação e prevenção à saúde junto à comunidade da mesma UBS e/ou USF, a partir da problematização da realidade e de demandas e necessidades levantadas no território, já conhecido no primeiro ano, dar continuidade ao acompanhamento do cuidado a criança e família em parceria com as ações na atenção básica do Município de Botucatu.	12 Docentes e preceptores das 14 profissões da saúde. 11 a 12 grupos de estudantes de medicina e enfermagem e 1 tutor
3º ano Estudantes de medicina	Manter o desenvolvimento de ações de promoção, educação e prevenção à saúde junto à comunidade da UBS e/ou USF. Priorizar a atividade de atendimento clínico, na mesma unidade frequentada nos anos anteriores, de forma regular, responsável e com acompanhamento durante todo o ano. Realizar reuniões de supervisão interprofissional.	Docentes e preceptores de formação médica. 25 a 30 grupos de estudantes de medicina e um tutor

Quadro 1: Objetivos gerais propostos para a IUSC, como módulo interprofissional para cursos de graduação de enfermagem e medicina, do 1º ao 3º ano. FMB/UNESP, 2014.

No 2º ano, o foco é ampliar as habilidades de comunicação dos estudantes, voltadas para o planejamento, execução e avaliação de atividades de educação em saúde, buscando promover a saúde a partir de demandas indicadas pela comunidade, mantendo-se as visitas domiciliares iniciadas no 1º ano. O enfoque se dá na família de crianças que já vinham sendo acompanhadas, apropriando-se das proposições sobre o cuidado à família. Temas,



Figura 2: Visitas domiciliares com agentes comunitários no acompanhamento de crianças desde o nascimento, Botucatu, 2008.

como Ética, transitam em questões relacionadas ao papel do profissional de saúde na busca da maior autonomia das famílias, das comunidades e como os profissionais tem respeitado o processo de planejamento e de decisão dos usuários sobre seus processos de adoecimento. A compreensão sobre o prontuário e a importância da qualidade do registro são temas valorizados. Todo trabalho é transversalizado pela discussão e presença, na prática do trabalho, da humanização do cuidado como possibilidade de mudança da lógica autoritária do modelo vigente presente nos serviços de saúde, buscando-se exercitar momentos de acolhimento capazes de dar significado às ações dos estudantes e das equipes de Saúde.

No 3º ano, os estudantes em Medicina desenvolvem atendimento clínico supervisionado, preferencialmente na mesma UBS/USF da área de abrangência onde atuaram nos anos anteriores. No decorrer desta série, na qual é ministrada a maior parte das disciplinas de Semiologia na formação médica da FMB, a atividade da IUSC consiste em uma primeira ocasião de desenvolvimento prático destes conhecimentos e também do raciocínio clínico, discutindo-se o sujeito do cuidado médico de uma forma integral, inserido em sua realidade histórica e social (Figura 3).



Figura 3: Estudantes de Medicina e Enfermagem reunidos para formação interprofissional na saúde em Unidades de Saúde da Família, Botucatu, 2007.

A proposta pedagógica do ensino na comunidade

A IUSC traz como proposta pedagógica ensino problematizador e trabalho grupal, com profissionais de diferentes formações profissionais, que teriam como objetivo possibilitar aos estudantes reflexões baseadas nas contradições da prática de saúde, e propiciar-lhes visão ampliada sobre o processo saúde-doença. É por meio de conhecimentos e problemas obtidos a partir da observação da realidade e da convivência inicial com o cotidiano da população, que se manifestam, para estudantes e professores, todas suas contradições – daí o caráter fortemente político do trabalho pedagógico na problematização, marcado por uma postura crítica de educação.¹²

Na problematização, a relação ação/reflexão/ação possibilita que professor e estudantes reflitam sobre necessidade e disponibilidade de pesquisar, de acompanhar e colaborar no aprendizado crítico, o que, frequentemente, coloca o professor diante de situações imprevistas, exigindo que ambos compartilhem, de fato, o processo de construção do conhecimento. Assim, ensinar e aprender passa por “dois momentos do ciclo gnosiológico:

em que se ensina e se aprende o conhecimento já existente e o em que se trabalha a produção do conhecimento ainda não existente”.¹⁴

Após o estudo de problemas podem surgir outros desdobramentos sobre o tema, exigindo-se o contato com situações ou conteúdos que não foram previstas pelo professor. Os conhecimentos científicos integram percepções, emoções, conhecimentos e percepções de pessoas envolvidas (FIGURA 4), permitindo que diferentes saberes sejam compartilhados na construção do conhecimento.¹⁴



Figura 4: Problematização: professor, preceptores e estudantes em discussão na atenção ao paciente diabético, Botucatu, 2011.

Entende-se que novos cenários devem propiciar a participação dos estudantes em ações de promoção da saúde, em uma área territorial definida, com referência a UBS ou USF, nas quais o estudante deverá participar ativamente da integralidade das ações das equipes junto às comunidades, buscando romper com a dicotomia preventivo/curativo, saúde coletiva/prática clínica e ações individuais/ações coletivas.

O trabalho de formação dos professores-tutores e de planejamento das atividades é feito de maneira contínua. Valoriza-se a construção coletiva do projeto, procurando-se trabalhar em parceria, no sentido de “longe de ser a unanimidade, aproximar-se mais da capacidade de trabalhar com o diferente para objetivos profissionais comuns”.¹⁴ O desafio é formar um grupo no qual o saber de cada um enriquece o outro, com ênfase no trabalho coletivo e interdisciplinar, processo grupal, planejamento participativo e produção do conhecimento. Enfatiza-se, a dimensão ética nas relações de trabalho do

futuro médico com outros profissionais de saúde, com a população atendida e com as instituições envolvidas no atendimento.

As maiores dificuldades desta trajetória

Em relação a IUSC, as maiores restrições estão na participação contínua e formação permanente dos docentes e preceptores, particularmente a falta de docentes para ministrar o curso (cerca de 12 professores no 1º e 2º ano, na proporção de um docente ou preceptor para cada 12 a 14 estudantes e no 3º ano, um docente ou preceptor para cada 4 ou 5 estudantes, totalizando por volta de 25 a 30 professores). Hoje, a maioria dos professores são preceptores da SMS Botucatu, que participam do projeto PET-Saúde da FMB/UNESP.

Existem dificuldades no funcionamento da SMS que muitas vezes não oferece salas suficientes para a presença dos estudantes nas UBS ou USF. Outros problemas estão ligados a própria resistência institucional e ideológica em programar um projeto de educação interprofissional na comunidade, alguns professores e estudantes têm dificuldades em compreender o papel da disciplina na formação e mesmo de perceber que aprendizado na comunidade e na atenção primária não é assistência hospitalar mais simples e nem vivência em escala menor da experiência hospitalar, e sim aprendizado em cenário onde deve prevalecer a resolutibilidade, a integralidade, o trabalho em equipe, a participação dos usuários.

Lições aprendidas nesta trajetória

Transformar a educação na área da saúde implica mudar relações de poder estabelecidas na IES. Não é possível imprimir a mudança sem trabalhar todos os conflitos inerentes a esta questão. Abrir a escola à discussão curricular com os profissionais dos serviços, com a comunidade e assim rever o papel do professor como único detentor do conhecimento implica entrar em contato com questões muito cristalizadas na IES. No entanto existe uma pressão externa que tem chamado a IES ao enfrentamento desta problemática.

A formação do profissional de saúde envolve necessariamente a articulação entre áreas clínicas, básicas e saúde coletiva. Construir uma integração efetiva entre as referidas áreas é um desafio a ser enfrentado mediante as limitações da IES.

Aprendemos que ao buscar a qualificação das experiências de ensino/aprendizagem, na rede, fortalecemos a parceria com os gestores do sistema de saúde, o que vai resultar em ações coerentes e inter-relacionadas.

É preciso reforçar a parceria com a SMS, superando obstáculos que por vezes contrapõem o interesse do gestor do SUS (voltada ao atendimento da demanda dos usuários que procuram à rede municipal) ao processo de ensino-aprendizagem, que exige adequações tanto da Universidade como do Serviço de Saúde.

Estudo recente destacou, como fortaleza da vivência na comunidade, a percepção da oportunidade de formação de todos os atores envolvidos em temas como família, integralidade do cuidado, visita domiciliar, educação em saúde e anamnese ampliada. O professor motiva o estudante na busca de conhecimentos, trazendo questões instigadoras e propostas de caminhos a percorrer (Manoel, 2012).

Nas palavras de um preceptor:

“Ser tutora PET é ser capacitada ao mesmo tempo em que capacitamos. As reuniões de professores tutores, dão ênfase ao trabalho coletivo e planejamento de atividades, sendo este o momento de formação para os tutores, através das discussões temáticas, leitura de textos e partilhamento de vivências a cada encontro proporciona a nós tutores um crescimento e desenvolvimento profissional; possibilitando colocar este aprendizado no cotidiano das nossas atividades nas unidades de saúde onde trabalhamos. Através do IUSC nós tutores e profissionais de saúde, temos a oportunidade de uma capacitação permanente em saúde.”(Preceptora, 2011)

Nas palavras de um estudante:

“Não foi uma visita. Não foi um texto. Não foi uma reunião. Não foram experiências específicas que me marcaram no PET – diabetes. O que ficou mais evidente na memória foi o projeto como um todo e a minha mudança de visão em relação ao paciente... Uma diabetes bem controlada requer uma tríade impecável – medicação, dieta, exercícios. Entretanto, os problemas para se controlar a doença não são só três: são muito mais, indo desde dificuldades financeiras à frágil relação médico-paciente. Talvez não a visita, o texto ou a reunião, mas o conjunto da obra me atentou mais ao paciente....” (estudante PET-Saúde/SF 2010).

Como afirmou Cunha, “numa análise crítica das condições do ensino universitário, é possível afirmar que, para responder aos desafios atuais, nem o estereótipo da profissão científica nem o da prática interpretativa,

em separado, conseguem dar conta do recado. A reconfiguração do trabalho docente requer uma simbiose dessas duas vertentes acrescidas de outras habilidades, conhecimentos, saberes, que provoquem no estudante o protagonismo de seu próprio saber”.¹⁴

Considerações finais

O maior desafio para inovação das escolas médicas e de enfermagem refere-se à possibilidade de romper com o modelo biomédico de ensino centrado no diagnóstico e no tratamento das doenças, construir um projeto de acesso e universalidade do direito à saúde, coerente com os princípios do SUS, com equidade e integralidade, respeitando direitos de cidadania. O desafio ainda consiste em lidar com os principais problemas de saúde da população e que ainda estimule a criatividade e o senso crítico dos estudantes mediante práticas desenvolvidas sob a ótica da atenção integral, de prevenção e cura nos diferentes níveis de cuidado da saúde.

O percurso fortaleceu-se na oportunidade de participação no PROMED, em 2003, na presença da direção da FMB apoiando o processo de mudança curricular, com ênfase no ensino na APS, que tivesse a marca da integração ensino, serviço e comunidade e no encontro de professores da FMB com profissionais de saúde e das humanidades. Configurou-se um grupo de docentes e profissionais da FMB, mobilizado por inovação nesta escola médica tradicional, que foi marcada por movimentos de inovação e valorização da formação profissional na graduação, na prática dos serviços públicos. Escola médica pública que, ao longo dos anos, envolveu-se com o movimento da reforma sanitária e tem participado da qualificação e desenvolvimento do SUS. Enredamo-nos de forma arrojada, em uma proposta de modificar o que fosse possível, mas buscando avançar um pouco mais no impossível. A opção tem nos possibilitado estudar uma realidade social e coletiva, avançar na mudança curricular, compreender a singularidade do cuidado e a presença da subjetividade e verificar não apenas o que os sujeitos percebem dos diferentes modos de produzir serviços de saúde, mas a própria existência objetiva desses.¹⁵

Referências Bibliográficas

- 1 Cyrino APP. Primeiros passos: constituição do ensino extramuros na Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu (FCMBB). In: Cyrino, A.P.P; Magaldi C, editor. Saúde e comunidade: 30 anos de experiência de extensão universitária em saúde coletiva. Bo-

- tucatu: Cultura Acadêmica, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2002. p. 19-33.
- 2 França MSJ. Política, direitos humanos e Aids: uma conversa com Paulo Roberto Teixeira. *Interface - Comun Saã\textordmasculinede, Educ* [Internet]. scielo; 2008;12:919–26. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000400023&nrm=iso
 - 3 Cyrino EG. Contribuições ao desenvolvimento curricular da Faculdade de Medicina de Botucatu: descrição e análise dos casos dos cursos de Pediatria e Saúde Coletiva como iniciativas de mudança pedagógica no terceiro ano médico. *Interface (Botucatu)* [online] [Internet]. scielo; 2002;6:139. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832002000200017&nrm=iso
 - 4 Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva [Internet]. Editora UNESP; 2003. Disponível em: http://books.google.com.br/books?id=jP8aztiB_xQC
 - 5 Magaldi C. Centro de Saúde Escola: crônicas e reminiscências. In: Cyrino, A.P.P; Magaldi C, editor. *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.
 - 6 Machado JLM, Caldas Jr AL, Bortoncello NM. Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde. *Interface - Comun Saúde, Educ*. 1997;1(1):147–56.
 - 7 Trezza EMC, Prearo AY. Saúde da criança: curso de graduação médica em centros de saúde, creches e escolas. *Divulg Saúde Debate*. 1995;11:26–9.
 - 8 Prearo A. 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. UNESP; 2007.
 - 9 Brasil M da SS de P. Relatório de gestão [Internet]. Secretaria de Políticas de Saúde; 2002. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?id=B1tgAAAAMAAJ>
 - 10 Romanholi RMZ. A visita domiciliar como estratégia de ensino aprendizagem na integralidade do cuidado. Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2010.
 - 11 BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE [Internet]. 2005 [cited 2014 May 26]. Disponível em: http://www.abem-educmed.org.br/pro_saude/publicacao_pro-saude.pdf
 - 12 Cyrino EG. Em busca da recomposição da arte do cuidado e do fazer/aprender: a interação universidade, serviço e comunidade na Faculdade de Medicina de Botucatu/ UNESP. In: PINHEIRO R, editor. *Ensino-Trabalho- Cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS*. Rio de Janeiro: IMS/UFRJ, CEPESQ; 2006.
 - 13 Manoel CM. A experiência multiprofissional e interdisciplinar da interação universidade serviços-comunidade : o olhar e o trabalho do professor tutor. UNESP; 2012.
 - 14 Cunha MI. Ensino e pesquisa como mediação da formação do professor do Ensino Superior. In: Morosini MC, editor. *Professor do ensino superior: identidade, docência e formação* [Internet]. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais; 2000 [cited 2014 May 26]. p. 80. Disponível em: http://www.iprede.org.br/upload/arquivo_download/2007/Professor do Ensino Superior.pdf
 - 15 Schraiber LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev Saúde Pública* [Internet]. scielosp; 1995;29:63–74. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101995000100010&nrm=iso

CAPÍTULO

6

Educação Baseada Na
Comunidade (EBC):
A Experiência Da Faculdade
De Medicina Da UFRJ

Maria Katia Gomes
Clotilde Teixeira
Mirella Giongo
Vera Halfoun.

Introdução

O presente capítulo apresenta e discute a construção do ensino baseada nas comunidades do Departamento de Medicina de Família e da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Apresenta o contexto em que a experiência foi desenvolvida ressaltando os antecedentes históricos, o processo de ensino-aprendizagem, a diversificação de cenários de prática, os métodos didático-pedagógicos, a utilização de tecnologias apropriadas, as competências a serem desenvolvidas pelos alunos, os processos de trabalho e a dinâmica social da saúde. São abordados os fatores favoráveis e as dificuldades, bem como soluções encontradas inter-institucionalmente. Destaca-se que a educação baseada na comunidade, na Faculdade de Medicina da UFRJ está relacionada à integração ensino e serviço. Trata-se de inserção dos alunos de graduação e pós-graduação nas comunidades previamente selecionadas, de forma institucional, via rede pública de saúde, integrada com as respectivas equipes. O pressuposto é que o aluno construa, na relação com o serviço, sua identidade profissional, responsabilizando-se pela saúde da população assistida e que a sua presença na Unidade de Saúde estimule o processo de educação continuada, fundamental para a qualificação e compromisso das equipes.

Para discutir as mudanças na formação médica, consideramos como marco internacional, para o presente relato, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, de 1978, que resultou na Declaração de Alma Ata, e a Declaração de Edimburgo, elaborada na Conferência Mundial de Educação Médica, realizada na Escócia, em 1988.

No Brasil, a Conferência Nacional de Saúde (1980), a aprovação do Sistema Único de Saúde (Constituição de 1988), o trabalho da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), na década de 90, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN), de 2001, e as políticas indutoras do Ministério da Saúde, com o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (PROMED), Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde) e Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

(PET-Saúde) foram movimentos políticos que contribuíram para as mudanças ocorridas nas escolas médicas nos últimos anos.

“...as escolas médicas precisam olhar para o passado, mas principalmente para o presente e o futuro, avaliando os grandes desafios existentes para formar médicos no início de nosso terceiro século – médicos competentes, éticos e comprometidos com as necessidades de nossa população. Estes objetivos estão muito bem definidos nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina, que hoje constituem os princípios gerais para a formação médica”.^{1,6}

A Declaração de Alma Ata definiu a necessidade de uma rede de Cuidados Primários de Saúde, com acesso para todos, enquanto plano para alcançar a meta de saúde para todos no ano 2000. A saúde foi considerada como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença; um direito humano fundamental e atingir o mais alto nível possível de saúde como objetivo social mais importante em escala mundial e sua realização requer a ação de muitos setores econômicos e sociais além do setor saúde.”² As recomendações da Declaração de Alma Ata orientaram as propostas iniciais de estruturação dos cuidados primários à saúde no Brasil.²

Na década de 80, atendendo ao convite do Banco Nacional de Habitação (BNH) do Governo Federal, para planejar e gerenciar uma Unidade de Saúde, para a população transferida de áreas de palafitas da Maré, região do subúrbio do Rio de Janeiro, a UFRJ e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) aceitaram participar do projeto em parceria. Neste momento, iniciou-se, no curso de medicina da UFRJ, a construção de práticas de ensino na área da Atenção Primária à Saúde (APS), que foi o embrião da proposta curricular vigente de educação baseada na comunidade (EBC). Para tanto, foi constituída uma coordenação com representantes das duas instituições. Formada a equipe multiprofissional, composta por médicos (clínico geral, pediatras), enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, além de dentistas e técnicos em higiene dental, iniciou-se o planejamento e a implantação do chamado Posto de Saúde da Vila do João.

A declaração de Edimburgo já recomendava que os cursos médicos ampliassem os ambientes em que os programas educacionais eram realizados, e que incluísse todos cenários onde houvesse assistência à saúde na comunidade, além daqueles clássicos e estruturados nos hospitais.

“Na década de 80 do século passado, a Federação Mundial de Educação Médica e suas associações regionais promoveram

reuniões com a finalidade de estabelecer metas de melhoria na qualidade do ensino médico. A Conferência Mundial de Educação Médica, realizada em Edimburgo em 1988, na qual foi elaborada a Declaração de Edimburgo, teve um papel fundamental nas mudanças curriculares que foram realizadas nas décadas seguintes”.^{3,5}

O caminho percorrido

A Unidade de Saúde, adaptada em duas casas geminadas, no meio da Vila do João, foi inaugurada em 09 de setembro de 1982. Em relação às instalações estávamos nas mesmas condições de moradia da população transferida. Três meses após a implantação, a UFRJ assume toda responsabilidade gerencial da Unidade.

Nas reuniões semanais da equipe, para planejamento, foram construídas as propostas de ações programáticas, na atenção a saúde da criança, mulher, adulto e saúde bucal, tendo a oportunidade de testar modelos assistenciais. Começamos receber, de forma eletiva, alunos internos e residentes de medicina, que tinham interesse na área da APS, iniciando a proposta de integração docente-assistencial, com era denominada este tipo de atividade naquele momento.

Tínhamos apoio da população, que apesar de reivindicarem um hospital para a Vila do João, respeitavam e valorizavam o trabalho da equipe. Participávamos das reuniões com os moradores e mais tarde também do Conselho Distrital de Saúde.

No ano seguinte à inauguração, recebemos um médico do Hospital Universitário (HU), recém-egresso do curso de Medicina Geral da Família em Cuba, que assumiu a coordenação da Unidade. Foi implantado o prontuário familiar e intensificadas as visitas domiciliares, iniciando o cadastramento das famílias. O trabalho de prevenção e promoção da saúde foi ampliado, respondendo aos movimentos nacionais e internacionais na área da saúde pública. Assim, já na década de 80, o trabalho era organizado com responsabilidade cuidando da saúde dos indivíduos e das suas famílias, em um modelo gerencial participativo.

Em 1987 a Unidade de Saúde, então denominada Unidade Básica de Saúde Prof. Ernani Braga (UCBS-EB), já então vinculada ao Serviço de Ação Comunitária (SAC) do HU, foi transferida para um prédio construído com recursos de um convênio firmado entre a UFRJ e uma Fundação internacional. Assim, a Unidade cresceu em um local mais adequado às atividades docentes-assistenciais. Recebemos professores e alunos dos cursos de Enfermagem, Nutrição, Odontologia e alunos da Medicina (internos de Clínica Médi-

ca e Pediatria e residentes, agora de forma curricular). Foi desenvolvido um projeto de ensino para alunos de graduação com o objetivo de promover a vivência de forma integrada entre os cursos, no cotidiano da equipe de saúde local e na Escola Municipal, com ações de prevenção e promoção da saúde do escolar. A equipe foi ampliada, incorporando mais um médico clínico, um ginecologista, três nutricionistas, uma psicóloga e uma assistente social.

Em 1990, por iniciativa da direção da Faculdade de Medicina, foi criado o Programa de Atenção Primária a Saúde (PAPS) e a disciplina eletiva Atenção Integral à Saúde (AIS), oferecida a alunos do terceiro período do curso de medicina. Esta disciplina, inicialmente eletiva, após um ano, entrou na grade curricular e tinha na sua programação um turno teórico (com seminários e aulas expositivas) que acontecia na Faculdade de Medicina e um turno de prática semanal desenvolvido inicialmente na comunidade da Vila do João, sob a tutoria dos profissionais, expandindo depois para os Centros de Saúde do Município do Rio de Janeiro. O turno de atividade prática era constituído, conforme planejamento prévio, de atividades educativas (na unidade de saúde, creches e escolas), visitas domiciliares ou observação de consultas. Os alunos se organizavam em trios para cada atividade, sempre supervisionada. Ao final do turno, no período de uma hora, os professores se reuniam com os alunos para grupos de reflexão sobre a atividade prática desenvolvida, com *feedback* para o alunado.

O trabalho na UCBS-EB foi suspenso em 1995 com a intensificação da violência local, já que constantemente os serviços prestados pela Unidade eram interrompidos. A pressão dos alunos e pais, para suspensão do estágio, aliado à insegurança da equipe, levou à interrupção das atividades da Unidade, pois havia o entendimento que não existe integração docente assistencial sem alunos. A UFRJ colocou o prédio à disposição da Secretaria Municipal de Saúde do Rio que a princípio instalou uma equipe do Programa de Agentes Comunitários (PACS).

As atividades docentes continuaram e ampliaram, passando a ser desenvolvidas nos Centro Municipais de Saúde do Município, sob a preceptoría dos profissionais do município e tutoria dos docentes e técnicos da antiga UCEBS-EB.

Em um convênio firmado com Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, a UFRJ iniciou no Pavilhão Carlos Chagas, situado na Praça XI no centro da cidade, a instalação do Centro Municipal de Saúde Marcolino Candau. A equipe da UCBS-EB foi transferida para o CMS, compartilhando o segundo andar, com salas de aulas e instalações adequadas, com o intuito de ampliar a integração ensino-serviço. Neste momento os membros da equipe tinham buscado titulação, através de especializações, mestrados e doutorados na área.

Em 2006, atendendo às recomendações das DCN, foi criado o internato em Medicina de Família e mais tarde a Residência nesta especialidade médica. A disciplina Atenção Integral à Saúde (AIS) atualmente tem como campo de prática as Clínicas de Saúde da Família, com ênfase nas atividades extramuros. Foi também criada a linha de pesquisa “Evidência clínica e organizacional, modelos assistenciais, educacionais e avaliação da qualidade em Atenção Primária à Saúde”, na pós-graduação em Clínica Médica da FM. Em 2013, foi constituído o Departamento de Medicina de Família e Comunidade.

...se na rede básica se espera sejam resolvidos 80% dos problemas de saúde da população, se aceitamos que as intervenções no território são de grande complexidade, e se ainda acrescentamos a isso que grande parte da população brasileira vive na pobreza, teremos claras evidências técnicas e éticas de que nossas escolas médicas devem formar um profissional competente para intervir nessa realidade. Nesse sentido, a rede básica é um campo de práticas potencial e necessário, no qual os vários cursos de formação de profissionais de saúde deverão inserir seus alunos^{5,8}.

Hoje temos como cenário de práticas, para o desenvolvimento das atividades de educação baseada na comunidade, as Unidades de Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro e de Piraí. No Rio de Janeiro as atividades de ensino ocorrem nas áreas de palnejamento em saúde 3.1 e 1.0, com o propósito de consolidar essas áreas como distrito de saúde-escola. Em Piraí, Município do Médio Paraíba, com 100% de cobertura em assistência à saúde da família, temos alunos do internato, distribuídos e aprendendo com as equipes de saúde da família.

“Valorizar o ensino na rede básica visa atender uma demanda social inelutável de nosso país, bem como ampliar os cenários para práticas tanto de clínica quanto de saúde coletiva, e também honrar a promessa de bem formar nossos alunos. Ainda, pressupõe aceitar que a prática é fundante da formação e que há experiências que nenhum livro pode fornecer^{5,9”}

A disciplina AIS que se constitui um Programa Curricular Interdepartamental (PCI), é parte dos resultados das mudanças curriculares ocorridas na Faculdade de Medicina na década de 90. Nesta mesma época foram também implantadas as áreas verdes no currículo e o Programas de Iniciação Científica (PINC), oferecido em formato eletivo. O Internato em MFC de for-

ma eletiva e rotatória representou um dos principais avanços curriculares da Faculdade de Medicina nos últimos anos.⁶

A programação proposta para os alunos do terceiro período (AIS), com duração de um semestre, tem por objetivo promover o primeiro contato dos graduandos de medicina com as políticas públicas de saúde brasileira e permitir através de vivências no território o desenvolvimento de competências de trabalho interdisciplinares e intersetoriais, mediante conceitos que fundamentam a APS-Estratégia de Saúde da Família no Brasil, discutidas nos grupos de reflexão e tratadas nas aulas teóricas através de rodas de conversas em pequenos grupos e aulas expositivas para toda a turma.

As atividades de campo do terceiro período, realizadas uma vez na semana, são sempre acompanhadas pelo professor-tutor, com grupos de aproximadamente oito alunos, e por profissionais da equipe multiprofissional da equipe. O processo de avaliação ocorre através de portfólio individual, construído e discutido com o aluno durante o período da disciplina e provas escritas ao final de cada bloco de conteúdo teórico.

O Internato de Medicina na Estratégia Saúde da Família foi criado em 2006 (eletivo, com duração de um semestre) e 2009 (rotatório, com duração de oito semanas) Os cenários de prática são as unidades de saúde da família dos municípios de Pirai e Rio de Janeiro.

Os objetivos estabelecidos para este internato, cursado pelos alunos do décimo ao décimo-segundo período, são: ampliar espaços de inserção dos estudantes de medicina de graduação na Atenção Primária à Saúde; vivenciar a organização dos serviços do SUS na área de APS; desenvolver a capacidade de reflexão crítica sobre os aspectos determinantes do processo saúde-doença, para o desenvolvimento de ações que respondam as demandas de saúde da população; integrar os alunos da Medicina, Nutrição e Enfermagem e Odontologia, estimulando a atuação em equipe de forma interdisciplinar; desenvolver habilidades para o trabalho com grupos sociais, famílias e comunidades.

“A percepção da realidade das pessoas, suas condições de vida, cultura e costumes permite ao estudante construir uma concepção do processo saúde-doença na qual compreendem os determinantes e as relações das doenças com o modo de vida e trabalho das pessoas. Essa concepção possibilita uma mudança no cuidado à saúde das pessoas, família e comunidade, que passa a ser um cuidado mais voltado para as ações de vigilância à saúde, o que leva à integralidade no cuidado do paciente.”⁷

Para inserção no cenário de prática dos internos é realizado um dia de acolhimento dos alunos no início do rodízio, onde realizamos apresentação

do diagnóstico local de saúde e do território de atuação, com enfoque na ação em equipe com apresentação e discussão da programação proposta. Do acolhimento participam membros de uma equipe da ESF e um representante da coordenação da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde, além de 02 professores do Departamento de Medicina de Família da FM/ UFRJ. Discute-se o papel de cada profissional na equipe da estratégia de saúde da família, a partir das vivências.

O representante da coordenação da AB apresenta a política e os investimentos da Secretaria para este nível da atenção a saúde, apresenta o diagnóstico de saúde do município, equipamentos e os territórios. Os professores apresentam e discutem a programação do internato com os alunos.



Figura 1: Acolhimento dos internos, visitas domiciliares, Internos no internato Pirai/Unidade da Equipe de Saúde da Família e na Clínica da Família Zilda Arns/RJ – Complexo do Alemão.



É importante ressaltar que a cada rodízio a coordenação do internato define com representantes da atenção básica das Secretarias de Saúde, as equipes que receberão os alunos. As unidades escolhidas para o estágio dos internos são preferencialmente aquelas com preceptores especialistas em Medicina de Família e com médicos residentes desta especialidade.

“Recomenda-se que as Escolas elaborem projetos de integração docente-assistencial com as Secretarias Municipais, definindo com clareza os vários componentes dessa relação. Por um lado, é importante assegurar espaço para os alunos: definição de distritos, serviços e equipes onde ocorrerão os estágios; por outro, é fundamental assegurar reciprocidade; ou seja, compromisso da Escola, representada por alunos e docentes, com o respeito às diretrizes políticas sanitárias adotadas, bem como com a qualidade da atenção.”⁵

O acompanhamento e supervisão do internato em MFC são realizados diariamente pelo preceptor local e semanalmente, pelo professor-tutor da UFRJ na unidade do estágio. Encontros semanais entre alunos, professores e preceptores são realizados na unidade de estágio, para relato reflexivo das atividades e das observações que emergem das condições de vida e saúde da população assistida. É realizado planejamento de ações com as equipes locais. Nos grupos de reflexão com os alunos tem-se como referencial metodológico a interação entre sujeitos (população e profissionais), norteadas pelos princípios do grupo como espaço de trocas, com relações horizontais e dialógicas. Utilizamos diários de campo que são encaminhados ao professor-tutor semanalmente, para acompanhamento também à distância.

Com o propósito inovador, foi construída, na implantação do internato em MFC proposta de avaliação com caráter mais formativo, utilizando quatro instrumentos: 1- Diário de campo - registro livre dos alunos sobre o dia-a-dia do estágio, realizado a partir de reflexões críticas das vivências do estágio; 2-Relatório final de atividades: um relato global do período do estágio com apreciação do seu significado para a formação profissional. 3- Trabalho final temático: com discussão teórico-prático de uma temática relacionada à vivência na Unidade de Saúde. 4- Avaliação de desempenho – parecer em forma de nota, realizado pelo preceptor do aluno na unidade de saúde, contempla os seguintes aspectos: assiduidade, pontualidade, iniciativa, relação médico-paciente, compromisso com o serviço, responsabilidade, capacidade crítica e relação com a equipe.



Figura 2: Internato em Medicina de Família e Comunidade: matriciamento em dermatologia na ESF e visita domiciliar: internos com agente comunitário de saúde.

A Faculdade de Medicina, em 2007, criou o Programa de Educação Médica (PEM), que tem entre seus objetivos a elaboração de subsídios para a reformulação do currículo, a fim de adequá-lo às DCN. Este processo encontra-se em curso. A inserção do aluno na rede do SUS, desde os primeiros períodos, a integração básico-clínica, a ênfase em metodologias ativas e a formação humanista são pilares da reforma em discussão. No contexto da reforma curricular proposta, foi possível aprofundar, com o corpo docente da Faculdade o perfil de competências que se espera do egresso, tendo as DCN, como orientadora.

“O movimento de mudanças da educação dos profissionais de saúde, as Diretrizes Curriculares Nacionais e as diretrizes do SUS colocam como perspectiva a existência de instituições formadoras com relevância social; o que quer dizer escolas capazes de formar profissionais de qualidade, conectados às necessidades de saúde; escolas comprometidas com a construção do SUS, capazes de produzir conhecimento relevante para a realidade de saúde em suas diferentes áreas...”⁸

A inserção no curso de Medicina da UFRJ do ensino na comunidade e na rede de APS-ESF hoje ocorre no terceiro período, na disciplina AIS, e posteriormente no internato. Com o processo da reforma curricular, que está em curso, está prevista para 2015 a inserção dos alunos na estratégia de saúde da família que acontecerá desde o primeiro período do curso até o internato, que passará a ser de dois anos, como proposto pelas DCN de 2001.

Na dinâmica das reformas curriculares na UFRJ, um dos desafios é a integração dos alunos no campo, pois as experiências ainda são pontuais e dependem dos professores responsáveis pelos estágios. Neste contexto alguns gestores dos cursos lidam com estes desafios muitas vezes como expectadores, sem trazer para si a responsabilidade e a decisão política de mudanças do processo em suas unidades de ensino.

No Departamento de MFC/FM, tanto as experiências exitosas, quanto as dificuldades são compartilhadas e enfrentadas institucionalmente. Entre os desafios citamos a rotatividade dos técnicos nos municípios, principalmente médicos, bem como as constantes mudanças gerenciais. Como fortaleza, podemos destacar o investimento, a partir de 2012, que a SMS- RJ vem fazendo, com a implantação e expansão da residência médica em MFC; o processo de educação continuada dos profissionais da rede, para assumirem a preceptoria destes residentes; a prioridade na seleção para profissionais com título e residência médica em MFC e formação na área de APS; a parceria com a UFRJ e outras instituições formadoras, fortalecendo a integração ensino-serviço.

As políticas indutoras para reorientação da formação de profissionais de saúde do Ministério da Saúde e Educação trouxeram uma nova dinâmica nas relações dos cursos participantes. O enorme avanço do conhecimen-

to e tecnologia gerou uma excessiva especialização das diversas profissões da saúde, principalmente na medicina, trazendo como consequência um modelo de formação e assistência centrada no hospital, de alto custo, com concentração de tecnologias armadas, sem considerar as reais necessidades de saúde da população.

Neste contexto entendemos as políticas do Ministério da Saúde e Educação, Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde) e o Programa de Ensino pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), como oportunidade de avançar nas propostas de mudanças curriculares e dos cenários de aprendizagem, na integração com a rede SUS, além de importantes incentivos para integração entre os cursos e na produção de conhecimentos para atender as demandas da rede de serviços cumprindo, desta forma, o compromisso de uma universidade pública com a sociedade que a mantém⁹.

Em 2007, a UFRJ apresentou e foi aceito um projeto para o segundo edital do PRÓ-Saúde da UFRJ, envolvendo seis cursos de graduação da área: Medicina, Fonoaudiologia, Enfermagem, Nutrição, Ciências Biológicas e Psicologia. O projeto teve parceria com os Municípios do Rio de Janeiro e Pirai. Envolveu o estágio obrigatório de alunos de medicina, enfermagem e opcional da nutrição, na rede básica do SUS e atividades assistenciais, em algumas disciplinas do ciclo profissional, em até oito horas semanais, viabilizando assim as mudanças curriculares na direção das DCN. Nos demais cursos, as atividades de inserção dos alunos na rede eram de quatro horas semanais, utilizando cenários de promoção à saúde, como as escolas, espaços de convivência e creches. Atividades integradoras dos alunos dos vários cursos foram propostas, assim como um programa de educação permanente para os profissionais de saúde, incluindo cursos à distância.

A inclusão da área de atenção básica como opção para atividade de pesquisa de docentes, alunos e profissionais da rede também foi prevista, incluindo vagas em cursos de pós-graduação *strictu sensu*.

O PET-Saúde, criado em 2008, com o intuito de introduzir acadêmicos da área de saúde na ESF e qualificar os profissionais atuantes, de acordo com as necessidades do SUS, conta com a participação dos cursos da área de saúde da UFRJ, nas suas três edições, tendo como parceiros os Municípios do Rio de Janeiro e Pirai.

No último edital dos Ministérios Saúde-Educação foram apresentados os dois programas integrados, PRÓ-PET. Ocorreu uma grande mobilização dos cursos da UFRJ, o que gerou muitas reuniões e discussões relacionadas às propostas que atendessem às recomendações dos programas, de mudança de cenários de práticas, integração das atividades de ensino dos cursos e investimento na parceria entre Secretarias de Saúde e Universidade.

A experiência deu visibilidade a área da APS na Universidade e as políticas públicas de saúde propostas pelo SUS. Hoje temos 10 cursos participantes do PRÓ-Saúde que apresentaram propostas de mudanças curriculares, atendendo recomendações das diretrizes: Medicina, Enfermagem, Nutrição, Odontologia, Serviço Social, Educação Física, Psicologia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Farmácia.

Em relação ao PET-Saúde temos doze grupos tutoriais, com participação dos cursos de Medicina, Enfermagem, Psicologia, Odontologia, Farmácia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. O processo de construção das propostas de pesquisas e inserção dos alunos bolsistas e a indicação de preceptores, contou com a parceria dos representantes das Secretarias de Saúde. A proposta do PRÓ-PET UFRJ foi discutida e aprovada nos Conselhos Municipais de Saúde.

Nos anos de execução dos programas observamos avanços, tais como: reuniões mensais para trocas e reflexões sobre dificuldades e êxitos no desenvolvimento das atividades. Entendemos como um início de integração que necessita de compromisso para o cumprimento e sustentabilidade das propostas dos projetos, por parte dos professores, representantes das secretarias de saúde, preceptores locais e notadamente dos gestores dos cursos participantes, para melhor progresso.

Conclusão

A Unidade de Cuidados Básicos de Saúde Ernani Braga, nas décadas de 80 e 90, e a Comunidade da Vila do João foram cenários da primeira experiência da Faculdade de Medicina em Atenção Primária à Saúde, onde foi possível iniciar propostas de trabalhos de forma interdisciplinar, por conta do encontro de profissionais de saúde, docentes e graduandos das Faculdades de Medicina, Odontologia e Nutrição envolvidos, com as disciplinas, com o objetivo comum de promover a aprendizagem a partir das vivências.

Na segunda metade da década de 90 e início dos anos 2000, a experiência do Ensino baseado na Comunidade na Faculdade de Medicina aconteceu nos Centros Municipais de Saúde do Rio de Janeiro, sem a integração com outros cursos da UFRJ. O ensino interdisciplinar foi desenvolvido com os profissionais de saúde da rede.

A implantação do internato em Medicina de Família e Comunidade, integrado no campo com o internato extensionista das Faculdades de Nutrição e Enfermagem possibilitou a interdisciplinaridade intercurso, vivenciada na Estratégia de Saúde da Família.

As reflexões sobre esta linha do tempo apontam aspectos relevantes da construção do cuidado, tendo como matriz o processo de ensino-apren-

dizagem interdisciplinar na rede SUS, de algumas experiências importantes em nossa trajetória, a partir da saída da zona de conforto de dentro dos muros da Universidade.

Percorrer vielas, adentrar casas, vidas e histórias, na comunidade, têm permitido que a concretude dos determinantes e condicionantes sociais da saúde e seus desdobramentos ganhem forma na elaboração e execução das atividades de ensino.

Como importante obstáculo a ser superado é a longa distância a percorrer para a real superação das desigualdades sociais, onde a perspectiva do cuidado esbarra em situações dramáticas de territórios sob a tutela do medo e da violência social, onde todos somos atores integrantes do mesmo complexo roteiro da cidade em que vivemos e que desejamos construir.

Desta forma a construção integral e sistêmica do cuidado por parte de todos os envolvidos no Ensino e Assistência à Saúde contém a exigência básica da disponibilidade de “aprender a aprender” e se permitir vivenciar e se descobrir como coautor e protagonista do coletivo.

Referências

- 1 Martins, MR. Editorial. Rev Bras Ed Médica, 632 (1): 5-6, 2008.
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.
- 3 Martins, MAN. Novas Tendências do Ensino Médico. Gaz Med, Bahia. 78(1): 22-24; 2008.
- 4 Vilela EM, Mendes IJM. Interdisciplinaridade e Saúde: Estudo Bibliográfico. Rev Latino-Am Enf, 11(4): 525-31, 2003.
- 5 Campos GWS. Papel da Rede de Atenção Básica em Saúde na Formação Médica – Diretrizes. Cadernos ABEM, vol 3, 2007.
- 6 Bollela VR, Machado JLM. Internato Baseado em Competências. “Bridging the Gaps”. Ed. Medvance. São Paulo, 1ª ed., 2010.
- 7 Ferreira RC, Ferreira RS, Aguer CB. Formação do Profissional Médico: a Aprendizagem na Atenção Básica de Saúde. Rev Bras Ed Médica, 31(1): 52- 59, 2007.
- 8 Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad Saúde Pública, RJ, 20(5):1400-1410, 2004.
- 9 Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação Pró-Saúde : Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 78 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios), 2007.

CAPÍTULO

7

Educação Baseada Na Comunidade: A Experiência Do Curso De Medicina Da Universidade Federal Do Ceará

Maria Neile Torres de Araújo
Valéria Goes Ferreira Pinheiro
Maria Goretti Frota Ribeiro
Yacy Mendonça de Almeida
Alberto Novaes Ramos
Maria Vaudelice Mota
Henry de Holanda Campos

Introdução

A Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, fundada em 1948 em Fortaleza, formou 7.599 médicos até julho de 2014. Em 2001 foram criados mais dois cursos no interior do Estado: um na cidade de Sobral e outro na cidade de Barbalha, que formaram 317 e 309 médicos, respectivamente. Este último Curso faz parte agora da recentemente criada Universidade Federal do Cariri.

A decisão pioneira de interiorizar o ensino médico foi tomada porque já naquela época observou-se que 80% dos médicos estavam concentrados na capital do Estado e que 36% dos 183 municípios cearenses contavam com apenas um médico, o que constituía considerável entrave à organização de qualquer modelo descentralizado de assistência. Considerou-se que a abertura desses dois novos cursos ampliaria as oportunidades de fixação dos novos médicos no interior e, igualmente, aumentaria o acesso de jovens daquelas regiões à escola médica.

Por ocasião da criação desses novos cursos, estava em implantação na UFC um novo projeto pedagógico para o curso de medicina, orientado pelas diretrizes curriculares de 2001 e fundamentado na redefinição da missão da escola médica que reafirmava seu compromisso com a consolidação do SUS, com a formação de médicos com profissionalismo e competências de forma a melhor responder às necessidades de saúde da população e que estivessem preparados e sensibilizados para trabalhar em prol das políticas de reorganização da atenção à saúde.

Educação Médica na Comunidade: suas origens na UFC

As atividades no campo da Medicina Preventiva, Saúde Pública, Saúde Comunitária e Epidemiologia, no âmbito da UFC, tiveram suas origens no Instituto de Medicina Preventiva da Universidade – instituição precursora do atual Departamento de Saúde Comunitária – dentro do contexto nacional e internacional do movimento preventivista iniciado nos anos 1950/1960, sob o patrocínio da Organização Pan-Americana de Saú-

de (OPAS). O Instituto de Medicina Preventiva (IMEP) foi criado em 1959 como um dos institutos aplicados da UFC, com o objetivo de desenvolver o ensino e a pesquisa no campo da Medicina Preventiva, Saúde Pública e disciplinas afins. Logo após sua fundação, foi criado um Distrito Sanitário Escola e um Centro de Saúde Escola, como espaços para a realização de pesquisas e trabalhos de campo de alunos do curso de graduação. O Centro de Saúde do Estado ficou sob a direção do IMEP e passou a funcionar como um espaço universitário onde os estudantes vivenciavam as práticas de um serviço comunitário de saúde. Naquele período, de forma pioneira, já eram realizados trabalhos conjuntos com agentes comunitários de saúde representados por moradores da região, no suporte às atividades do IMEP. Além disso, os alunos dos cursos de Medicina e de Enfermagem ficavam responsáveis pelos cuidados preventivos de um grupo definido de famílias da área, atividade precursora do que hoje se institucionalizou como Programa de Saúde da Família. A experiência do IMEP propiciou a criação do Departamento de Higiene e Medicina Preventiva na Faculdade de Medicina, que chegou a ministrar, do 1º ao 5º semestres do curso médico, as seguintes disciplinas: Estatística, Antropologia Cultural e Educação Sanitária, Epidemiologia Geral, Higiene do Meio, Epidemiologia Especial, Higiene do Trabalho, Administração Sanitária.

O IMEP realizou convênios com diversas instituições nacionais e internacionais para o desenvolvimento de seus objetivos: Organização Mundial da Saúde, Governo do Estado do Ceará, Departamento Nacional de Endemias Rurais, Fundação Serviço Especial de Saúde Pública, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. No final da década de 1960, o IMEP foi desarticulado como consequência da intervenção autoritária do regime político que se abatera sobre o país. Com a Reforma Universitária, no início da década de 70, as Faculdades foram extintas e os Cursos da área da Saúde (Medicina, Enfermagem, Odontologia e Farmácia) foram agregados para a constituição do Centro de Ciências da Saúde na UFC. Na mesma época, foi criado por iniciativa de estudantes de medicina, o Projeto Pacatuba, logo encampado pela UFC, com a participação de estudantes de outros cursos da área da saúde, tornando-se a primeira atividade de extensão rural da UFC com foco na atenção comunitária, coordenada pelo Departamento de Saúde Comunitária. O Projeto Pacatuba perdurou até o início dos anos 80. Outra importante iniciativa foi o Programa de Treinamento Rural Universitário e Ação Comunitária (CRUTAC) criado em 1972. Inicialmente envolvia alunos de diferentes áreas, inclusive de humanidades, mas atualmente se restringe aos cursos da área da saúde. Os Cursos de Especialização em Saúde Pública foram ministrados e várias outras experiências exitosas foram desenvolvidas, como o PROGRAMA DE AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE – PROAIS,

com o apoio da Fundação W. K. Kellogg e do Projeto HOPE, Projeto Integrado de Modelos Alternativos de Saúde – PRISMA.

A primeira residência em Saúde da Família, realizada em articulação com a Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza, também foi iniciativa do Departamento de Saúde Comunitária, que a organizou e articulou os preceptores dentro do quadro docente da Faculdade de Medicina. Com apenas 5 médicos, todos se afirmaram na especialidade de Saúde da Família e se tornaram lideranças importantes na área. Do grupo que surgiu, médicos residentes e preceptores, acrescido de outros membros de outras atividades de Residência em Saúde da Família, no âmbito das residências médicas do HU, foi formada a Sociedade Cearense de Medicina de Família e Comunidade, no Ceará

Educação baseada na comunidade no currículo do curso de medicina

Um novo currículo foi implantado na Faculdade de Medicina em 2001, resultado de um longo processo de articulação interna e externa, em consonância com o movimento de mudança na Educação Médica, liderado nacionalmente pela Associação Brasileira de Educação Médica, na década de 90.

Na perspectiva de promover a integração da graduação com o serviço de saúde e com a comunidade, foi constituído no atual currículo o módulo longitudinal de Assistência Básica à Saúde (ABS), constituído pelos seguintes módulos semestrais, com 4 horas semanais cada: Semestre 1 (S1): Fundamentos da Prática e da Assistência Médicas; no S2: Diagnóstico da Saúde da Comunidade; no S3: Epidemiologia e Bioestatística; S4: Saúde Comunitária; S5: Assistência Básica à Saúde da Criança; S6: Assistência Básica à Saúde da Criança e da Gestante; S7: Assistência Básica à Saúde do Adulto I; S8: Assistência Básica à Saúde do Adulto II; Internato em Saúde Comunitária, com duração de 6 meses. O Módulo longitudinal de Desenvolvimento Pessoal (DP) tem, ainda, 2 módulos de interesse da Atenção Básica: Saúde, Cultura, Ambiente e Trabalho, e Medicina Preventiva.

Com a implantação sequencial dos módulos de ABS e DP, teve início a maior diversificação dos cenários de prática, estendendo-se para fora da Universidade, em unidades da rede pública de saúde, comunidades, indústrias, Conselho Regional de Medicina e outros espaços de aprendizagem.

Além disso, o Internato em Saúde Comunitária, com duração de 6 meses, começou a se desenvolver em Unidades Básicas de Saúde da Família, em Fortaleza, em serviços de emergência, estágio eletivo e no CRUTAC, em municípios do interior do Estado, junto ao Programa de Saúde da Família, aglutinando também estudantes de Enfermagem e Odontologia. O CRUTAC

é um programa da Pró-Reitoria de Extensão, que delega ao NESC - Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, sua operacionalização. O programa vinha enfrentando problemas com o custeio de estudantes no interior, que era feito pelas prefeituras. Recentemente, foram criadas bolsas de auxílio financeiro para estudantes, professores e servidores designados a acompanhar o programa no interior. Os resultados surgiram de imediato, com maior receptividade dos municípios e melhor supervisão local, o que certamente vai impactar positivamente na aprendizagem dos estudantes.

As atividades dos módulos sequenciais se realizam prioritariamente no âmbito do Complexo Hospitalar da UFC: Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) e na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), em seus ambulatórios e enfermarias. No entanto, alguns módulos já ocupam cenários mais diversificados como pediatria, ginecologia, urologia, oncologia, geriatria, psiquiatria e emergência. A inserção dos alunos se dá em organizações governamentais e não governamentais. Salientamos a inserção da Pediatria no IPREDE – Instituto da Primeira Infância - instituição dedicada a promover a nutrição e o desenvolvimento na primeira infância articulando-os com ações que visam ao fortalecimento das mulheres e da inclusão social de famílias que vivem em situação de vulnerabilidade social e pobreza; Instituto do Câncer do Ceará; e em instituições públicas, como os CAPS – Centro de Assistência Psico-Social e Hospitais do Estado especializados em Pediatria e em Emergência. Como resultado dessa articulação, docentes foram convidados a assumir a gestão de Unidades de Saúde, de caráter público ou privado/filantrópico.

No internato, nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia e Pediatria os estudantes fazem rodízio em unidades do Estado e do Município em alguns setores como doenças infecciosas, emergência cirúrgica e pediátrica, cardiologia e saúde mental.

A diversificação de cenários até agora implantada e, especialmente, a inserção no SUS, contribuiu de maneira significativa para o conhecimento e sensibilização dos alunos quanto à realidade sócio-econômica e de saúde da população, considerando que os mesmos provêm, em sua maioria, de extrato social mais favorecido economicamente. Estas vivências, em visitas domiciliares, em unidades de saúde na periferia da cidade e no exercício profissional, têm gerado depoimentos dos estudantes sobre o impacto de se depararem com a realidade da vida “difícil”, do contato com os problemas de saúde mais prevalentes e com um volume de pacientes maior do que o visto nos hospitais vinculados à Universidade. Ficou também muito evidente o senso crítico desenvolvido pelos alunos na análise do SUS: condições de atendimento, disponibilidade de medicamentos e resolubilidade do serviço, bem como o trabalho em equipe e fortalezas e dificuldades com os recursos humanos envolvidos. Esta diversificação do cenário com a implantação se-

quencial dos módulos de Atenção Básica “consolidou a necessidade de que o diálogo sobre o significado que os alunos, professores e gestores dão à Atenção Básica à Saúde é importante para que possam (re)construir o conjunto de idéias que se move na gestão e no ensino desta temática sem restringi-las a um ponto de vista”⁸. (SOUSA, 2014).

O desenvolvimento do currículo tem sido acompanhado de perto e apresenta alguns acertos e também dificuldades que têm sido apontadas por professores e alunos. Além das inúmeras reuniões organizadas pela Coordenação do Curso e pelos professores do Departamento de Saúde Comunitária, este tema foi analisado em momentos específicos de avaliação do currículo. A reflexão compartilhada entre professores e alunos aponta principalmente para a fragmentação e falta de continuidade dos módulos longitudinais (ABS e DP) ao longo do curso, bem como a falta de integração, especialmente a básico-clínica nos módulos sequenciais.

Após 13 anos de implantação do currículo, foi desencadeado pela Faculdade de Medicina um processo de revisão curricular, com base na análise crítica das experiências acumuladas, com o objetivo de aprimorar a formação médica. O momento é também oportuno pela recente homologação de novas Diretrizes Curriculares Nacionais para Cursos de Medicina, em 06 de junho de 2014.

Cenários de prática: envolvimento com a comunidade e serviços de saúde

A integração da graduação com o SUS no Município de Fortaleza vem sendo articulada há muitos anos mediada por convênios entre a UFC e as secretarias de Saúde do Estado do Ceará e Município de Fortaleza, possibilitando inserção dos estudantes em cenários de prática, além dos setores próprios da Instituição, de modo a formar profissionais mais adequados às necessidades de saúde da população.

Nos últimos anos, foram deflagrados pelo Governo Federal alguns programas que, com base no preceito constitucional de que o SUS é responsável pela formação de recursos humanos para a saúde, visavam orientar e facilitar a articulação ensino-serviço, articulação esta institucionalizada a partir do PROMED, quando convênio específico foi elaborado conjuntamente e firmado entre a UFC e Prefeitura Municipal de Fortaleza.

A implantação do novo currículo deu-se com a instalação dos módulos sequencias e longitudinais de (ABS e DP) a cada semestre, acompanhada de articulações com os gestores do SUS no município de Fortaleza. Realizamos seminários com médicos e enfermeiros de equipes da Saúde da Família e

gestores de unidades básicas de saúde, selecionamos unidades e equipes para receberem alunos, definimos a relação aluno-equipe de 1/1 e pactuamos um programa de atualização com os profissionais da rede. Em seguida, com a mudança do Governo Municipal, novos planos foram se delineando, em articulação com todas as universidades situadas em Fortaleza. Foi, a seguir, institucionalizado o “Sistema Municipal de Saúde Escola”, com um Fórum constituído por todas as instituições de ensino, setores da gestão municipal e controle social que, desde então, passou a articular os espaços de ensino-aprendizagem na rede municipal de saúde.



Figura 1: Visita à Unidade Casemiro Filho, onde foi montado o Ambulatório Acadêmico.

Em seguida, veio o Programa Pró-Saúde que facilitou a integração ensino-serviço, inclusive pela possibilidade de algumas melhorias nas instalações físicas e aquisição de equipamentos nas unidades selecionadas e de atividades de educação permanente com os preceptores da rede, com foco especial na capacitação pedagógica dos mesmos. Na UFC, houve grande articulação na gestão acadêmica dos cursos da área da saúde nas várias fases do Programa Pró-Saúde, o que propiciou envolvimento de estudantes e docentes de todas as áreas da saúde e de fora dela, como educação física e psicologia. Foi criada uma Comissão de Acompanhamento dos Programas Pró-saúde, com participação de coordenadores dos cursos de graduação, gestores do serviço,

de estudantes e de representantes do controle social. A interrupção de fluxo de recursos e mudanças de gestão na esfera federal e municipal determinou a descontinuidade das ações, com prejuízos consideráveis para o programa.

O Programa Pet-Saúde promoveu uma grande integração ensino-serviço, especialmente de docentes tutores, estudantes bolsistas e não bolsistas de todas as áreas e de preceptores profissionais do serviço. Os resultados do programa são positivos na visão daqueles que participaram das suas atividades, contribuindo para a compreensão dos problemas de saúde da população, dos acertos e dificuldades do sistema de saúde. No entanto, se por um lado o benefício da bolsa para os preceptores ampliou e normatizou a preceptoria em serviço, conferindo uma certa institucionalização à atividade, por outro, dificultou a realização de preceptoria em situações em que não havia disponibilidade de bolsas. Observou-se, ainda, que as atividades desenvolvidas no programa raramente foram incorporadas aos currículos de graduação, restringindo-se a atividades complementares. Ficou, no entanto, a possibilidade de se oferecer disciplinas livres, previstas no regimento da UFC, para estudantes de vários cursos, nos moldes dos projetos do Pet-saúde. Essa iniciativa já foi implantada no Curso de Enfermagem e pode vir a ser um espaço multiprofissional de ensino-aprendizagem.

Os Programas acima citados foram de grande importância para o desenvolvimento, planejamento, acompanhamento e avaliação do novo currículo, possibilitando a realização de inúmeras oficinas, seminários e cursos de desenvolvimento docente.

O advento do PROVAB – Programa de Valorização da Atenção Básica – possibilitou também uma vivência positiva pelos docentes do Curso de Medicina que atuam como supervisores e ampliaram sua visão sobre a organização do SUS, suas possibilidades e desafios e, especialmente, sobre a importância da atenção básica na formação dos médicos. A sensibilização de docentes e o aprendizado com a vivência do PROVAB com certeza será importante no processo de reformulação do currículo do Curso de Medicina.

Aspectos positivos e desafios para a sustentabilidade dos processos de integração

No processo de integração ensino-serviço podemos destacar aspectos positivos que demonstram o avanço na direção da integração e algumas limitações que dificultam o alcance dos objetivos. Ao longo dos anos de implantação do novo currículo houve uma valorização do processo de formação, com a implantação de inovações pedagógicas. Ocorreram vários momentos de capacitação docente e de profissionais da Rede, embora sem a continui-

dade necessária por aporte descontínuo de recursos e por impedimentos políticos, notadamente por processos eleitorais no âmbito do Município. Houve, sem dúvida, o maior compromisso institucional e aproximação com gestores do SUS e o conseqüente incentivo para continuar as mudanças pela credibilidade proporcionada pelo respaldo de uma política de Estado.

Já se observa impacto dessa política de integração da academia com o serviço de saúde e reflexos sobre atores externos como a percepção de gestores da saúde como importantes na formação de Recursos Humanos para o SUS. No entanto, há necessidade de sistematização e articulação entre as diversas iniciativas que ocorreram ao longo do tempo (mudanças na graduação, VER-SUS, PROESF, Curso de Ativadores, Cursos de especialização e Residência em Saúde da Família e Comunidade, Pró-saúde, Pet-Saúde). Percebe-se grande receptividade dos profissionais da Rede para participar de iniciativas de mudanças na graduação mas a participação dos movimentos sociais é muito pequena.



Figura 2: Atividades de educação para a comunidade por internos e residentes na Unidade Anastácio Magalhães

No âmbito interno da Universidade os avanços na produção de conhecimento (pesquisa) relevante para o SUS ainda estão concentrados no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, que recebe uma grande contingente de profissionais da saúde.

Na academia ainda há baixa valorização das atividades de ensino de graduação, permeada com uma visão preconceituosa sobre a atenção primária, determinando o aproveitamento da Rede SUS como cenário de prática e aprendizagem aquém do esperado.

A articulação com o SUS sofre demasiado com o não funcionamento efetivo da estratégia de Saúde da Família, que apresenta grandes dificuldades operacionais, estruturais e físicas e do baixo nível de organização da assistência hierarquizada, dos fluxos de referência e contra-referência. O funcionamento adequado do serviço é condição indispensável para a adequada formação dos médicos e demais profissionais de saúde. Os progressos já alcançados são evidências incontestes de que é possível a construção do SUS, com todos os seus princípios. Reconhecemos, sim, que esta é uma tarefa gigantesca e que as universidades podem e devem assumir a parceria com o SUS e se empenhar na sua consolidação.

Referências

- 1 Brasil. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/l9394.htm>. Acesso em: 30 jul. 2014;
- 2 Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.
- 3 Carlos MG. Projeto Pacatuba publicado. Rev História da Saúde, 20, p. 17, 2009.
- 4 Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Parecer CNE/CES No: 116/2014. D.O.U. de 6/6/2014, Seção 1, pág. 17.
- 5 Monteiro FCD. O Instituto de Medicina Preventiva (IMEP): uma história do ensino da medicina preventiva da Universidade Federal do Ceará. Repositório de Teses Disponível em < <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/6959>> Acesso em 30 jul 2014
- 6 Projeto Pedagógico - Curso de Medicina- Universidade Federal do Ceará janeiro 2001. Disponível em http://www.si3.ufc.br/sigaa/public/curso/ppp.jsf?lc=pt_BR&id=657470. Acesso em 30 jul 2014.
- 7 Relatórios do Promed, Relatórios do Pró-saúde, documentos depositados na Instituição (Universidade Federal do Ceará).
- 8 Sousa, M.S: A complexidade da formação médica na e para atenção básica como parte de dois sistemas e um sistema à parte. Tese de doutorado. Programa de PG em Saúde Pública UFC – 2014. 460 p.

CAPÍTULO

8

Blended Learning E Mapa Conceitual
No Internato Em Atenção Primária À
Saúde Na Faculdade De Medicina Da
Universidade Federal De Juiz De Fora

Oscarina da Silva Ezequiel
Ivana Lúcia Damásio Moutinho
Lucélia Paula Cabral Schmidt
Sandra Helena Cerrato Tibiriçá

Introdução

Ao longo da história, a orientação da formação médica sofreu a influência de processos inerentes às concepções políticas, econômicas, culturais e sociais dominantes. No início do século XX, o Relatório Flexner, publicado nos Estados Unidos em 1910, traduziu o processo de hierarquização da aprendizagem: hospitais universitários, como local privilegiado de ensino, focado nas doenças, tendo o biologicismo e o mecanicismo do corpo humano como fundamentos e a especialização como corolário. Apesar de sua enorme importância para a sistematização da educação médica, observou-se o sobrepular das dimensões exclusivamente biológicas, em detrimento dos determinantes psicológicos e sociais.¹

A Universidade Federal de Juiz de Fora e sua Faculdade de Medicina vêm participando, de forma ativa, das discussões relativas ao Sistema de Saúde Brasileiro, desde a fundação da escola em 1960. No período pós-golpe de 1964, predominou uma vertente do regime militar que distanciava fisicamente as faculdades dos centros das cidades e das comunidades. O silêncio da década de 70, sustentado pela Ditadura Militar, predominou na escola com poucos meios de expressão no seu interior e extramuros. Sob a influência da Conferência Internacional de Alma-Ata, retoma-se no país a discussão em torno da integralidade e humanização, colocando-se, em evidência a Atenção Primária à Saúde – APS.²

A promoção da saúde, de forma integral, ganhou prioridade nas agendas dos países, repercutindo nos modelos de atenção de saúde pública e na formação de recursos humanos. Ao longo deste período, os serviços de saúde próprios do município de Juiz de Fora já estavam estruturados em cinco ambulatórios vinculados à Igreja Católica, sob influência militar. No ano de 1983, em consonância com os ideais da reforma sanitária, iniciou-se no município um processo de reestruturação da assistência médica. Apesar da crise instalada no país, com baixos orçamentos das prefeituras, a Secretaria de Saúde de Juiz de Fora (SSJF) criou 28 postos de atendimento social, muitos dos quais constituem, hoje, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

O país estava próximo da nova Constituição de 1988 quando, finalmente, a regulamentação de um sistema único de saúde, universal, descentrali-

zado e equânime concretizar-se-ia legalmente. Através da descentralização das ações e da municipalização dos serviços de saúde, foram criadas as Ações Integradas de Saúde (AISs) e as Comissões Locais Interinstitucionais de Saúde (CLISs). A UFJF participou efetivamente deste processo a partir da criação da primeira comissão local interinstitucional de saúde, juntamente com a SSJF.

Apesar das dificuldades financeiras que as universidades atravessaram, a UFJF não perdeu seu foco na relação com o serviço. Os vínculos, mesmo que não sustentados por contratos organizativos, foram estabelecidos de forma consistente com os profissionais do serviço, especialmente da atenção primária, a maioria egressos da UFJF.

Alavancando a relação com o serviço, foram fundamentais as políticas governamentais indutoras de mudança, especialmente aquelas provenientes da parceria com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde (SGTES/MS) através do Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed), Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e PET-Saúde.

O Promed permitiu acelerar, na Faculdade de Medicina (FM da UFJF), os processos de mudança para a formação de um profissional mais adequado às necessidades do serviço e da comunidade. O Pró-Saúde Medicina da UFJF contemplou, em sua concepção primária pactuada com o serviço, as dimensões que incluem educação em saúde na graduação e para os profissionais de saúde, assim como a otimização do processo de trabalho na rede, mediante apoio à educação permanente. Atualmente, o Pró-Saúde/PET fortalece tais referenciais, viabilizando o aperfeiçoamento dos profissionais da rede, bem como os estágios e vivências interprofissionais na APS.

Todas estas iniciativas fazem parte da história da FacMed/UFJF, ficando clara a necessidade de desenvolvimento de novas propostas para a formação dos profissionais da área da saúde na perspectiva reflexiva, na direção da constituição de sujeitos para a transformação social, na direção de um sistema ancorado nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define responsabilidade social das escolas médicas como a obrigação de direcionar suas atividades de educação, pesquisa e assistência prioritariamente às necessidades de saúde da comunidade, região e nação à que servem.³

Na UFJF, entendemos que a formação médica deva considerar a utilização racional da tecnologia e a formação com vistas a uma abordagem integral, comprometida, acima de tudo, com as necessidades de saúde do indivíduo e da coletividade. As estratégias educacionais propostas para se atingir as competências, habilidades e atitudes referenciadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) foram amplamente discutidas com a comunidade acadêmica, serviço e população, de forma a respeitar a cultura e

a história institucional, objetivando uma educação baseada na comunidade (EBC).⁴ Para transformação das práticas profissionais, a formação deve buscar a reflexão sobre as práticas produzidas pelos profissionais nos serviços de saúde, avaliando continuamente e problematizando os processos de trabalho, com foco nas necessidades de saúde do indivíduo e da população, da gestão setorial e da promoção e vigilância à saúde.

No atual contexto, o internato de medicina da UFJF é realizado em 24 meses, correspondendo a 3.680 horas. Destas, 640 horas (17,4%) são realizadas na APS, sendo a metade no município de Juiz de Fora e o restante nos municípios da macrorregião.

Este relato de experiência trata do rodízio realizado no município de Juiz de Fora, onde as vivências na comunidade são intensas e as avaliações realizadas pelos estudantes revelam o potencial da EBC na formação dos profissionais brasileiros (Figura 1).



Figura 1: Estudantes em atividades de acolhimento na sala de espera da Unidade Básica

Relato da experiência

Há duas décadas, o internato em APS vem sendo realizado nas UBSs, onde os alunos são inseridos nas equipes de Saúde da Família, por oito horas diárias, durante oito semanas. Esta experiência profissional per-

mite aos estudantes vivenciar o trabalho em equipe e são fortemente estimulados a uma prática interprofissional, em que estão presentes médico de família, enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social e agentes comunitários (Figura 2).



Figura 2: Estudantes e agente comunitário em visita domiciliar

Com o objetivo de potencializar o desenvolvimento de algumas das competências gerais estipuladas nas DCNs, sobretudo atenção à saúde, tomada de decisão, educação permanente e comunicação (uso das Tecnologias de Informação e Comunicação), os 28 alunos são distribuídos em 16 UBSs e inseridos na ESF, sob preceptoria do médico e de profissionais da equipe de saúde e supervisionados pelo docente da escola. As atividades realizadas na comunidade englobam atenção individual e coletiva em território adscrito, dentro da UBS e intradomiciliar. E entre as ações propostas para os estudantes, estão incluídas as consultas, visitas domiciliares, grupos de educação em saúde, vigilância em saúde, coleta de exames, realização de imunização, reunião de equipes, elaboração de protocolos, bem como participação nas atividades inerentes à saúde da família como: preventivos, pré-natal, hiperdia, puericultura, entre outras.

Como suporte pedagógico às vivências práticas, em 2010, iniciou-se atividade na modalidade presencial e a distância. Os 28 estudantes são dividi-

dos em duas turmas. Uma vez por semana, docentes realizam, com uma das turmas (14 alunos) um grupo tutorial, no qual os estudantes relatam resumidamente casos clínicos ou situações-problemas vivenciados em sua prática.

Após a escolha do caso que norteará a discussão, o mesmo é relatado com maiores detalhes. Posteriormente, o *brainstorming* é realizado e visualizado mediante a construção de um mapa conceitual coletivo no quadro, a partir do levantamento dos conhecimentos prévios e lacunas de conhecimento. Ao final do *brainstorming*, os estudantes identificam no mapa suas lacunas e constroem as questões de aprendizagem. Durante duas semanas, enquanto as atividades práticas são mantidas nas UBSs, as questões levantadas são discutidas em fóruns, na Plataforma *Modular Object Oriented Distance Learning (Moodle)*, à luz da Medicina Baseada em Evidências. Após duas semanas, realiza-se nova reunião presencial com discussão das postagens nos fóruns, propiciando um aprendizado colaborativo. Finalizando a atividade, os alunos elaboram um mapa conceitual, consolidando os conhecimentos adquiridos com a busca e discussão coletiva.

Os mapas conceituais são utilizados, neste contexto, como ferramentas gráficas capazes de organizar e representar conhecimentos. Neles são incluídos conceitos que se interligam e a relação entre eles é especificada por palavras ou frases de ligação. Tais conceitos são apresentados de maneira hierárquica a partir de uma questão a que procuramos responder advinda da prática. Os estudantes elaboram mapas complexos, estabelecendo ligações cruzadas – *cross links*, que são as relações entre conceitos nos diferentes segmentos ou domínios do mapa conceitual⁵.

O desafio atual é envolver efetivamente as equipes de saúde da família em todas as atividades de educação a distância (EaD), como forma de educação permanente, e ampliar a discussão dos mapas conceituais com as mesmas. No momento, a parceria estabelecida com o serviço é fortalecida pelo Programa de Educação Permanente (PEP) para médicos de família realizado com metodologia problematizadora semelhante à aqui empregada, com exceção da modalidade a distância. O PEP é uma iniciativa da Secretaria de Estado de Saúde/ MG em parceria com a UFJF.

Discussão

A EBC, centro desta proposta, é sustentada pelas recomendações para o ensino da APS no Brasil. Permite que estudantes sejam inseridos no território vivo e dinâmico dos cenários reais da atenção básica de forma que possam conhecer e lidar com instrumentos de diagnóstico de saúde da comunidade, de maneira intersetorial, respeitando a diversida-

de cultural, o saber popular, e compreendendo os determinantes sociais do processo saúde-adoecimento.⁶

Alunos engajados podem ser uma poderosa influência sobre a mudança social colaborativa. Na verdade, alguns exemplos da influência dos estudantes, participando na comunidade, foram descritos em diferentes continentes, revelando as ligações organizacionais entre a escola, o sistema e serviços de saúde.⁷

No entanto, constitui um desafio o suporte para desenvolvimento de competências, tal como raciocínio clínico para estudantes que se encontram em cenários distantes do ambiente da escola.⁸ A intervenção educacional proposta neste momento da formação médica que privilegia a EBC pode ser conceitualmente definida como *blended learning*, permitindo o resgate da vivência dos estudantes na APS à luz da Medicina Baseada em Evidências, com utilização nos pequenos grupos da estratégia da problematização associada ao mapa conceitual e à EaD, potencializando a ligação entre teoria e prática.⁹ Pretende-se, assim, dar conta da complexidade que envolve o ensino clínico na formação médica, mantendo a motivação do estudante, com a possibilidade de o estudante retornar à sua realidade e aplicar imediatamente o que foi aprendido.⁹

Os princípios construtivistas da intervenção – problematização e construção do mapa conceitual, bem como participação nos fóruns para responder às questões de aprendizagem, foram utilizados com o intuito de criar uma estratégia centrada no estudante e um ambiente de colaboração, para além da transmissão do saber.¹⁰ Mudanças de paradigma da psicologia comportamental para a cognitiva orientam que o estudante interage com o ambiente, adquirindo competências e habilidades, através das construções mentais, tais como processamento das informações, esquemas, estruturas do conhecimento e estratégias de aprendizado.¹¹

Outro importante fundamento da intervenção proposta na experiência aqui relatada é o compromisso da escola com a vivência prática nos cenários da APS. A EaD tem mostrado sua potencialidade na difusão e produção do conhecimento, com intensa velocidade de propagação em muitas áreas, sobretudo com a expansão das TICs e pelas mudanças sociais que trazem uma exigência de aprendizado contínuo.¹²

Na graduação, seu uso tem crescido, mas ainda está subutilizada nas escolas médicas no Brasil. Tem como benefícios a flexibilidade, acessibilidade, satisfação e custo-efetividade, tornando-se uma ferramenta potencial para a metacognição e para a efetividade do desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem.¹³

Nesta proposta, a EaD é realizada por meio de fóruns, atividades assíncronas, que permitem, através da interação, a construção do conhecimento

coletivo, ao mesmo tempo que respeitam a diversidade da maneira e do tempo inerente ao indivíduo, constituindo, portanto, um ambiente interativo.¹⁴ Com a interação e trabalho colaborativo, o conhecimento coletivo é construído por meio da participação dos estudantes com as particularidades de seus conhecimentos prévios e multiplicidade de suas perspectivas e experiências

O trabalho com mapas conceituais representa mais um caminho para as práticas docentes marcadas pela autoria, autonomia e co-responsabilidade, além de avanços e conquistas no percurso de aprender, ensinar e formar.¹⁵ Ajuda o educador a conhecer qual o sentido que determinados conteúdos têm para o aluno, explorar os conhecimentos prévios e, valendo-se deles, contribuir com o processo de construção de conhecimentos científicos.¹⁶

A experiência do estágio em APS na UFJF pretende colaborar com a formação de profissionais tecnicamente qualificados e focados na responsabilidade social que atinjam o equilíbrio entre objetividade e subjetividade, entre as responsabilidades para com indivíduos e para com a sociedade, vislumbrando a constante melhoria do sistema. Espera-se que o comportamento dos alunos seja influenciado pelo contexto e pela comunidade em que eles atuam.

Nosso desafio é buscar uma escola médica completamente engajada, que poderá assegurar o desenvolvimento de seus discentes e influenciar positivamente seus cenários de prática. Um requisito fundamental para tal é a capacidade de criarmos ferramentas para avaliar nossos progressos no sentido de abordar as necessidades das comunidades. Olhando para o futuro, nossa escola deverá encontrar maneiras de mensurar esta influência para além do desejo, com foco na relevância dos serviços destinados às necessidades prioritárias da população de alto risco, na qualidade, na equidade, no custo-efetividade e no empoderamento dos sujeitos³.

Referências

- 1 Feuerwerker LC, Marsiglia R. Estratégias para mudanças na formação de recursos humanos com base nas experiências IDA/UNI. Divulgação em Saúde para Debate. 1996; 12: pp.24-8.
- 2 OMS/UNICEF. Conferência de Alma-Ata. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde, Alma-Ata, URSS, 6 a 12 de setembro de 1978. Brasília; 1979, p.1-64.
- 3 Woollarb RF. Caring for a common future: medical school's social accountability. Medical Education. 2006; 40: PP.301-13.
- 4 Brasil, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. [Internet]. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. [acesso em 2014 mai 15]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>

- 5 Novak JD, Cañas AJ, 2004. CmapTools. [Internet]. Rev. Technical Report IHMC. 2006-01 Rev 2008-01. [acesso em 2014 mai 20]. Disponível em: <http://cmap.ihmc.us/publications/researchpapers/theorycmaps/theoryunderlyingconceptmaps.htm>
- 6 Demarzo MM, Almeida RC, Marins JJ, Trindade TG, Anderson MI, Stein AT, Guimarães FG, Oliveira FP, Carvalho FP, Silva FD, Oliveira FA, Carlos GT, Marques JB, Geniole LA, Silveira LM, Pinto ME, Silva NA, Bagatelli RC, Ridrigues SR, Barboza TA, Sarti TD, Barreto V, Gusso GD, Belaciano MI. Diretrizes para o ensino na APS na graduação em Medicina. Rev Bras Ed Méd. 2012; 36(1): pp.143-48.
- 7 Strasser RP, Lanphear JH, McCreedy WG, Topps MH, Hunt DD, Matte MC. Canada's New Medical School: The Northern Ontario School of Medicine. Social Accountability Through Distributed Community Engaged Learning. Acad Med 2009; 84(10): pp.1459-64.
- 8 Tan SM, Ladyshevsky RK, Gardner P. Using blogging to promote clinical reasoning and metacognition in undergraduate physiotherapy fieldwork programs. In: Australas J Educ Technol. 2010; 26(3): pp.355-68.
- 9 Rowe M, Frantz J, Bozalek V. Medical Teacher. 2012; 34: pp.e216-e22.
- 10 Jonassen D, Davidson M, Collins M, Campbell J, Haag BB. Constructivism and computer-mediated communication in distance education. Am J Dist Ed., 1995; 9(2): pp.7-26.
- 11 Winn W. Some implications of cognitive theory for instructional design. Instructional Science. 1990; 19: pp.53-69.
- 12 Digital Agenda Assembly. Report from the workshop 08. "Mainstreaming e- Learning in education and training" DAE action 6. Brussels, 2011. p.16-17.
- 13 Cook D, Levinson A, Garside S. Instructional design variations in internet-based learning for health profession education: a systematic review and meta-analysis. Acad Med. 2010; 85(5): pp.909-22.
- 14 Lima Gonçalves, E. Médicos e ensino da medicina no Brasil. São Paulo: EdUSP; 2002. p1-259.
- 15 Ruiz Moreno L, Sonzogno MC, Batista SHS, Batista NA. Mapa Conceitual: Ensaio de Critérios de Análise. Ciência & Educação. 2007; 13(3): pp.453-63.
- 16 Ferreira-Martins ST. Educação Científica e atividade grupal na perspectiva sócio-histórica. Ciência & Educação. 2002; 8(2): pp.227-235.

CAPÍTULO

9

Educação Baseada Em Comunidade: A Experiência Da Universidade Federal De Goiás

Alessandra Vitorino Naghettini
Edna Regina Silva Pereira
Vardely Alves de Moraes

Introdução

A Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG) foi fundada em 1960.¹ Sua história registra ao longo do tempo fortes ligações com os Sistemas de Saúde (Estadual e Municipal), fato este que pode ser exemplificado pela gestão conjunta por mais de trinta anos do Hospital de Doenças Tropicais Anuar Aud, que hoje leva o nome de um professor da Faculdade de Medicina. A vocação para a regionalização e sua conseqüente preocupação com as chamadas doenças tropicais orientava o processo de pós-graduação, aprofundando as questões epidemiológicas contextualizadas.²

Na década de 70 durante o processo de interiorização da Universidade, incentivada pelo governo federal, através do Ministério da Educação e Cultura, a UFG implantou o projeto CRUTAC (Centro Rural Universitário de Treinamento e Ação Comunitária) em Firminópolis, cidade do interior de Goiás, onde instalou um Campus Avançado em funcionamento ininterrupto até os dias atuais¹. Por meio desse projeto, criou-se o internato rural que recebia internos do curso de medicina em cidades do interior do Estado cuja proposta inicial era a de levar assistência médica às populações carentes e criar oportunidades significativas de aprendizagem para os estudantes de medicina. O foco inicial era a prevenção e tratamento das doenças tropicais em especial a Doença de Chagas, endêmica na região.^{2,3}

Já nesse período a Faculdade de Medicina enviava estagiários e estudantes do último ano de medicina para diversas cidades do interior de outros estados, como Picos no Piauí (1972) e Porto Nacional (1980) hoje Estado do Tocantins e outras cidades do interior do Estado de Goiás além de Firminópolis (1975), São Luis de Montes Belos (1979), Jataí (1980), e mais recentemente em Uruaçu e Morrinhos (2007).^{2,3}

Até então, o internato rural era a principal forma de expressão da educação baseada na comunidade (EBC). A partir da publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) em 2001⁴ e renovação do Projeto Pedagógico da Faculdade de Medicina em 2003 houve uma revisão e ampliação do conceito de EBC. Tendo como referência a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) – Lei nº 9.394 de 20/12/96⁵, as DCN de 2001, e o Estatuto e Regimento da UFG formulou-se uma proposta de um novo modelo pedagógico-

gico com a transformação gradativa do fazer curricular. Dentre as mudanças destacam-se a revisão do eixo teórico/prático, valorizando práticas fora do ambiente hospitalar exclusivo e a diminuição da importância das especialidades médicas na graduação; a capacitação permanente do corpo docente e de um conjunto de tutores que atuam destacados da equipe técnica do SUS (Sistema Único de Saúde); a modernização e ampliação das fontes de informação bibliográfica; a revisão dos critérios de avaliação e a permanente retroalimentação dos sistemas de ensino e de prestação de serviços.²

Logo, os processos de mudanças curriculares alinhados com projetos indutores de mudanças do Ministério da Educação e Saúde como PROMED⁶, Pró-Saúde^{7,8} e PET-Saúde^{9,10} propiciaram a ampliação do componente de educação baseada na comunidade tendo como principal objetivo desenvolver ações de saúde voltadas à atenção básica, incluindo a promoção da saúde da população, atendendo ao Projeto Pedagógico do curso. Foram também incluídas as atividades interprofissionais entre os cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia e o nome do estágio que era Internato Rural foi modificado para Estágio Comunitário (EC) com a finalidade de aproximar os cursos envolvidos, uma vez que internato rural era muito específico da medicina. Atualmente, temos estágios em funcionamento em cidades conveniadas do interior do Estado como: Firminópolis, São Luis de Montes Belos, Jataí e Morrinhos.^{2,12,13}

Um novo ciclo de mudança curricular iniciou em 2014, após três anos de reuniões entre gestores do curso, comissão de ensino, docentes, discentes e técnicos administrativos. A EBC é um eixo transversal do novo Projeto Pedagógico, denominado Saúde-Família e Comunidade, percorrendo todos os anos do curso e oferecendo ao estudante uma formação longitudinal com oportunidades para uma atuação mais comprometida junto à comunidade. A responsabilidade e o compromisso social da FM/UFG guiou a elaboração deste novo Projeto Pedagógico,¹⁴ no qual a comunidade já se apresenta como foco do desenvolvimento do aluno, resgatando para universidade a sua responsabilidade social enquanto agente transformador da saúde.

Como aconteceu

Considerando a história recente, nossa adesão à educação, baseada na comunidade, veio em resposta às necessidades de reorientação profissional definida pela DCN.¹⁴ Em 2002 aderimos ao Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina (Promed)² proposto pelo Ministério da Saúde. Em 2005 passamos a integrar o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde Pró- Saúde I e II.^{7,8,10} Em

2008, aderimos também ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, o PET-Saúde.^{9,10}

Com a adesão aos programas indutores de mudança, diversas áreas do campo da saúde da UFG passaram a trabalhar de forma articulada, visando não apenas a interdisciplinaridade, mas a intersetorialidade.

Os curso de Nutrição e Farmácia integraram o Pró-Saúde II e atualmente temos envolvidos os seguintes cursos: nutrição, enfermagem, odontologia, farmácia, educação física e psicologia.

A participação dos gestores municipais, estaduais e conselhos de saúde para efetivação da estratégia foi importante. Ações em conjunto têm sido desenvolvidas, tanto no campo teórico como prático.

Relatos de experiência

Em janeiro de 2007, a FM/UFG deu início ao primeiro ano do estágio supervisionado imbuído na proposta de diversificação dos cenários de práticas. Dentro desse contexto o Departamento de Pediatria iniciou nesse período o Estágio Supervisionado I¹⁵ com desenvolvimento das atividades em sua quase totalidade no Centro Integrado de Assistência Médica Sanitária (CIAMS Novo Horizonte) da Secretaria de Saúde Municipal localizado no Distrito Sanitário Sudoeste de Goiânia.

A duração do estágio é de 4 semanas e é oferecido a turmas de 10 estudantes de medicina do 5º ano. A concepção do estágio teve como referencial teórico o Pró-Saúde e seus eixos de transformação buscando o redirecionamento do foco assistencial para promoção e cuidados primários da saúde. O processo de construção e supervisão do estágio envolveu diretamente três professores do departamento de pediatria presentes cotidianamente na Unidade de Saúde e cerca de 6 profissionais do serviço em um caráter multiprofissional de assistência e ensino.

Os cenários de atuação variavam desde ambulatórios de pediatria geral, emergência pediátrica na unidade de saúde e Hospital das Clínicas, sala de imunização a sala de acolhimento, sala de escovação, consultório odontológico e sala de reuniões entre outros. Nesta perspectiva o estágio contemplou em sua programação teórica e prática não apenas a abordagem clínica da criança e adolescente, mas também a prática em projetos e programas implantados no serviço em uma atuação interdisciplinar; destaque para (i) o projeto de humanização da atenção e acolhimento do usuário na unidade; (ii) o programa de atenção e promoção da saúde bucal da criança (iii) o Núcleo de prevenção às violências e promoção à saúde que, apesar de vinculado ao nível central, desenvolvia atividades de capacitação sobre o tema naquela unidade de saúde.¹⁵

PET-Saúde no Estágio Comunitário, antigo internato rural

Os coordenadores do estágio comunitário dos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia, Pró-reitoria de Graduação (PROGAD) e Secretaria Municipal de São Luis de Montes Belos e Firminópolis compreenderam o PET-Saúde como uma oportunidade de integração entre as atividades do estágio comunitário, o que permite melhorar a qualificação de preceptores e graduandos, para o fortalecimento da atenção básica de saúde e da ESF em Municípios do interior do Estado. Além disso, foi possível reforçar e valorizar vínculos entre serviço-academia, fortalecendo as parcerias da UFG com os municípios através do próprio PET-Saúde e refletir sobre o impacto do estágio comunitário na formação dos estudantes e futuros profissionais da saúde.^{9,10}

As atividades integradas entre o Estágio Comunitário e o PET-Saúde iniciaram em 2009 no Município de São Luis de Monte Belos e foram estendidas para o Município de Firminópolis em 2012. Já estamos no terceiro Projeto PET-Saúde e no sexto ano de atividades integradas o que demonstra um amadurecimento e sustentabilidade do projeto. Firminópolis, cidade a 110 Km de Goiânia, com 11.580 habitantes (IBGE 2010), desenvolve o estágio nas unidades de saúde: Centro de Saúde Vânio Medeiros de Melo e Irmã Francisca. Além das atividades assistenciais e de promoção à saúde na estratégia de saúde da família, destaca-se neste estágio o uso de programas de rádio, meio de comunicação ainda muito utilizado pela comunidade local, para desenvolver educação em saúde.³ O Município de São Luis dos Montes Belos está localizado a 118 km da capital, na região central do Estado de Goiás, conta com uma população total de 30.034 habitantes em 2010 (IBGE). Este foi o primeiro município do interior a receber o PET Saúde. Possui sete Unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF), incluindo a assistência à saúde bucal com uma cobertura de 90% da população. As atividades do EC e do PET-Saúde se desenvolvem nas Unidades de Saúde Boanerges da Silva Caíres e Dona Luzia.^{3,16}

Atividades mais relevantes do Projeto

Programa em Rádio Local

Os alunos contribuem com a programação da rádio local ao oferecerem esclarecimentos sobre diversos temas da área da saúde. Devido à condição sócio-econômica e cultural do público-alvo do programa de rádio e à limitação de tempo, a atividade exige extrema dedicação dos estagiários no momento da elaboração do roteiro. Não apenas o tema deve ir ao encontro das necessidades sociais da comunidade, como o aca-

dêmico deve atentar-se à linguagem e ao vocabulário utilizado, tentando aproximá-los, ao máximo, da realidade. A experiência mostrou-se oportuna ao permitir o uso de uma estratégia diferente de educação em saúde, exigindo conhecimentos e habilidades diferenciadas.¹⁷

Discussão de caso multiprofissional via telessaúde

Uma das atividades de integração da Universidade com o Serviço de Saúde e entre preceptores, tutores e estudantes de maior relevância é a discussão de caso multiprofissional via telessaúde, esse momento é compreendido como um espaço de muito aprendizado, diminuição das distâncias geográficas e encaminhamento das situações discutidas para serviços de maior complexidade. Os estudantes aprendem durante o debate do caso clínico com o docente convidado, e aos preceptores possibilita a educação permanente e melhorias na prática em saúde em comunidades distantes dos centros universitários.¹⁸

Curso de Formação em educação à distância (EAD)

Em 2012 o PET teve como inovação a articulação com o PRÓ-Saúde, em observância aos três eixos de orientação: Orientação teórica, Cenários de Prática e Orientação pedagógica 13. Dentro desta perspectiva o terceiro projeto PET-Saúde EC teve como ação prioritária a formação continuada e a educação permanente utilizando ferramentas de ensino à distância. A cada semestre são oferecidos aos preceptores e alunos um curso de formação com temas relacionados à prática clínica de participação obrigatória. Os cursos elaborados pelos tutores atende as sugestões de temas dos preceptores. Os cursos são realizados e acompanhados pelos tutores via plataforma Moodle. Os preceptores devem cumprir todos os requisitos e ao final de cada curso recebem o certificado de conclusão.

Os cursos têm duração de três meses, onde são desenvolvidas atividades como teleaula com professores convidados, fórum de discussão, elaboração de resenhas, resposta a questionários de avaliação e testes de conhecimento. Já foram realizados dois cursos que tiveram como temas: “Ética e profissionalismo” e “Preceptoria para as profissões da saúde”. O próximo curso, que acontecerá no segundo semestre de 2014, terá como tema “Saúde Mental na atenção Básica”.

Plataforma Moodle como meio de comunicação

Como as atividades do EC acontecem em municípios do interior, o contato contínuo com os alunos e preceptores fica facilitado com o uso da pla-

taforma, que ao mesmo tempo em que dissemina a informação, se torna um meio de agregar os arquivos e os registros do trabalho PET. A plataforma PET-EC está no link: <http://ead.medicina.ufg.br/course/category.php?id=58>. Na plataforma o grupo pode comunicar-se através de fóruns de debates, chats, bibliotecas, teleaulas, além de compartilhar agendas e calendários de eventos e atividades. Projeto.¹¹

Essa plataforma, criada em 2011, é entendida pelo grupo como o espaço onde ocorre a socialização das informações, a descrição e reflexão das atividades desenvolvidas, repositório de documentos, troca de e-mails. O acesso à plataforma é limitado aos tutores (como editor), aos preceptores (como professor não editor), aos alunos bolsistas (alunos) e a alguns visitantes.

Avaliação das atividades do estágio comunitário e PET-Saúde por meio de grupo focal

Para avaliar a percepção dos tutores e alunos sobre as contribuições do PET no estágio comunitário em 2010 e 2011, foi realizado um grupo focal com seis preceptores e sete alunos. Os preceptores destacaram um maior envolvimento na preceptoria e no trabalho interprofissional. Solicitaram um *feedback* contínuo sobre suas atividades e capacitação pedagógica em métodos de avaliação. Os estudantes de medicina, enfermagem e odontologia relataram satisfação no trabalho em equipe, maior interação com a comunidade e aumento da capacidade de aprendizagem à distância. Foi proposto melhoria no uso das tecnologias de ensino à distância. O grupo focal permitiu avaliar o impacto do programa, bem como destacar os desejos dos tutores no desenvolvimento de competências pedagógicas e para os estudantes melhorias nas atividades de ensino à distância. O projeto PET tem contribuído para melhorar o ensino baseado nas necessidades da comunidade em Goiás¹⁹.

A parceria da Universidade, Comunidade, Serviço de Saúde na Gestão

É importante que exista um ganho claro e perceptível para os serviços de saúde conveniados com a Universidade e que isto seja divulgado para a comunidade, pois este é um fator importante para o fortalecimento das parcerias. A Universidade pode assumir a gestão de um serviço de saúde desde a sua implantação e oferecer condições ao seu desenvolvimento, de acordo com os princípios gerais do ensino na comunidade. Podemos exemplificar a parceria realizada entre a Fundação do Hospital das Clínicas da UFG e a Secretaria Municipal de Saúde, em 2012, para gerir a Maternidade Dona Iris, onde os alunos da Universidade e em particular os da Faculdade de Medicina realizam estágio supervisionado em Ginecologia e Obstetrícia. A parceria

tem demonstrado tratar-se de um modelo diferente de gestão que oferece agilidade na compra de materiais, medicamentos e equipamentos e o desenvolve uma cultura voltada para o ensino na comunidade com produtos voltados para a área acadêmica

Desafios

Sabemos que são muitos os desafios enfrentados para consolidação dos estágios²⁰. As dificuldades variam desde a resistência dos profissionais, que eventualmente não compartilham da proposta pedagógica, a problemas de estrutura física como, falta de salas e materiais adequados para o atendimento.

Frequentemente nos deparamos com situações em que falta adesão de profissionais dos serviços à função de preceptor, induzida pela falta de remuneração e o acréscimo da demanda de trabalho com a presença dos estudantes²⁰.

A constantes mudanças de gestão por parte do serviço também dificultam a adesão às propostas pedagógicas. Encaramos recentemente um grande desafio, quando uma de nossas unidades teve o perfil de atendimento mudado e foi fechada para reforma sem o prévio entendimento com Faculdade de Medicina.

Outro desafio é a concorrência por cenários de estágio desencadeados pelas escolas de medicina privadas que remuneram as secretarias e os preceptores pelo número de estagiários dificultando a penetração das escolas que não o fazem. É importante destacar que a UFG não pode por motivos legais até o momento remunerar preceptores e nem as secretarias.

Outros desafios observados são: promover o desenvolvimento pedagógico do preceptor, aprimorar os processos avaliativos de estagiários e bolsistas pelos preceptores e tutores, sensibilizar os envolvidos no projeto para o entendimento do PET como uma ação indissociável de apoio à formação qualificada de profissionais para a Atenção Básica no SUS, aperfeiçoar a implementação de atividades educativas à distância a fim de consolidar os objetivos da proposta PET-EC.

Além do amadurecimento da parceria entre a Universidade e os Serviços de Saúde, observamos um maior envolvimento do Conselho Municipal de Saúde e líderes comunitários.

Lições Aprendidas

1. Ações indutoras como PRÓ/PET-Saúde proporcionaram, a um local de estágio curricular obrigatório já existente, maior vínculo entre os

preceptores do Serviço e os tutores da Academia, aprimorando o planejamento das atividades e o desenvolvimento de ações previamente estabelecidas. Observa-se um maior compromisso na participação mais efetiva do preceptor, tanto em atividades acadêmicas, quanto na mudança da prática clínica e iniciação na pesquisa.

2. A presença da Universidade na comunidade através dos estágios comunitários, incentivou as secretarias municipais na contratação de profissionais de saúde através de concurso público para efetivamente fazerem parte do projeto. Isso possibilita uma continuidade do vínculo estabelecido e das ações implementadas entre o Serviço e a Universidade, onde sai ganhando a comunidade.

Considerações Finais

A parceria da Gestão Municipal e Estadual com a Universidade é sem duvida o melhor mecanismo para estruturar essa relação. O contato entre a instituição de ensino e os serviços deve ser contínuo para que a integração ensino-serviço se mantenha. O profissional que exerce a profissão de preceptor quer ser valorizado ao exercer sua função. Desta forma, é importante que a unidade de ensino promova ações de reconhecimento do mérito acadêmico desses preceptores.

Várias ações podem ser trabalhadas para a valorização do preceptor como: reuniões de planejamento, programas de educação continuada e aperfeiçoamento, estímulo para que eles concorram a vagas no programa de pós-graduação na área de ensino e, fundamentalmente, que tenha um docente como supervisor do estágio, que faça a verdadeira integração ensino-serviço. Outro aspecto fundamental é a atuação política para que haja harmonia entre os interesses da instituição de ensino por intermédio da reitoria e os das secretarias municipais e estaduais de saúde.

Referências

- 1 Mendonça ZGC. A UFG e as políticas para o ensino superior público em Goiás: extensão, interiorização e expansão viam Campi Avançados. HISTEDBR On-line n.40, p. 274-294, 2010.
- 2 Projeto Político Pedagógico- Faculdade de Medicina- Universidade Federal de Goiás-2003
- 3 Moraes VA; Pereira ERSP; Naghettini AV. Quais e como devem ser os cenários de ensino-aprendizagem segundo o perfil de egresso propostos nas Diretrizes Curriculares Nacionais. In: Educação Médica: 10 anos de Diretrizes Curriculares Nacionais. Editora ABEM. Primeira edição. Rio de Janeiro, 2012. Cap 7. Pag 143- 163. Organizadores: Derly Silva

- Streit; Francisco Barbosa Neto; Jadete Barbosa Lampert; Jose Mauricio Carvalho Lemos; Nildo Alves Batista. ISBN: 978-85-66043-00-6
- 4 Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 nov. 2001. Diário Oficial da União. Brasília, nov. 2001; Seção 1, p.38.
 - 5 Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional Nº. 9.394. 20 de dez. 1996. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Seção 1, p. 27.833
 - 6 Brasil. Ministério da Saúde. PROMED-Programa de Incentivo às Mudanças curriculares para as Escolas Médicas. Brasília, 2002.
 - 7 Brasil. Ministério da Saúde. Pró-Saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Brasília, DF. Portaria Interministerial MS/MEC Nº 2.101, de 3 de novembro de 2005.
 - 8 Brasil. Ministério da Saúde. Pró-Saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Brasília, DF: MS; 2007. Portaria interministerial MS/MEC Nº 3.019, de 26 de novembro de 2007
 - 9 BRASIL, Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Edital Nº 12 de 3 de setembro de 2008. Seleção para o programa de educação pelo trabalho para a saúde – PET- Saúde. Diário Oficial da União, DF, N. 171 de 4 set.2008.
 - 10 BRASIL, Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Edital n. 24 de 15 de Dezembro de 2011. Para participação no Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) articulado ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET – Saúde. Diário Oficial da União, Nº 241, sexta-feira, 16 de dezembro de 2011.
 - 11 Universidade Federal de Goiás. Pro-Reitoria de Graduação (PROGRAD). Projeto Pedagógico de Estágios Curriculares Campus Firminópolis. 2007
 - 12 Assis RCP, Ataídes T L, Galvão SLL, Pereira ERS. Experiência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás nos locais de estágio comunitário. Rev Bras Educ Med. Supl. 2; 533. 2008 (resumos COBEM 2008)
 - 13 Projeto referente ao Pró-Saúde e PET-Saúde 2012/2013- UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS-2011
 - 14 Projeto Político Pedagógico- Faculdade de Medicina- Universidade Federal de Goiás-2013
 - 15 Ensino e aprendizagem de pediatria na rede de atenção básica de saúde de goiânia : uma estratégia viável? 51 Congresso Brasileiro de Educação Médica; 2013.
 - 16 Galvão SLL, Ataídes T L, Assis RCP, Pereira ERS. Avaliação qualitativa do estágio comunitário em São Luís de Montes Belos. Rev Bras Educ Med. Supl. 2; 448. 2008 (resumos COBEM 2008)
 - 17 Peixoto MKAV, Sugita DM, Medeiros KB, Ribeiro JP, Navarro MMD, Weirich CF. A Experiência da disseminação de conhecimento em saúde pelo rádio. Rev Bras Educ Med, v. 33 (4 Supl. 4); p. 719, 2009.
 - 18 Melo, FD; Colicchio, DB; Freire DR; , Navarro JA; Campos CC; Pereira ERS. Melhoria da educação permanente com introdução do telessaúde no PET-Saúde de São Luis de Montes Belos/GO. Rev Bras Educ Med, v.35 (Supl 1), p. 124, 2011
 - 19 PEREIRA e.r; Rocha B.S; Campos c.c; Goulart D; ANTUNHA C; SILVEIRA A. Contributions of “PET project” in Brazil for the development of primary care: a view of preceptors and students from a focus group. Poster apresentado no Association for Medical education in Europe (AMEE) 2012. Lyon – França. Disponível em: www.amee.org: 8Z/6 P:366-367
 - 20 FILISBINO, M. A. A graduação médica e a prática profissional na perspectiva de discentes do internato de Medicina. Dissertação de mestrado em Ensino na Saúde da FMUFG. 2013. 108p.

CAPÍTULO

10

Educação Baseada Na Comunidade
No Curso De Medicina Da
Universidade Estadual De
Maringá – Experiências E Desafios

Marlene Rodrigues de Novaes

Berenice Pelizza Vier

Edson Roberto Arpini Miguel

Rosangela Ziggiotti de Oliveira

Roberto Zonato Esteves

Introdução

Em 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata - um dos grandes marcos desta mudança paradigmática - a plenária apontara a ênfase em promoção da saúde e prevenção de doenças como o caminho para promover a saúde dos povos de forma mais equitativa.¹ No Brasil, estas discussões influenciaram o pensamento daqueles que sonhavam em, tendo conquistado a redemocratização política, alcançar a democratização do acesso aos cuidados da saúde. Estas ideias nortearam os debates da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e, posteriormente, a redação dos artigos referentes à Saúde da Constituição Federal e as Leis Orgânicas da Saúde, em especial a nº 8.080/90 que criou o Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste contexto, foi criado, em 1988, o Curso de Medicina da Universidade Estadual de Maringá (UEM), num momento em que a sociedade brasileira travava um forte debate sobre o modelo de saúde no país. O modelo hospitalocêntrico, tecnicista e centrado na doença contribuía para as desigualdades das condições de saúde no Brasil e também no mundo.

Portanto, não é estranho que o Curso de Medicina da UEM tenha nascido como um curso inovador, com ênfase na formação humanística e no papel social do médico. Apesar de bem intencionado, este projeto previa a formação de profissionais para um sistema de saúde idealizado, mas que ainda não tinha concretude. Assim, esta nova proposta foi muito criticada e, por falta de apoio local e de condições macro-estruturais, acabou dando lugar a um modelo tradicional de formação médica, mais alinhado com aquele entendido pela sociedade da época, como adequado para formar médicos.

Da mesma forma que, desde então, vivemos a criação e fortalecimento do SUS, este período também foi de muitas reflexões e tentativas de reaproximação da proposta inicial. As discussões internas motivadas pela participação na CINAEM - Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico² e demandadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais³ deram forma a um projeto aceito pelo Pró-Saúde (2005), que tinha como um dos seus eixos estruturantes o ensino baseado na comunidade (EBC) ao longo de toda a formação. Acreditamos que é preciso formar profissionais capazes

de aprender sobre a comunidade - e não simplesmente na comunidade - e preparados para enfrentar as incertezas e novas demandas deste o início de milênio, compreendendo as novas necessidades da população e respondendo prontamente a elas.

Da própria proposta do Pró-Saúde, fortaleceu-se a integração ensino-serviços-comunidade, através de Termo de Convênio referendado no Conselho Municipal de Saúde, dando perenidade e legitimidade às propostas pensadas e executadas coletivamente.

Um forte estímulo à EBC no Curso foi o apoio institucional para o envolvimento em iniciativas de desenvolvimento docente, notadamente o FAIMER-Brasil. O projeto “A Atenção Básica em Saúde como indutora de mudanças na formação médica”, nascido das discussões do Curso, conta com apoio do Conselho Acadêmico e participação de docentes, discentes e profissionais dos serviços e estabelece a APS como motriz de mudanças na formação médica. A pergunta de pesquisa norteadora é “Como formar médicos com um perfil mais apropriado às necessidades de saúde da comunidade?”.

Na UEM, a EBC é entendida como uma possibilidade de levar a escola (estudantes e docentes) mais próxima da realidade dos pacientes e conhecendo-a compreender suas implicações para a assistência à saúde. As experiências de vida e de adoecimento são próprias dos sujeitos individuais, pertencentes a grupos e classes sociais particulares, permeados por injunções políticas e econômicas específicas.⁴

A prática pedagógica da Educação Baseada em Comunidade, tal como a defendemos, busca conceder destaque a estas variáveis. É um campo de saberes e práticas comprometidas com o sistema social inclusivo, produtor de desordens que acometem o sujeito na forma de agravos à saúde e que devem ser contrapostos mediante ativação da triangulação ideal entre conhecimentos, valores e habilidades, incumbência histórica da medicina, agora acionada para cumprir suas promessas de mais saúde e bem-estar. Apesar da EBC ser uma referência transversal ao longo do Curso, que ocorre no ensino, pesquisa e extensão, em seguida destacamos alguns momentos fortes de sua inserção (Fig 1).

Disciplina de Ciências Sociais Aplicadas à Saúde

Componente do primeiro ano do curso, conjuga a discussão oportuna de aspectos da Sociologia e Antropologia da Saúde com o contato imediato com a prática na comunidade. Seu programa visa estimular e criar interesse nos acadêmicos para as práticas de saúde assentadas na comunidade, sublinhando o aprimoramento na formação de sensibilidade humanística

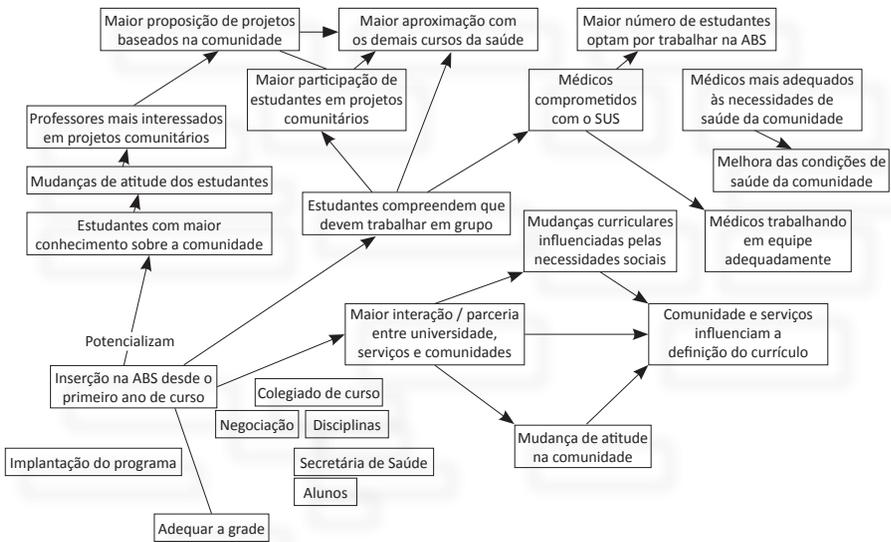


Figura 1: Mapa conceitual do projeto “A Atenção Básica em Saúde como indutora de mudanças na formação médica”

e abertura para a pluralidade dos mundos dos pacientes e o estímulo à intervenção social (Fig 2)

O campo de práticas é a Unidade Básica de Saúde (UBS) Ney Braga e seu entorno comunitário, onde durante quatro horas semanais os alunos se envolvem num processo dinâmico para:

1. Conhecer o modelo organizacional e as funções da Atenção Primária à Saúde (APS);



Figura 2: Alunos do 1º ano relatam para o grupo a experiência de reconhecimento do território de saúde.

2. Conhecer a principais tecnologias que médicos utilizam na APS;
3. Acompanhar o trabalho dos profissionais membros das equipes de Programa de Saúde da Família (PSF);
4. Estimular e participar do controle social;
5. Trabalhar com instrumentos de diagnóstico familiar e comunitário;
6. Conhecer e exercitar a clínica centrada na pessoa;
7. Desenvolver habilidades de comunicação;
8. Aprender a formular ações de promoção da saúde coerentes com as necessidades de saúde das pessoas.

É importante que, ao inserir acadêmicos de primeiro ano no contexto da APS, oferte-se formação prévia. Isto é realizado mediante uma Oficina, durante a qual aborda-se: Alteridade e sua importância para o campo da saúde; O método etnográfico no campo da saúde; A comunicação não-verbal e seus tipos, conforme Knapp⁵ e a Composição das etnografias clínicas.

A utilização da etnografia no âmbito da educação médica reverte positivamente em formação de sensibilidade e comprometimento discentes, ao mesmo tempo em que contribui para superar o desafio da inserção de alunos de primeiro ano nos serviços de saúde. A pesquisa etnográfica facilita o trânsito discente pela atenção primária em um momento de falta de conhecimentos médicos que permitam auxiliar os trabalhos desenvolvidos. Para tanto, recorreremos aos modelos explanatórios de doença, sistema conceitual que fundamenta a relação mediadora entre doença, o doente e a realidade social, tal como proposto por Arthur Kleinman.⁶

Outra questão importante é a oportunidade para que os acadêmicos debatam sobre as emoções por eles vivenciadas quando da escuta dos pacientes dos usuários dos serviços de saúde, visando obter apoios para a reelaboração destas emoções. Cuidamos, portanto, de assegurar uma abordagem humanizada às dores e sofrimentos das pessoas e, também, tratar humanisticamente os impactos que tal abordagem produz nos acadêmicos.

Um indicador da mudança esperada é a procura crescente, pelos alunos, pelas oportunidades de inserção em projetos de pesquisa, ensino e extensão baseados na comunidade. As questões reconhecidas na comunidade passam a influir nas discussões feitas nas salas de aula e nos ambientes de pesquisa.

Disciplina de Medicina de Família e Comunidade

Anteriormente designada Estágio em Saúde Pública, é um componente curricular teórico-prático do quarto ano do Curso, distribuído em duas turmas de 20 alunos. Trata-se da iniciativa mais antiga de aproximação dos

acadêmicos do curso com os problemas de saúde da comunidade, remanescente da proposta pedagógica original. No cenário de uma instituição filantrópica, os acadêmicos faziam atendimentos de medicina geral a 200 famílias de baixa renda e se envolviam em atividades de educação em saúde com os adolescentes que diariamente frequentavam a instituição, apoiados por uma equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, dentista e assistente social). Também participavam das atividades ambulatoriais do programa de controle de doenças (tuberculose, hanseníase, leishmaniose).

Nos anos subsequentes, a disciplina foi sendo reestruturada de acordo com as diretrizes da Medicina de Família e Comunidade, acrescentando conteúdos e vivências em atividades da APS e práticas educativas na comunidade. Atualmente usa os cenários da UBS Mandacaru, a Vigilância em Saúde e os ambulatorios do programa de controle de doenças. É feito o acompanhamento da dinâmica do funcionamento das equipes e dos atendimentos de saúde.

Internato em Saúde Coletiva

Criado em 2004, adequando-se à proposta das DCN³, o Internato em Saúde Coletiva articulou atividades que já vinham sendo oferecidas pelas outras áreas durante o Internato e novas ações, de forma integrada à atuação da atenção primária. É oferecido no quinto ano do Curso, tendo carga horária de 544 horas/aula, distribuídas durante 10 semanas. Desde sua criação, acontece em UBS, a saber, Mandacaru, Maringá Velho e Vila Vardelina. Durante 10 semanas, o interno participa das atividades de planejamento e execução das ações em equipes de PSF, além de atividades com os docentes da UEM. São realizadas discussões em pequenos grupos e propostas de intervenção.

Seu programa é apoiado em diretrizes da EBC e da Medicina de Família e Comunidade (MFC):

1. Mostrar ao aluno a realidade de Saúde da nossa região, usando o nível primário de assistência (centrado na prevenção primária e secundária), fugindo da visão centrada no Hospital e no tratamento;
2. Exercitar o bom relacionamento entre médico e paciente, mantendo os princípios da ética e da integralidade da atenção;
3. Desenvolver o conceito de multiprofissionalidade e interdisciplinaridade da assistência à saúde;
4. Aplicar os recursos semiológicos de anamnese e exame físico completos na formulação de hipóteses diagnósticas e condutas;
5. Reconhecer, diagnosticar e tratar as doenças clínicas mais prevalentes em nossa região;

6. Realizar procedimentos cirúrgicos de pequeno porte, a nível ambulatorial;
7. Prestar assistência à gestação normal, identificando os diferentes fatores de risco;
8. Desenvolver ações de prevenção e educação visando evitar a doença e suas complicações;
9. Desenvolver a noção de uso racional dos métodos diagnósticos e dos medicamentos disponíveis, visando otimizar os recursos disponíveis;
10. Participar de campanhas de Saúde Pública voltadas à população assistida.



Figura 3: Participação de alunos em campanhas de vacinação

Um estudo qualitativo realizado após três anos da implantação do internato – 2005 a 2008 - que utilizou como instrumento de avaliação o relatório apresentado ao término do estágio, evidenciou que os acadêmicos reconheceram a importância dos princípios da APS para sua formação. Identificaram as atividades educativas na comunidade, as visitas domiciliares e o envolvimento dos docentes como os aspectos mais positivos do estágio. Reconheceram como fragilidades o pouco envolvimento dos profissionais do serviço com o ensino, a infraestrutura da UBS e a coordenação dos cuidados relacionados à referência e contrarreferência⁷.

PET-Saúde

Em 2008, após elaboração e submissão de projeto, a UEM foi contemplada com o PET-Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, (MEC-MS) envolvendo a Medicina e outros sete cursos de graduação. A proposta visa fomentar grupos de aprendizagem tutorial com a finalidade de desenvolver profissionais sensibilizados para a atuação na APS. A proposta pretende integrar o conhecimento acadêmico com a prática profissional nas equipes de saúde da família. O primeiro grupo PET-Saúde da UEM foi capacitado em 2009. Em 2010, um questionário foi aplicado a dez estudantes de medicina participantes do programa indagando as motivações para adesão, sendo citados: o conceito do programa; a concessão de bolsa; melhor compreensão sobre a atenção básica; correlação de teoria e prática; e aproximação dos problemas de saúde da comunidade ⁸

Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade

Em 2009, atendendo às propostas de ampliação de residências médicas em áreas estratégicas do SUS, foi implantada na UEM a Residência de Medicina de Família e Comunidade. Este programa integra-se às linhas de formação de recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá e da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, com as quais já colaboramos através de várias ações.

Com duas vagas anuais, cinco profissionais concluíram o programa até 2013, sendo quatro egressos do nosso Curso. A formação inspirada em um modelo de prática médica centrada na pessoa e na relação médico-paciente, com foco na família e orientada para a comunidade, privilegiando o primeiro contato, o vínculo, a continuidade e a integralidade do cuidado na atenção à saúde representa um desafio permanente com vistas à qualidade e melhoria da formação a ser enfrentado pela escola em estreita sintonia com o serviço.⁹

Avaliação da EBC como um Instrumento de Gestão do Curso

A experiência acumulada pelo Curso, principalmente nos últimos dez anos, mostra que estamos no caminho certo, mas que ainda precisamos avançar.

Uma primeira prioridade é manter a integridade da EBC ao longo do Curso. Fazemos uma entrada forte no primeiro ano, que ocorre dissociada dos outros cursos da saúde e que não têm uma continuidade adequada nos segundo e terceiro anos.

A solução encontrada para o enfoque multiprofissional foi o estabelecimento pela UEM de um novo componente curricular comum a todos os cursos da saúde a ser oferecido no primeiro ano. Contando com o apoio da Pró-Reitoria de Ensino e do Pró-Saúde/UEM, estamos há dois anos discutindo a proposta que se efetivará no ano letivo de 2015. Teremos alunos de Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Medicina, Odontologia e Psicologia em grupos mistos, sob orientação de um professor da área da saúde, com proposta de integração que tenha como eixos centrais a EBC e as metodologias ativas.

A melhor forma de continuar as atividades de EBC no período pré-clínico tem sido motivo de reflexões e discussões pelo Núcleo Docente Estruturante e o Conselho Acadêmico do Curso. Uma possibilidade é promovermos uma aproximação maior com a Propedêutica e a Psicologia Médica, aproveitando a mobilização dos alunos alcançada no primeiro ano e trazendo estas práticas para a realidade da comunidade.

Outro desafio é manter mais alunos em uma proposta baseada na comunidade, mesmo com um número reduzido de docentes. Nossa supervisão presencial, por princípio, ocorre durante todo o período de permanência dos alunos na rede e nos equipamentos sociais e não contamos com preceptores da rede de saúde. Esta questão tem sido enfrentada com uma discussão contínua com a gestão municipal da saúde, que já se mostra mais aberta à questão, e com envolvimento de docentes de outras áreas. Estes, ao desenvolverem práticas na atenção primária e apoio matricial voltados aos internos e residentes, liberam os docentes da Saúde Coletiva que podem, então, se ocupar com outros grupos de alunos em outros espaços. Com o apoio e a compreensão da Universidade, temos também conseguido uma expansão lenta do número de docentes da Saúde Coletiva.

Dentro da proposta de um curso baseado na comunidade e integrado às suas características e necessidades, seria importante também que Serviços e Comunidade tivessem maior participação nas decisões curriculares, pautando suas reivindicações e participando das decisões acadêmicas.¹⁰ Temos participado das instâncias do controle social nos níveis local, municipal e estadual, mas temos obstáculos de ordem institucional para formalizar a participação de serviços e comunidade no Conselho Acadêmico do Curso. Enquanto a sociedade não consegue trazer diretamente suas propostas, temos sido seus representantes.

Referências

- 1 Declaration of Alma-Ata. Alma-Ata: Organização Mundial da Saúde, 1978. Disponível: http://www1.paho.org/English/DD/PIN/alma-ata_declaration.htm
- 2 Cruz KT. A formação medica no discurso da CINAEM [dissertação de mestrado]: Campinas - SP: UNICAMP: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2004.
- 3 Almeida M, organizador. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde. 2ª edição atualizada e ampliada. Londrina - PR: Rede Unida, 2005.
- 4 Pereira JC. A explicação sociológica na medicina social. [tese de livre-docência]: Ribeirão Preto - SP: USP: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 1983.
- 5 Knapp ML. Comunicação não-verbal na interação humana. 2ª edição. São Paulo - SP: JSN Editora, 1999
- 6 Kleinman KA. The illness narratives: illness, suffering, healing and the human condition. Nova York - EUA: Basic Books, 1988.
- 7 Oliveira RZ, Carvalho MDB, Esteves RZ et al. Internato em saúde Coletiva na Universidade estadual de Maringá. Poster apresentado no 47º Congresso Brasileiro de Educação Médica. Curitiba-PR, Associação Brasileira de Educação Médica, 2009.
- 8 Vier BP, Yoneyama BC, Dartibale CB, Freitas FR, Aseka GK. Estudo das percepções do acadêmico de medicina no ingresso do PET-Saúde. Poster apresentado no 11º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade. Brasília-DF, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2011.
- 9 Anderson MIP, Filho EDC, Rodrigues RD, Dalla MDB, Bourget MMM. Bases para expansão e desenvolvimento adequados de programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade. Rev Bras Med Fam e Com. Rio de Janeiro. v.2, n.11,2007.
- 10 Consenso Global de Responsabilidade Social das Escolas Médicas. Vancouver - Canadá: University of British Columbia & Walter Sisulu University, 2010. Disponível em: <http://healthsocialaccountability.org/supporting-organizations/>

CAPÍTULO

11

A Inserção Na Comunidade Do Eixo
Longitudinal De Emergências Da
Faculdade De Medicina De Ribeirão Preto
Da Universidade De São Paulo (FMRP-USP)

Antonio Pazin-Filho
Marcos de Carvalho Borges
Sandro Scarpellini

A Medicina de Emergência é um conjunto de disciplinas (ou áreas) que objetiva o processo de atendimento ágil, eficaz e tempo-dependente em situações de agravo agudo à saúde das pessoas, pressupondo hierarquização do sistema de saúde. Está extremamente relacionada com outras áreas de atuação e deve garantir um fluxo de atendimento tanto no aspecto estrutural (pré, intra e pós-hospitalar) como no aspecto transdisciplinar. Nesse contexto, a inserção na comunidade deve ser uma de suas metas.

A própria Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a necessidade de se incluir a emergência como uma ação prioritária nas suas iniciativas, pois à medida que o sistema de saúde se organiza, o atendimento estruturado de emergência se impõe. A experiência da OMS demonstra que, em países em desenvolvimento com nível elevado de pobreza, o estabelecimento de ações de caráter preventivo, sem que se ofereça também atendimento para os agravos agudos de saúde, diminui a confiança no sistema e coloca em risco toda a intervenção pretendida. Essa é uma das fortes influências para as modificações que estão ocorrendo nos sistemas de saúde.¹

A inserção da Emergência como disciplina curricular, embora ainda seja controverso no Brasil, vem ganhando aceitação.² O que se observa mais frequentemente é que o conteúdo e práticas relacionados à emergência estejam distribuídos em várias disciplinas, ocasionando fragmentação do aprendizado, repetição de conteúdo e, geralmente, sem os cenários apropriados para o ensino. A proposta de oferecer aos estudantes da graduação disciplinas/estágios de emergência no internato dos cursos de medicina ganhou destaque após a recente publicação, em 2014, das novas diretrizes curriculares para os Cursos de Medicina pelo Conselho Nacional de Educação.³ Há alguns anos existe um grupo de trabalho da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) que está discutindo como deve ser organizado o currículo de emergência nas escolas médicas do país.

A Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), em 2007, realizou uma revisão curricular, e, pioneiramente no Brasil, incorporou um **Eixo Longitudinal de Emergências** no Curso de Medicina.⁴ Durante a sua implantação, o eixo sofreu diversas modificações e a primeira turma completou esse novo currículo em 2013 (Fig.1). Esta experiência serviu como modelo para as modificações propostas pela ABEM.

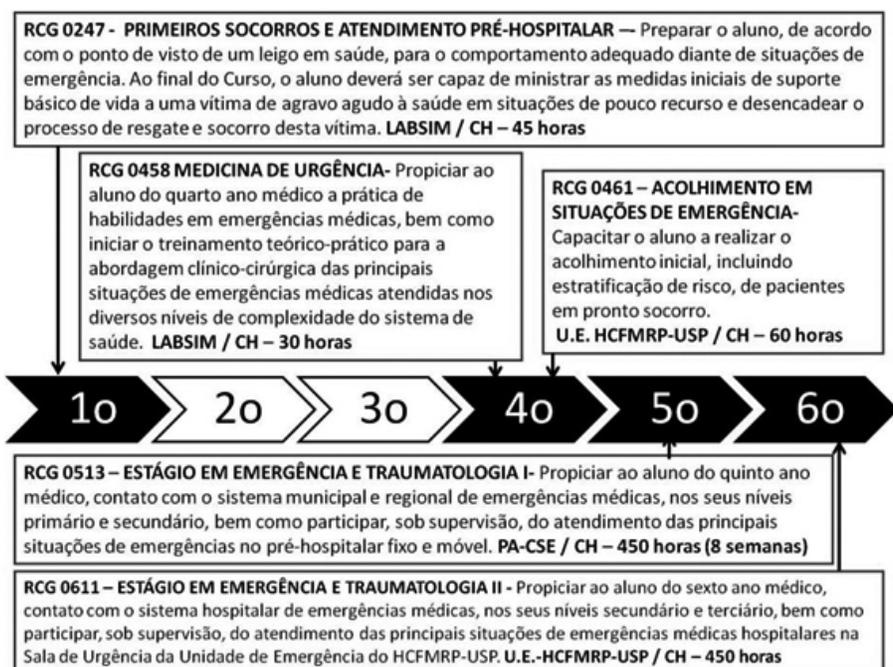


FIGURA 1: Disciplinas que compõem o Eixo Longitudinal de Emergência da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) com seus objetivos, sua carga horária (CH) e o local principal aonde são realizadas. As setas apontam para o ano em que a disciplina está inserida. Os anos cujas setas estão preenchidas em negro sinalizam que há a inserção de uma ou mais disciplinas. As cores atribuídas a cada disciplina sinalizam o nível crescente de complexidade, simbolizando também as estratégias de classificação de risco que são parte do ensino de emergência em pronto socorros não referenciados.

Legenda: PA- CSE – Pronto Atendimento do Centro de Saúde Escola da FMRP-USP; LABSIM – Laboratório de Simulação da FMRP-USP; U.E.-HCFMRP-USP – Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da FMRP-USP

Esse capítulo descreve, inicialmente, a composição atual do Eixo de Emergências da FMRP-USP e, posteriormente, será discutida a sua inserção na comunidade, analisando-se criticamente seus pontos positivos e aqueles a serem melhorados.

O eixo longitudinal de emergências da FMRP-USP

A ampla discussão durante a implantação desse Eixo consolidou alguns de seus princípios norteadores, que estão abaixo descritos.

Caráter integrador e multidisciplinar

O Eixo conta com a participação de docentes de diversas áreas: Pediatria, Clínica Médica, Cirurgia, Ortopedia, Ginecologia e Obstetrícia e Neurologia. Os objetivos são: propiciar uma visão holística da emergência e estimular o corpo docente a se envolver com currículo centrado nas necessidades de aprendizagem do aluno, forçando a integração de conteúdo em atuação conjunta e busca de novos cenários na comunidade. Como comentado anteriormente, desde o início do Eixo, também se busca a integração com a comunidade fora do ambiente hospitalar.

Formação contínua e progressiva

O Eixo foi desenhado de tal modo que cada disciplina resgata o conteúdo ministrado na disciplina anterior e acrescenta novas informações e experiências, promovendo a integração e sedimentação do conteúdo numa espiral virtuosa crescente.

Adicionalmente, o corpo docente do Eixo está desenvolvendo material didático em plataforma de ensino à distância para cada uma das disciplinas, a fim de que esse material esteja disponível para o aluno durante toda graduação. Dessa forma, o aluno terá a possibilidade de revisitar o material das disciplinas que já cursou, como ferramenta didática para a integração do conteúdo.

Estruturação dos cenários de ensino com base no Sistema Único de Saúde (SUS)

Os estágios do Eixo estão organizados em nível de complexidade previsto pelo SUS, de forma que o aluno compreenda os aspectos epidemiológicos concomitantemente ao diagnóstico e tratamento das afecções com que toma contato.⁵ Por exemplo, o estágio do 4º ano (RCG0461- Acolhimento em Situações de Emergência) põe o aluno em contato com acolhimento e estratificação de risco, o estágio do 5º ano (RCG0513 – Emergência e Traumatologia I) é fornecido em pronto-socorro não-referenciado, e o estágio do 6º ano (RCG0611- Emergência e Traumatologia II) ocorre em pronto-socorro referenciado.

Metodologia ativa como base para o ensino

As metodologias ativas são recomendadas pela Comissão de Graduação da FMRP-USP. Dentre as várias modalidades existentes, o Eixo inicialmente inseriu a Simulação, o Ensino à Distância e o Aprendizado Baseado

em Discussões de Casos. Novas estratégias serão avaliadas à medida que o Eixo se desenvolva.

Para o ensino de emergência, a simulação se tornou uma ferramenta fundamental, para que o aluno possa aprender habilidades respeitando os princípios éticos.⁶ Para ser desenvolvida adequadamente, o Eixo teve que fomentar a criação de um Laboratório de Simulação na FMRP-USP, tanto para prática de habilidades (RCG0247-Primeiros Socorros e Atendimento Pré-Hospitalar e RCG0458-Medicina de Urgência), quanto para a prática comportamental e trabalho em equipe (RCG0513 – Emergência e Traumatologia I e RCG0611- Emergência e Traumatologia II) (7). Além disso, em todas as disciplinas foi introduzida a simulação como modo de promover a discussão de situações de crise.

A utilização de técnicas de Ensino à Distância (EAD), para complementar a interação docente-aluno, vem sendo perseguida desde o início da implantação do Eixo⁸. Para isso, tem-se utilizado a plataforma Moodle STOA, recomendada atualmente pela USP para seus cursos de graduação e pós-graduação. Como o EAD consome tempo para sua elaboração, foi necessária a inserção de novos docentes para atingir a massa crítica necessária. Atualmente, a meta é que todas as disciplinas do Eixo tenham inserção na plataforma Moodle para que o aluno possa ter um material de apoio sobre as situações que está vivenciando na sua prática clínica.

Tradução do conhecimento obtido em habilidades concretas

Além de todo o Eixo ser desenvolvido com metodologia ativa e inserção em cenários de prática profissional precoce, vinculados a atividades-chave, que foram definidas a partir dos resultados esperados de aprendizagem, definidos na proposta curricular deste eixo. Assim, por exemplo, muitas atividades na RCG0513 – Emergência e Traumatologia I foram desenhadas para que, no final da atividade, obtenha-se o preenchimento correto de receitas e/ou atestados, uma habilidade requisitada em mais de 50% dos casos atendidos em pronto socorro não-referenciado⁹. Também na RCG0611- Emergência e Traumatologia II segue-se o mesmo princípio, com ênfase na prescrição médica, que se constitui na síntese de todo planejamento diagnóstico e terapêutico, e é a principal causa de mortalidade intra-hospitalar não esperada.¹⁰

O aluno é estimulado não só a desenvolver as habilidades de diagnóstico e tratamento, mas também responsabilidade ético-legal atribuída às suas ações. No início da RCG0611- Emergência e Traumatologia II, os alunos recebem um carimbo com o seu nome e o seu número de identificação junto à USP, sendo exigido que ele carimbe e assine todas as ações que executar.

Apesar da instituição já possuir prescrição eletrônica, ainda não há certificado digital para os alunos; essa é uma estratégia para desenvolver a co-responsabilidade sobre o que está sendo executado.

Reavaliação constante do conteúdo dos eixos para reestruturação das atividades

Todas as disciplinas são constantemente avaliadas pelos alunos e pelo corpo docente em todos os seus aspectos, tais como conteúdo, cenário de prática, simulações, discussões de casos, relacionamento corpo docente-aluno-comunidade, e o resultado tem sido utilizado para aprimorar as disciplinas. A avaliação do impacto do Eixo ainda é precoce frente às limitações metodológicas, mas houve uma sinalização de que o Eixo está na direção correta em 2013, quando a primeira turma prestou homenagem na colação de grau: *“Aos Idealizadores e Colaboradores do Eixo de Emergência e Traumatologia – Uma homenagem à dedicação e seriedade na implementação desta nova disciplina que já em seus primeiros anos, mostrou grande impacto na formação de seus alunos”*.

A descrição breve de cada uma das disciplinas do curso está sumarizada na figura 1, mas alguns pontos serão destacados abaixo.

RCG0247- Primeiros Socorros e Atendimento Pré-Hospitalar – Embora parte do Eixo, essa disciplina antecede sua implantação, sendo ministrada desde 2003. Este curso anteriormente era ministrado no segundo ano do curso médico, tendo sido realocado para o primeiro semestre do primeiro ano na reforma curricular. Neste momento, são fornecidos princípios básicos de como proceder numa situação de emergência e sobre a estrutura do sistema de saúde.

RCG0458- Medicina de Urgência - O curso é constituído basicamente de estações de habilidades, desenvolvido no oitavo semestre. Para isso, o aluno recebe vídeos e textos para leitura prévia, realiza um pré-teste e somente após vai para as estações práticas de habilidades, que são finalizadas com a discussão de seu desempenho na prática e dos pré-testes. O objetivo nesta etapa é fornecer treinamento inicial de procedimentos a serem realizados em situações de emergência. Foi decorrente da percepção de que os alunos do currículo anterior, ao atingir os estágios de aplicação no internato, não tinham base teórica ou prática consolidada dos procedimentos mais comuns.

RCG0461- Acolhimento em Situações de Emergência - Nessa disciplina do quinto ano, o aluno atua em conjunto com a equipe do Serviço Social e observa as diversas equipes médicas para desenvolver competências de Gerenciamento de Conflito, Atendimento a Vitimizados Sexuais e Acolhimento ao Óbito na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas

da FMRP-USP. Os alunos realizam plantões de observação e postam os comentários em um formulário semi-estruturado na plataforma Moodle, que são avaliados por um tutor.

RCG0513 – Emergência e Traumatologia I - Essa disciplina é desenvolvida no quinto ano no Pronto Atendimento do Centro de Saúde Escola (PA-CSE) da FMRP-USP que é um modelo de pronto-socorro não-referenciado. Nessa disciplina, o aluno frequenta quatro cenários de prática profissional: pronto atendimento de adultos, pronto atendimento de crianças, atendimento de ortopedia e cirurgia de urgência e emergência. Todo curso é prático, visando à inserção do aluno no atendimento supervisionado e na equipe de trabalho, e também procura corresponsabilizar o aluno de todo processo de uma consulta médica. Assim, o aluno participa não só do atendimento do paciente, mas também interage com a equipe de enfermagem, médicos plantonistas, residentes, farmácia e regulação médica. A fim de sedimentar o aprendizado e garantir um conteúdo mínimo para todos os alunos, reservam-se um a dois períodos por semana para práticas de Simulação e para discussão de vários casos clínicos interdisciplinares, que são distribuídos no início da disciplina para estudo prévio. Em 2013, essa disciplina foi eleita como a melhor disciplina do 5º ano do Curso de Medicina da FMRP-USP.

RCG0611- Emergência e Traumatologia II – desenvolvida na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da FMRP-USP durante o sexto ano. Também se embasa em prática supervisionada e nas características discutidas para a RCG0513 – Emergência e Traumatologia I, agora num ambiente de referência terciária, no qual o aluno é exposto a casos de maior gravidade.

A inserção na comunidade – potencial e dificuldades

A inserção na comunidade é um objetivo que permeia a FMRP-USP desde a sua criação, sendo mais desenvolvido no tocante à prevenção e promoção da saúde, consultas e procedimentos eletivos¹¹. Com o desenvolvimento do Eixo Longitudinal de Emergências, logo surgiu a necessidade de inserção na comunidade. Ribeirão Preto foi o primeiro Departamento Regional de Saúde do Estado de São Paulo a inserir a Regulação Médica, que, apesar dos inúmeros benefícios, implicou na centralização de emergência terciária e falta de cenário de ensino para emergência primária e secundária dentro da FMRP-USP.^{11,12} Frente a esse fator limitante, a instituição teve que buscar alternativas para a inserção além dos próprios da Universidade, que foi facilmente obtida quando as atividades eram relacionadas à observação. Na disciplina RCG0247- Primeiros Socorros e Atendimento Pré-Hospitalar, os alunos são inseridos precocemente em ambientes como o Corpo de Bombeiros

e, como observadores, na maternidade secundária, onde devem assistir a pelo menos um parto. O Corpo de Bombeiros é extremamente receptivo para essa finalidade, enquanto que o acesso à maternidade é garantido por se tratar de um hospital mantido pela Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência (FAEPA) do Hospital das Clínicas da FMRP-USP.

A busca pela comunidade também foi incorporada com atividades derivadas do programa canadense PARTY (*Prevent Alcohol and Risk-Related Trauma in Youth*), inserido pelo Prof Sandro Scarpellini após o seu pós-doutoramento.¹⁴ Esse programa leva os alunos a visitarem um centro terciário de trauma e, após, os alunos são colocados em contato com membros da comunidade que sofreram acidentes de trânsito, com sequelas permanentes. Esse modelo de “psicologia reversa” está sendo testado em outras disciplinas.

Já o contato com situações de emergência de menor complexidade, como na RCG0513 – Emergência e Traumatologia I, foi mais conflituoso e ainda não está totalmente resolvido. Durante o desenho do Eixo, existia um convênio entre a FAEPA e a Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto para que o Pronto-Atendimento do Centro de Saúde Escola (PA-CSE) da FMRP-USP fosse gerenciado pela FMRP-USP. No entanto, durante a implantação do Eixo, esse contrato foi rompido por questões econômicas e um novo contrato teve que ser estabelecido para que não houvesse prejuízo para o aprendizado dos alunos. Nesse novo contrato, estabeleceu-se que a FMRP-USP disponibilizaria nove médicos assistentes para supervisionar as atividades dos alunos no PA-CSE, porém sem a obrigação de gerenciá-lo. Por outro lado, a Prefeitura ficou responsável pela manutenção da estrutura, como, conservação das salas, macas, medicamentos, entre outros, e também pelo gerenciamento dos médicos e enfermeiros que trabalham no pronto atendimento.

Dessa forma, os alunos se dirigem ao estágio de segunda à sexta-feira e são recebidos por um médico assistente exclusivo, que os orienta no atendimento dos pacientes, independentemente da atividade assistencial das equipes da prefeitura. Apesar da relação entre os profissionais da FMRP-USP e da Prefeitura ser adequada, essa divisão de responsabilidades e de equipes gera inúmeros problemas no dia a dia, como a falta de médicos, a falta de salas adequadas para o atendimento e a transferência de responsabilidade. Por outro lado, poderia ser uma oportunidade ímpar para integrar melhor a comunidade e a academia.

Adicionalmente, em virtude da quebra desse pacto anterior, a antiga disciplina “Treinamento em Serviço II” foi redesenhada para se tornar “Acolhimento em Situações de Emergência” cujo objetivo sempre foi o de ensinar estratégias de estratificação de risco entre outros conteúdos. Até que novos ajustes sejam feitos, ela teve que ser alocada na U.E. do Hospital das Clínicas da FMRP-USP.

Essa situação também limitou temporariamente a integração com as outras instâncias do sistema de saúde, especialmente os núcleos de Medicina de Família e a regulação médica. Na proposta inicial, era esperado que o aluno pudesse identificar casos que não deveriam ser atendidos no pronto socorro e encaminhá-los, com garantia de atendimento ou contra-referenciá-los após intervenções pontuais realizadas na emergência. Essa interação só será possível se a FMRP-USP vier a gerenciar novamente o PA-CSE ou outro serviço de pronto-atendimento não-referenciado ou se for possível estabelecer um melhor relacionamento entre a FMRP-USP e a Prefeitura. A busca por novos cenários é dificultada pelas relações frágeis com a Prefeitura de Ribeirão Preto, sendo que o município é sede de duas outras escolas de Medicina que dividem a oportunidade de parcerias para estabelecimento desses cenários. Por mais delicada e complexa que a relação entre faculdades e prefeituras possa ser, é indiscutível a necessidade de aprendizagem de casos de urgência e emergência de menor complexidade, para todos os alunos dos cursos de medicina. Dessa forma, é premente a criação de mecanismos para ampliar e otimizar a participação das faculdades de medicina nos serviços de urgência das prefeituras, ou seja, melhorar a inserção da academia na sociedade.

Em relação ao Eixo de emergência da FMRP-USP, procuramos expor o aluno a cenários de diferentes complexidades; o aluno pode cotejar os casos que atende na RCG0513 – Emergência e Traumatologia I (pronto-socorro não referenciado) com aqueles que atenderá na RCG0611- Emergência e Traumatologia II (pronto-socorro referenciado) e perceber os aspectos epidemiológicos da emergência na população. Além disso, o aluno também compreende a integração dos dois níveis de complexidade ao identificar casos que não podem ser resolvidos na instância não-referenciada e ativar o sistema para transferência do paciente.

Finalmente, é importante ressaltar que essas dificuldades estão sendo superadas com o apoio da Diretoria e da Comissão de Graduação da FMRP-USP e da FAEPA. Provavelmente, serão vencidas com mudanças no contexto político e/ou com novas parcerias em outros municípios ou outras instituições. Apesar de toda dificuldade, elas têm servido para aprimorar o Eixo de Emergências que já se tornou realidade na FMRP-USP e, muito em breve, para diversas IES do país. Indubitavelmente, essa proposta é integrativa, inovadora e racional e não há como retroceder. Sua sedimentação será um passo importante para alicerçar as IES com a comunidade.

Referências

- 1 Razzak J a, Kellermann AL. Emergency medical care in developing countries: is it worthwhile? Bull World Health Organ [Internet]. 2002 Jan;80(11):900–5. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2567674&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- 2 Holliman CJ, Mulligan TM, Suter RE, Cameron P, Wallis L, Anderson PD, et al. The efficacy and value of emergency medicine: a supportive literature review. Int J Emerg Med [Internet]. Springer Open Ltd; 2011 Jan [cited 2012 Feb 11];4(1):44. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3158547&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- 3 Garcia GG, Macedo AR de, Dorea ADR, Mendonça EF, Romão JE, Curi LRL. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. 2014 p. 1–47.
- 4 Pazin-Filho A, Scarpellini S. Medicina de Emergência: Você pode fugir, mas não há como se esconder ! Med Preto). 2010;43(4):432–43.
- 5 White L. The ecology of medical care revisited. N Engl J Med. 2001;344(26):2021–5.
- 6 Ziv A, Wolpe PR, Small SD, Glick S. Simulation-based medical education: an ethical imperative. Simul Healthc [Internet]. 2006 Jan;1(4):252–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19088599>
- 7 Elias FP, Pazin-Filho A. Adherence and Perceptions Regarding Simulation Training in Undergraduate Health Sciences. Rev Bras Educ Med. 2010;34(4):549–53.
- 8 Schlinkert, William Rafaelo; Scarpellini, Sandro;Pazin-filho A. Problems and Potentialities of e-Learning for Regular Undergraduate Courses in Emergency Medicine. Rev Bras Educ Med. 2010;165(3):452–8.
- 9 Madruga CMD, Souza ESM de. Manual de orientações básicas para prescrição médica. 2009 p. 1–36.
- 10 Pazin-filho A, Frezza G, Matsuno AK, Cassiolato S, Pereira MM. Princípios de prescrição médica hospitalar par a estudantes de medicina para. Med (Ribeirão Preto). 2013;46(2):183–94.
- 11 Bollela VR, Passos ADC, Forster AC, Fabro ALD, Bellissimo-Rodrigues F, Reis FJC dos, et al. Community-Based Education experience at the Faculty of Medicine, Riberião Preto - University of São Paulo (FMRP-USP) - Brazil. In: Organization WH, editor. Community based education in health professions: global perspectives. The Eastern Mediterranean Regional Office of the World Health Organization; 2014. p. 61–87.
- 12 Santos JS dos. Da Fundação do Hospital das Clínicas à Criação da Unidade de Emergência e sua Transformação em Modelo Nacional de Atenção Hospitalar às Urgências. Medicina (B Aires). 2002;35(1):403–18.
- 13 Adolfi Júnior MS, Pallini FM, Pessotti H, Wolf CM, Patelli HT, Capeli RD, et al. Emergency medical coordination using a web platform: a pilot study. Rev Saude Publica [Internet]. 2010 Dec;44(6):1063–71. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21107504>
- 14 Kershaw T, Marko J. The Prevent Alcohol and Risk-related Trauma in Youth (P.A.R.T.Y.) program: evaluation results from Saskatoon, Canada. Can J Public Heal. 2013;104(1):e92.

CAPÍTULO

12

A Experiência Do Curso De Medicina De Sorocaba – PUC/SP

Maria Helena Senger
Fernando Antonio de Almeida
Fábio Miranda Junqueira
Luiz Ferraz de Sampaio Neto

Introdução

O Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Sorocaba, integrado à Pontifícia Universidade de São Paulo (PUC/SP), é bastante antigo e iniciou suas atividades na década de 1950. Na época já havia o hospital-escola (Hospital Santa Lucinda), que direcionava parte de seus atendimentos para os chamados “pacientes indigentes”, nome inapropriado para o público que, embora atendido com dignidade, se prestava para o ensino dos alunos. Distante do que se pratica atualmente, a saúde era exclusivamente centrada nos hospitais e, nessa ocasião, o Sistema de Saúde da cidade de Sorocaba e da região tinha o hospital-escola como componente fundamental da assistência à saúde; ou seja, naquela ocasião existia o envolvimento comunitário do curso de medicina através de seu hospital-escola próprio, refletindo o modelo utilizado no país.

Com o decorrer dos anos algumas iniciativas surgiram em consonância com as transformações na assistência à saúde no Brasil. Na década de 1970 foi criado o “Posto de Puericultura”, dedicado à atenção materno-infantil, instalado nas dependências do próprio hospital-escola e que, na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), transformou-se em uma unidade básica de saúde (UBS) “escola”. Alguns anos depois foi incorporado, como local de aprendizagem e campo de estágio o atendimento no Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS), instalações hospitalares da Secretaria Estadual de Saúde, com quem foi celebrado convênio, renovado e vigindo até os dias atuais. Este convênio permitiu ampliar os espaços de ensino também para outros cenários. Novamente, o curso permanecia inserido como parte integrante do Sistema de Saúde na comunidade que o abrigava, entretanto mantinha ainda um forte viés hospitalocêntrico.

No final da década de 1980, atendendo ao que é preconizada pelo SUS, foi criado o Ambulatório de Especialidades do CHS e o Centro de Saúde Escola, ambos no *campus* universitário com participação ativa das disciplinas com alunos e residentes nestas atividades. Anos depois, por razões econômicas e políticas, houve o distanciamento de várias disciplinas que mantinham serviços de atendimento efetivo no SUS no CHS, numa pretensa dissociação entre ensino e assistência médica. As práticas do ensino passaram a ocorrer,

em muitas áreas, apenas na forma de supervisão dos residentes, também acompanhados por médicos preceptores contratados pelo Serviço Público Estadual e pelos alunos, utilizando as dependências do CHS unicamente como cenário para ensino de propedeútica e discussão de casos. Assim, as atividades desenvolvidas pelo curso de Medicina afastaram-se da vinculação participativa com o Sistema de Saúde de Sorocaba e da região. Paralelamente a esses fatos, acompanhando o desenvolvimento e a solidificação dos princípios do SUS, a atenção primária passou a ser responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba, surgindo como nova protagonista da assistência à saúde e potencial parceira da educação na saúde.

Neste cenário, no final dos anos 1990, iniciou-se o diálogo com professores e estudantes do curso, sinalizando para a realidade daquele momento, ou seja, de que o curso médico da PCU havia se transformado em um apêndice, quase descartável, outras vezes incômodo, ao sistema de saúde local e regional e de que o ensino praticado na escola era fundamentalmente hospitalocêntrico, focado nas especialidades e muito mais voltado à formação dos residentes do que à graduação. Estes foram os principais motivos que estimularam as discussões, formais a partir de 2001, e culminaram com a reforma curricular, iniciada com a turma de 2006. Nesta reforma curricular pretendia-se retomar os espaços perdidos dentro do sistema de saúde local e regional, bem como compartilhar com os gestores municipais e estaduais o protagonismo da Assistência à Saúde de Sorocaba e região.

O direcionamento da reinserção do curso de medicina no sistema de saúde foi a orientação que surgiu após vários debates com os diferentes grupos de professores, aglutinados segundo as áreas de atuação, ou segundo as séries em que desenvolveriam suas práticas de ensino. Para tanto, uma das iniciativas buscadas foi a formalização do acesso dos professores e estudantes aos ambientes que já existiam e que foram criados e eram mantidos pela Secretaria Municipal de Saúde. O convênio assinado entre a mantenedora da PUC/SP e a Prefeitura Municipal de Sorocaba permite hoje ao corpo docente e discente participar de todos os locais onde se presta assistência à saúde no município de Sorocaba e foi o passo inicial da inserção dos nossos estudantes na rede. Mais tarde, em 2002, o próprio hospital-escola de propriedade da universidade foi destinado a convênio para gestão municipal de seu atendimento SUS, retomando sua vocação de cenário de ensino-aprendizagem.

No entanto, algo de diferente precisava ser delineado com a reforma curricular. Apenas repetir a experiência do uso do cenário e o distanciamento do cuidado efetivo ao usuário, sem interação e diálogo com os demais profissionais envolvidos, levaria a desfecho já conhecido e que deveria ser evitado. Foi com esta análise que se delineou o perfil desejado do futuro médico, englobando especificidades para a prática na atenção básica, tais como: a

proposição de medidas para a promoção da saúde e prevenção de doenças; a capacidade de referenciar corretamente os casos que assim necessitem; a avaliação do território de atuação de uma UBS em suas dimensões físicas, biológicas e sociais, com apropriação da rede social intersectorial existente; a observação e análise das condições familiares e domiciliares e o debate das questões apontadas no Pacto pela Saúde do município no nível de seu território de atuação. Agrega-se neste ponto, a participação exitosa do curso no Programa de Incentivo às Reformas Curriculares dos Cursos de Medicina (PROMED) e a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (2001), considerados como marcos vitais na proposta curricular que se seguiu.

Assim foi concretizada a reforma curricular do curso de medicina, refletida e analisada desde 2001 e iniciada concretamente com os ingressantes de 2006. Várias mudanças foram postas em prática para contemplar os objetivos gerais do curso que continuam a persistir: (a) priorizar a educação problematizadora; (2) centralizar o ensino nas necessidades do aluno; (3) garantir o contato do aluno, desde o primeiro ano do curso, com as realidades da saúde e socioeconômicas da comunidade; (4) realizar um processo educativo interativo e construtivo; (5) individualizar a educação e (6) realizar avaliação diferenciada, integrada e integral. O desenho do projeto pedagógico foi traduzido em módulos que obedecem a um eixo norteador de cada série, com evolução esperada de aquisições de competências crescentes, remetendo a uma espiral, que a cada volta tem pontos de partida e chegada em planos distintos, ascendentes.

No direcionamento relativo ao tema deste livro, é preciso especificar que a EBC ocorre no currículo da medicina de Sorocaba, principalmente mas não exclusivamente, no módulo denominado de **Prática em Atenção à Saúde (PAS)**, Além do PAS, outras atividades, especialmente no internato, também são assim direcionadas e uma delas está adiante exposta.

A Educação Baseada na Comunidade no Currículo na Faculdade de Medicina. Módulo de Prática em Atenção à Saúde (PAS)

O PAS representa um módulo vertical que acompanha o estudante em todo o curso médico, alocando-o durante os quatro primeiros anos do curso em uma mesma UBS. Esse módulo se interliga ao estágio de Saúde Coletiva no internato (5º e 6º anos). Houve a preferência pela utilização de unidades participantes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), mas pela condição de cobertura no município, isto nem sempre foi possível.

Após a reforma curricular, cerca de 100 alunos foram distribuídos em dez grupos. Cada grupo, com seu professor, distribui-se por dez unidades

de saúde, subdivididos pelas várias atividades que ocorrem cotidianamente nestas unidades, incluindo as visitas domiciliares.

Desde a proposta original, a progressiva inclusão dos estudantes nas práticas cotidianas da UBS (Fig. 1 e 2) em que estiver designado a participar, bem como em outros equipamentos de saúde tem sido fundamental. Nos quatro primeiros anos do curso, o desenvolvimento das atividades no PAS, com duração de quatro horas semanais, é direcionado a contemplar subeixos específicos, que se vinculam, teoricamente, ao eixo norteador da série. Assim, os subeixos promoção à saúde e proteção específica (1º ano); diagnóstico precoce e tratamento imediato (2º ano); análise dos programas de atenção integral à saúde (3º ano) e avaliação da efetividade do sistema de atenção à saúde (4º ano) correspondem ao que é buscado pelo professor e seus alunos nas atividades em campo, utilizando-se da metodologia da problematização, garantindo a inserção contínua, longitudinal e diferenciada dos alunos nos processos de atenção à saúde.



Figura 1: Estudantes e professor do Módulo de Prática em Atenção à Saúde (PAS) – 1º ano 2006



Figura 2: Estudantes atendendo na Unidade Básica de Saúde – 3º ano 2009

A estratégia metodológica da problematização é ancorada no arco de Maguerez, em que há observação das questões e problemas de um determinado local, sua teorização na busca de compreensão e de possíveis hipóteses e soluções, seguida da escolha da melhor opção, aplicação e posterior avaliação. Estes procedimentos correspondem a potentes processos modificadores da realidade. Então, a cada ano, os alunos são expostos à realidade local por sua própria vivência no cotidiano da unidade e ao ser colocado como elemento que busca soluções para as situações e problemas da comunidade. Este diálogo com os profissionais e com a gestão da unidade é vital para a pactuação das ações que serão desenvolvidas e para o fortalecimento do vínculo entre ensino-serviço. Aos professores cabe direcionar os alunos na teorização dos problemas e das soluções, sem perder de vista o subeixo e os objetivos de aprendizagem do módulo naquela série da graduação, descritos no projeto pedagógico do curso. Como consequência, em cada unidade vários projetos de intervenção ocorrem ao longo do ano e os alunos são estimulados a interagir com os usuários, seus familiares e com os profissionais de saúde na busca das soluções ao problema escolhido e na sua implementação. Os projetos de cada subgrupo são apresentados em evento no final do ano letivo denominado “Fórum do módulo: Prática em Atenção à Saúde”, em que os profissionais e os gestores das unidades e da Secretaria de Saúde são convidados a participar e, assim, recebem a devolutiva das ações realizadas. A Secretaria de Saúde também recebe os anais contendo os resumos de todos os projetos. E, sucessivamente, no ano seguinte, novas ações são pactuadas, incluindo a continuidade e/ou avaliação daquelas incorporadas no cotidiano das unidades.

Muitos textos para publicação e para apresentação em eventos científicos surgiram a partir dos trabalhos desenvolvidos pelos estudantes supervisionados pelos docentes do PAS. Como pode se verificar na tabela 1 houve progressivo número de trabalhos desenvolvidos pelos estudantes. Os temas geralmente focavam os problemas mais relevantes de cada comunidade, mas também trabalhos direcionados às questões da referência e contra-referência, e assuntos de complexidade maior dentro do SUS. A partir de alguns destes trabalhos foi possível modificar muitas práticas de atendimento na rede do Sistema Municipal de Saúde de Sorocaba, e também surgiram protocolos de atendimento, alguns publicados em periódicos e livros.

Além das UBSs, outros equipamentos sociais também são utilizados no PAS (fig. 3), na dependência das ações que estão sendo realizadas e dos subeixos norteadores do módulo. Assim, escolas, igrejas, centros comunitários (creches, asilos), unidades de pronto-atendimento, ambulatórios e hospitais também são utilizados para o desenvolvimento do módulo.

Tabela 1. Número de projetos de intervenção desenvolvidos nas UBS por estudantes em atividade no PAS de acordo com o ano do curso. Sorocaba 2009 a 2013.

Série\ Ano	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
1º ano	7	5	4	10	11	37
2º ano	9	9	12	14	17	61
3º ano	13	10	10	11	13	57
4º ano	16	15	9	11	14	65
TOTAL	45	39	35	46	55	220



Figura 3: Estudantes em atividades na creche da área de abrangência da UBS, 1º ano, 2007

Duas áreas de conhecimento estão agregadas ao módulo do PAS: a Antropologia (no 1º ano) e a Teologia (no 3º ano), através dos conteúdos de Introdução ao Pensamento Teológico, que são oferecidos a todos os cursos da PUC/SP). Ambas as áreas têm objetivos específicos para o curso de Medicina e utilizam os mesmos cenários das práticas do PAS, um diferencial significativo do curso de Sorocaba e que reflete a busca pela transdisciplinaridade.

A avaliação dos alunos é realizada na sua dimensão formativa por meio de um portfólio reflexivo elaborado a partir das experiências vivenciadas no PAS, acompanhadas da respectiva teorização. Na dimensão somativa, a avaliação se dá por um relatório final de cada aluno, compilando as análises parciais realizadas quando da entrega dos portfólios e por questões objetivas inseridas nas provas trimestrais. Com este conjunto, o aluno tem seu desempenho considerado como satisfatório ou não para a progressão de série.

Diante desta explanação de como se desenvolve a EBC no curso, acredita-se que estão mais claros os seus princípios adotados no projeto pedagógico.

gico: integração efetiva entre ensino e serviço, uso de metodologia dialógica baseada na problematização e em problemas reais, vinculação familiar, coletiva e comunitária, sem se descuidar do indivíduo.

Internato em Saúde Coletiva (5º e 6º anos)

Com duração de 120 horas em cada ano do internato, tem suas emendas voltadas para o estudo e aplicação dos programas de atenção à saúde, dos processos de vigilância, elaboração de diagnóstico em saúde e definição de políticas loco-regionais, além do atendimento em internação domiciliar e participação da educação permanente dos profissionais de saúde.

Ainda que tenha sido projetado como continuação vertical das atividades do módulo do PAS, nem sempre isto ocorre, por dificuldades gerenciais quanto ao número de unidades com necessidade de ampliação para novos campos de atuação.

Experiências Exitosas

Apontamos a seguir algumas experiências que classificamos como exitosas e que podem ser motivo de reflexão quando se implanta ações educativas baseadas na comunidade.

Capacitação profissional em hipertensão arterial tendo como cenário a rede de atenção primária do município de Sorocaba-SP

Esta atividade ocorre como parte integrante do internato de Clínica Médica, na subárea de Nefrologia. Foi proposta tendo em vista que a hipertensão arterial (HA) é a doença mais prevalente nos adultos na maioria dos países. Sua importância cresce à medida que cresce a população de idosos. A atenção primária do SUS, local preferencial de atendimento do indivíduo hipertenso, dá mostras de saturação e necessita soluções inovadoras para poder atender este grande contingente. O Programa HiperDia, criado para normatizar, garantir e ampliar o atendimento aos indivíduos com HA e diabetes mellitus (DM), teve sua implantação e início surpreendentes, com grande abrangência em muitos municípios, mas enfrentou várias dificuldades, particularmente em sua organização e financiamento. Um dos principais problemas sentido pelos gestores para a condução de programas de atenção à saúde do adulto (doenças mais prevalentes, HA e DM) no município de Sorocaba-SP é a falta de médicos capacitados para este atendimento.

Esta foi a razão da criação deste projeto gestado com a participação de um dos autores (FAA) no Programa FAIMER Brasil a partir de 2009. Em uma Unidade de Saúde da Família (USF) foi criado um ambiente de ensino-aprendizagem com interesse na capacitação de médicos para o atendimento de indivíduos com HA e DM. Com agenda própria os internos do sexto ano do curso de medicina e residentes de clínica médica passaram a atender semanalmente estes pacientes. O atendimento segue um protocolo baseado nas diretrizes brasileiras de hipertensão e diabetes, adaptado à realidade e características da atenção primária, em particular, do município de Sorocaba e da própria unidade. Foi criado um roteiro de atendimento direcionando a anamnese, exame físico e exames complementares disponíveis na atenção primária do município de Sorocaba às particularidades do indivíduo com hipertensão e diabetes. Este roteiro, embora ocupe um tempo maior no primeiro atendimento, facilita a visualização do paciente em sua integralidade e agiliza as consultas subsequentes.

Além dos residentes de clínica médica os médicos contratados da rede de atenção primária também são convidados a participar destas atividades. Os participantes referem ter grande benefício no atendimento dos pacientes e para seus ambientes de trabalho. Uma avaliação qualitativa com perguntas abertas realizada com os internos demonstrou que têm grande interesse na atividade e consideram como itens mais relevantes a organização, a rotina de atendimento normatizada e principalmente a oportunidade de exercer integralmente a função médica em um ambiente que será cenário de trabalho de boa parte dos futuros médicos. O cenário também é um local muito apropriado para realizar avaliações formativas dos internos, particularmente a aplicação do mini exercício clínico (MiniCex).

A principal dificuldade encontrada até este momento nesta atividade é integrá-la ao trabalho de outros profissionais de saúde presentes na USF, particularmente profissionais de enfermagem. Neste ano, iniciou-se a participação do professor, nas reuniões de planejamento da unidade e acredita-se que mesmo com a participação de uma única pessoa pode haver melhora na integração às atividades dos demais membros da equipe, discutindo-a e recebendo críticas e sugestões, de forma a garantir resultados ainda melhores.

Recentemente, por questões de logística, houve a necessidade de mudança da atividade para outra unidade de saúde. Na ocasião da mudança, houve manifestações muito elogiosas dos pacientes e membros da equipe da unidade, recompensa gratificante pelo trabalho realizado. O enfermeiro responsável pela unidade assim se manifestou por ocasião desta mudança:

“Gostaria, em nome de toda a equipe do Vitória Régia, dizer muito obrigado pelo trabalho, empenho, dedicação, respeito,

empatia, carinho e profissionalismo do senhor e de todos os alunos da faculdade. Somos muito gratos por todos estes últimos anos que vocês estiveram trabalhando conosco. Sentimos muito, mas entendemos, assim como desejamos um abraço a todos, todo sucesso, felicidade neste novo local de trabalho... Muito obrigado ao senhor, alunos e membros da faculdade. Que Deus abençoe e ilumine a vida de vocês”

A programação futura prevê maior integração com médicos e equipe de residentes multiprofissionais e residência médica de saúde da família e comunidade e este laço deverá ampliar e multiplicar a capacitação em hipertensão arterial e diabetes mellitus na rede de atenção primária do município de Sorocaba.

Participação de professores de diferentes formações no módulo do PAS

No início da implantação do PAS, foram designados para as unidades de saúde professores com alguma experiência na atenção primária à saúde, ainda que não fossem das áreas da saúde pública. Havia, ao lado de docentes com formação na saúde pública, outros que provinham da propedêutica, ginecologia, ortopedia, cirurgia pediátrica, genética, gastroenterologia, endocrinologia, pediatria, entre outros. A oportunidade de atuação conjunta de professores cujas formações eram diferentes foi parte da riqueza do PAS, transmitida na formação de nossos alunos. A conscientização oferecida, subliminarmente, de que a assistência na atenção básica não é algo exclusivo de uma área de atuação, mas sim parte integrante do atendimento em todas as práticas médicas, inclusive das especialidades, foi uma contribuição inestimável ao programa. O PAS representou um elemento complementar para o desenvolvimento das habilidades clínicas dos alunos, de comunicação nos primeiros anos, exame físico e desenvolvimento do raciocínio clínico nas séries mais avançadas. Os professores que lá atuavam também passaram a incorporar a defesa do módulo como uma necessidade insubstituível no currículo dos alunos. Suas contribuições para o desenvolvimento do módulo eram examinadas nas reuniões de planejamento e a interlocução e a capacitação propiciada pelos especialistas da área de saúde coletiva para os demais professores também foram pontos altos na construção do PAS. Hoje, preponderam os professores com formação mais voltada à saúde coletiva e medicina de família e comunidade, mas a diversidade observada na implantação do módulo pode ser considerada como um dos êxitos do seu funcionamento inicial.

Negociação com a Secretaria de Saúde municipal antes do início da reforma curricular de 2006

Embora exigindo desvelo permanente, a pactuação ocorrida pode ser considerada como exitosa, pois as portas de todos os equipamentos de saúde do município foram abertas aos alunos. O projeto da reforma curricular foi apresentado ao Conselho Municipal de Saúde, que o qualificou e o referendou formalmente. Da mesma forma, os projetos submetidos e aprovados para o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e, posteriormente, para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) receberam o mesmo tratamento do Conselho Municipal de Saúde, quando lá foram expostos. É preciso reforçar que os projetos destes dois programas foram elaborados com a participação ativa de representantes da secretaria municipal de saúde, passo indispensável para o sucesso da sua execução.

Desafios enfrentados

Ao lado das experiências exitosas existem alguns desafios, como é comum em todos os processos que envolvem a complexidade da interação ensino-serviço. Dois pontos nos parecem fundamentais: a manutenção do diálogo efetivo com os gestores do sistema municipal de saúde e a integração do módulo do PAS com os demais componentes curriculares do curso de medicina, ainda frágil. Percebemos que se não forem cuidados continuamente, poderemos retroceder ao estágio anterior onde existia o isolamento do curso de medicina do sistema de saúde do município e, por outro lado, o PAS pode ficar enclausurado como elemento à parte do desenvolvimento curricular.

Reflexões para o Futuro

Para que o encontro do aluno com a comunidade e a equipe de saúde produza conhecimento e laços afetivos e transformadores é necessário avançar em algumas questões como a real inserção do aluno e do docente como membros da equipe na atenção primária. Que eles se reconheçam e sejam reconhecidos como integrantes da equipe de saúde com responsabilidades, metas e processos de trabalho sabidos, aprovados e pactuados.

A co-responsabilização da execução dos processos de trabalho é fundamental para que riqueza de trocas entre alunos, professores, profissionais de saúde e usuários do sistema seja potencializada. Sorocaba vive a criação de

“unidades de saúde escola” na atenção primária com o início das atividades da residência multiprofissional, um momento impar para articular a integração de todos os atores para que haja de fato uma relação ensino-serviço concreta e dinâmica. Importante definir claramente o papel de cada ator envolvido, pactos de trabalho bem claros, estabelecer diretrizes de articulação entre a academia, a rede de gestão SUS e o controle social (conselhos de unidades, distritais, municipais e estaduais), principalmente com enfoque nas tecnologias de gestão e educação em Saúde, aplicadas a partir da Política de Humanização do SUS de 2007.

A completa, adequada e eficaz implementação do SUS no Brasil ainda continua sendo um grande desafio, sobretudo nas zonas rurais, onde os municípios apresentam grandes dimensões geográficas, longas distâncias a serem percorridas, populações dispersas em localidades de difícil acesso, saneamento básico precário e dificuldades de transporte e de comunicação. O SUS ainda tem alcance insuficiente nestas áreas, agravado também pelos altos custos logísticos para interiorização das equipes de saúde. A saúde de qualidade é uma das maiores reivindicações dos indivíduos que vivem em regiões de difícil acesso, como nas comunidades rurais, ribeirinhas e nas periferias das grandes cidades, que ainda sofrem com agravos à saúde de baixa complexidade, mas que podem se tornar potencialmente graves devido à falta de intervenção precoce e adequada.

A experiência do PAS nas comunidades da periferia em Sorocaba e a supervisão de profissionais médicos em comunidades de difícil acesso no Vale do Ribeira em São Paulo, por professores da PUC/SP no Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) do Ministério da Saúde, em 2013 e 2014, reforça a necessidade de capacitar o estudante de medicina para a construção de ações resolutivas no campo da atenção básica juntamente com as equipes da ESF, existentes nestas comunidades, pautadas na assistência, promoção, prevenção e educação em saúde. Nesta perspectiva discute-se a criação do internato rural em áreas de difícil acesso e de vulnerabilidade social. A Universidade tem o desafio de levar o aluno a reconhecer tais dificuldades e criar condições para que ele possa participar como um dos atores a produzir respostas que o SUS deve dar para o enfrentamento dessa realidade.

Referências

- 1 Andreson MIP; Demarzo MMP, Rodrigues RD. A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o Ensino de Graduação: recomendação e potencialidades, *Rev Bras Med Fam Comun* 2007; 3(11):157-172.
- 2 Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2004;8(14):73-92.

- 3 Bordenave JD, Pereira AM. Estratégias de ensino-aprendizagem. 20 ed. Petrópolis/RJ:Vozes, 1999.
- 4 Camargo Neto AA, Motta CM, Senger MH, Martinez JE. Recomendações para a abordagem de dor musculoesquelética crônica em unidades básicas de saúde. Rev Soc Bras Clin Med 2010; 8:428-433
- 5 Demarzo MMP, Almeida RCC, Marins JJN, et al. Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina. Rev Bras Med Fam Comun 2011; 6(9):145-150.
- 6 Gianini RJ, Hübner CK, Nordon DG. Protocolos de atendimento e encaminhamento em Saúde Mental para Unidades Básicas de Saúde. São Paulo: Atheneu, 2012
- 7 Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba. São Paulo:PUC-SP; 2010.
- 8 Talbot YR. A Atenção Primária à Saúde e o Papel da Universidade. Rev Bras Med Fam Comunidade 2007;2(8):250-252.

CAPÍTULO

13

Educação Em Saúde
Baseada Na Comunidade:
Experiências Na Universidade
Federal Do Triângulo Mineiro

Luciana de Almeida Silva Teixeira

Mario León Silva-Vergara

Guilherme Rocha Pardi

Suraya Gomes Novais Shimano

Marta Regina Farinelli

Introdução

A educação em saúde, baseada na comunidade dentro da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), tem ocorrido de forma pontual, em setores diversos, mas com pouca relação entre si. No Curso de Medicina da UFTM, fundado em 1953, o ensino das competências vislumbradas para o médico tem sido feito essencialmente em ambiente hospitalar. A necessidade de oportunidades de aprendizado em cenários externos ao hospital universitário é relativamente recente na instituição e, tem sensibilizado cada vez mais docentes e a própria gestão da universidade para discutir este tema. A progressiva abertura de outros cursos na área da saúde veio reforçar a necessidade de diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem e compartilhamento dos saberes.

Neste capítulo serão descritas duas iniciativas desenvolvidas dentro de uma instituição tradicional, no sentido de ampliar os cenários de prática, com vistas a favorecer o contato do estudante da área da saúde com a população fora do hospital terciário.

Diversificação de Cenários de Prática no Internato do Curso de Medicina

O internato do curso de medicina constitui um período no qual o acadêmico deve vivenciar o aprendizado e desenvolver competência para a “*práxis* médica”. Assim, o currículo do internato deve ser organizado de forma a proporcionar oportunidades de aprendizagem que sejam representativas da realidade do exercício da medicina. No Brasil, atualmente existe uma grande diversidade de cenários de prática para a atuação do médico, que inclui desde serviços altamente especializados em hospitais terciários, ambulatorios de especialidades, hospitais gerais até as Unidades de Saúde da Família e Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Estes últimos são os principais cenários que estão acessíveis e que contratam a maioria dos médicos recém-formados. É difícil determinar a dimensão das experiências pelas quais os estudantes necessitam ser expostos para que adquiram, ao final da

graduação, um nível adequado de capacitação profissional, que deve incluir desde uma efetiva comunicação e compreensão do sistema de saúde, até a capacidade técnica para fazer um diagnóstico complexo, indicar e/ou realizar um procedimento cirúrgico.

Dessa forma, o grande desafio para quem desenha e implementa o currículo é articular objetivos de aprendizagem e a competência esperada dos egressos, com cenários de prática capazes de oferecer as oportunidades apropriadas, em especial durante o internato. Neste sentido, buscou-se conhecer a experiência educacional vivenciada pelos internos do Curso de Medicina da UFTM.

A primeira etapa deste processo foi caracterizar em quais cenários o aluno estava inserido ao longo dos 24 meses do internato. Neste levantamento, foi verificado que durante todo o internato, os alunos apenas passavam na Unidade Básica de Saúde durante 2 meses, no estágio de Saúde Coletiva. No restante da carga horária, o aluno participava de atividades nos diversos ambientes do hospital terciário. Assim, percebeu-se que as experiências proporcionadas aos alunos, na maior parte do tempo, o distanciavam da relação direta com a comunidade, o que motivou o debate sobre a necessidade de aumentar o contato do aluno com o aprendizado em saúde fora do ambiente hospitalar.

Com vistas a conhecer a percepção dos alunos e docentes sobre a possibilidade de ampliação da carga horária dentro do internato para atenção primária, incluindo-a em outras áreas fora da saúde coletiva, foi realizado o projeto de iniciação científica: *Percepção dos Docentes e Discentes sobre a Atenção Primária no Curso de Medicina da UFTM*. Foi perguntado sobre a concordância com a implantação de uma reforma curricular que priorizasse a inserção de novas práticas em nível de atenção primária, e constatou-se que dos 149 docentes participantes, somente 32 (21,5%) responderam, dos quais 29 (19,4%) docentes concordavam com tal reforma, classificando-a importante. Com relação aos alunos, dos 158 convidados, 80 (50,6%) responderam e somente 30 (18,7%) concordavam com este tipo de reforma, e ainda assim, com restrições. Tais resultados trouxeram a reflexão de que a simples ampliação da carga horária na atenção primária poderia encontrar resistência por parte da comunidade acadêmica.¹

Por outro lado, em reuniões colegiadas para reestruturação do internato, os alunos representantes repetidamente levantavam o anseio de participar do atendimento à população em nível secundário. Os discentes referiam que acreditavam saber conduzir um caso grave, mas poucas vezes participavam em Unidade Básica ou no Pronto Atendimento, e por isso sentiam falta de oportunidades para realizar a avaliação inicial do paciente e da elaboração das hipóteses diagnósticas que pudessem levar o pacien-

te à internação. A maioria dos pacientes atendidos no hospital terciário é triada em Unidade Básica de Saúde ou no Pronto Atendimento, e já chega com suspeita e/ou confirmação diagnóstica.

Por conseguinte, foi considerada mais interessante, oportuna e factível a criação de um estágio para internos em uma Unidade de Pronto Atendimento. Com esta perspectiva, em meados de 2011, foi estabelecido contato com a Secretaria Municipal de Saúde, com vistas a viabilizar a realização deste estágio. A articulação da Universidade com o Serviço Municipal de Saúde foi fundamental, mas ao mesmo tempo este é o elo mais frágil do processo. A clareza na definição dos papéis de cada instituição, preferencialmente registrados por meio de contrato, tem sido essencial para a viabilização desta parceria. Dentro deste contexto, foi iniciado em setembro de 2012 um estágio “piloto”, com carga horária de 4 horas semanais, cuja preceptoria ficou a cargo de um docente voluntário da UFTM.

Antes de o estágio ser realizado, foi feita uma pesquisa para avaliar as expectativas dos alunos que iriam para a UPA. Dos 61 alunos convidados, 54 (88,5%) concordaram em participar. Destes, 49 (90,7%) referiram expectativa “positiva” ou “muito positiva”. Quanto à adequação do momento da graduação no qual o estágio foi inserido, 14 (25,9%) referiram como “tardio” e 8 (14,8%) “muito tardio”. A metade dos internos (27) referiu insegurança para realizar o estágio. Potenciais ganhos foram vislumbrados por 53 (98,1%) alunos, mas 32 (59,2%) apontaram possíveis dificuldades. Na descrição, os pontos mais frequentemente citados foram:

1. **Ganhos:** Experiência com treinamento em serviço, diversificação de cenários de práticas e clientela atendida, prática em atividade que poderia ser o futuro emprego e redução na ansiedade por inserção no mercado de trabalho.
2. **Dificuldades previstas:** Baixa qualidade da preceptoria do estágio, insegurança para atender o paciente, deficiência de recursos materiais e/ou humanos, baixo envolvimento da universidade no estágio.

Depois de 6 meses de estágio, a percepção de ganho de habilidades foi questionada aos alunos que referiam ganho de habilidades em 23 (32,9%) dos itens, sendo mais frequente no item relativo à classificação de risco do paciente na UPA. Ao final do questionário, no espaço aberto para comentários, 80% dos alunos reforçaram positivamente a iniciativa do estágio, mas reclamaram da reduzida carga horária, o que poderia ter refletido na percepção de pouco ganho de habilidade.²

Depois deste processo de criação do estágio na UPA, foi optado por caracterizar a experiência educacional vivenciada por internos de medicina

nos estágios de clínica médica e saúde coletiva, nos três níveis de atenção (primário, secundário e terciário). Esta informação poderia subsidiar a tomada de decisão sobre a reformulação do internato que pretende mover-se em direção a novos cenários, especialmente os da atenção básica em saúde. Para isso, foi realizado estudo longitudinal com obtenção dos dados referentes ao tipo de atendimento prestado em três cenários de prática (hospital terciário, unidade básica de saúde e de pronto atendimento) tendo sido obtida a partir dos relatos dos estudantes que cursavam os estágios em atenção primária, secundária e terciária do internato. Foram convidados a participar do estudo alunos do último ano do curso de medicina. Optou-se pelo intervalo de avaliação em 30 dias, tempo correspondente ao tempo habitual de permanência dos alunos nos estágios.

Como resultado, foi registrado 117 atendimentos na atenção primária, 26 na atenção secundária e 58 na terciária, totalizando 201 consultas médicas realizadas por internos, nos diferentes cenários. Considerando a carga horária estimada, foram atendidos cerca de 1 paciente/hora na atenção primária, 1,6 paciente/hora no pronto atendimento e 0,6 paciente/hora na terciária.

Com relação aos motivos que levaram os pacientes a procurarem o Serviço de Saúde nos três níveis de atenção, foram constatados vários aspectos para ser explorados. Foi marcante a progressiva elaboração dos diagnósticos, em função do nível do atendimento. Na atenção primária, vários dos motivos registrados foram sintomas, enquanto na terciária, os motivos mais frequentes foram diagnósticos elaborados. Neste sentido, a avaliação de algumas queixas pôde exemplificar com mais clareza esta observação. No caso das lesões dermatológicas, no atendimento primário, a maioria foi caracterizada como máculas brancas ou reação alérgica localizada; já no secundário pôde ser avaliado paciente com lesão herpética e, por fim, no terciário, lesões cutâneas associadas a complicações da AIDS. O mesmo pôde ser percebido com relação à queixa de dor, geralmente crônica e de menor intensidade no atendimento primário, localizada e mais intensa no atendimento secundário, e associada a eventos mais graves, como síndrome coronariana, no terciário. Possivelmente, os exames complementares foram essenciais para melhor caracterização dos diagnósticos, uma vez que a solicitação dos mesmos foi bem mais frequente no serviço terciário. Neste contexto, o cenário facilitou uma diferenciação na experiência educacional vivenciada pelo interno, e, por conseguinte, maior amplitude da mesma.

Na atenção primária, vale ressaltar o grande número de pacientes que procurou atendimento específicos, como: atestado de saúde, encaminhamento, exames complementares, laudo médico e renovação de receita. Em princípio, esta experiência para o aluno parece estar distante de qualquer

objetivo educacional. Entretanto, se a busca é formar um médico generalista, cujo principal campo de trabalho seria a atenção primária, aprender a lidar com estas solicitações deveria fazer parte do escopo da matriz curricular. Cabe ressaltar que a validade deste tipo de experiência estaria diretamente relacionada com a capacidade reflexiva da equipe de saúde que acompanha este aluno, dentro do contexto daquela comunidade³.

Atualmente, o Curso de Medicina da UFTM está em plena discussão para proposta de reforma curricular. As informações descritas servem como balizador para avaliar as possibilidades de campos de prática, bem como de redistribuição da carga horária. Está cada vez mais claro para a comunidade acadêmica o significado desta diversificação de ambientes na formação do médico, uma vez que de fato vem acompanhada da ampliação de oportunidades de exposição a situações diferentes.

Como desafios encontrados neste percurso de sair da universidade e participar mais ativamente da educação na comunidade, destacam-se a dificuldade de mobilização de docentes interessados em exercer a preceptoria fora do hospital terciário e, por consequência, ampliar a carga horária dos estágios, o excesso de burocracia de documentos a serem acertados com cada aluno ao início de cada estágio, e a variabilidade dos gestores da prefeitura municipal.

O trajeto para lidar com tais desafios trouxe vários aprendizados, alguns dos quais resultaram em ações. a) Com vistas a ampliar a carga horária do estágio na UPA e ao mesmo tempo garantir a manutenção de preceptoria com qualidade, foi enfaticamente solicitada vaga de médico preceptor, contratado via universidade, em concurso específico. Foram conseguidas duas vagas, uma para Clínico Geral e outra para Pediatra e o concurso está previsto para ser encerrado em breve; b) O Núcleo de Estágios da UFTM está em contínua interface com a prefeitura, e pretende criar, em parceria com a mesma, um sistema informatizado para cadastro dos alunos estagiários. O uso deste sistema permitirá o armazenamento de uma série de informações, refletindo num menor número de documentos para cada estágio, resultando em desburocratização do processo; c) Está sendo firmado um convênio formal (sob a forma de contrato) entre a UFTM e a Prefeitura Municipal de Uberaba, constando o detalhamento das responsabilidades das partes nos locais de prática onde os alunos estão inseridos.

Residência Multiprofissional

O Sistema Único de Saúde, criado a partir da Constituição Federal de 1988, e leis infraconstitucionais apontam como finalidade mudanças na con-

juntura de desigualdade na assistência à saúde da população. Propõe, além da medicina curativa, a promoção da saúde priorizando ações preventivas, de assistência e a socialização de informações para que a população conheça seus direitos e os riscos atinentes à sua saúde. Um projeto social diferenciado e único direcionado a toda a população, que indicava alterações no modelo de saúde, aumento de cobertura de serviços, ampliação do número de profissionais de saúde.

Esta realidade desafiou a educação e exige mudanças na formação e qualificação dos profissionais que trabalham na saúde, especialmente, com novas contribuições teórico-metodológicas e de ensino-aprendizagem. Desta forma, a formação de profissionais em saúde ganha ênfase e, apesar dos esforços governamentais na formulação de políticas direcionadas a esta área, os resultados, no que se refere à prática da saúde, estão fragilizados.

Mediante este cenário, e mediante do desafio de não separar trabalho e educação, foram criadas estratégias, programas e projetos e, dentre estes, destaca-se os Programas de Residência Multiprofissional de Saúde e Área Profissional, de cooperação intersetorial entre os Ministérios da Saúde e Educação (MS e MEC): modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, sob a forma de especialização, destinado a 14 profissões da saúde. Estes programas são “orientados pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das necessidades e realidades locais e regionais”.⁴

Os programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional foram instituídos em 2005 e intensificados a partir de 2009 com o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional.⁵

Em 2009 foi construída a proposta do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde na Universidade Federal do Triângulo Mineiro, foco deste relato. Na ocasião, a proposta foi elaborada por docentes de diferentes Cursos da Saúde da UFTM, tendo como base eixos norteadores indicados pelo MS e MEC, e cenários de educação em serviços representativos da realidade sócio-epidemiológica de Uberaba, MG.

Em 2010, o Programa de Residência Integrada e Multiprofissional em Saúde da UFTM (RIMS) iniciou sua primeira turma com 22 residentes. A proposta expressava a vivência do trabalho em equipe, a discussão interdisciplinar e interdepartamental de diversos atores e a parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba. Esse programa, composto por três áreas de concentração: “Saúde da Criança e do Adolescente”, do “Adulto” e do “Idoso”, tem como eixo norteador a atenção integrada e humanizada em saúde. Tem 5.760 horas/atividades, sendo 20% teóricas e 80% de prática/assistência ou teórico/prática. Os cenários de prática compreendem o complexo hospitalar do Hospital de Clínicas da UFTM (R1) e algumas Unidades

Básicas e Matriciais que compõem a rede de atenção à saúde do município de Uberaba. As diretrizes metodológicas possuem como pilares: interdisciplinaridade, metodologia da problematização, acompanhamento por meio de tutoria/preceptoria e avaliação contínua e processual.⁶

Com as avaliações realizadas ao longo de sua história, novos modelos pedagógicos foram incorporados na relação da teoria e prática dentro da residência. Dentre estes, destaca-se a educação em saúde baseada na comunidade por propiciar aprendizagem de troca, de interdependência entre o ensino e as comunidades, além de crescimento mútuo, tendo como foco os vários saberes (popular e científico).

Nesta perspectiva, vários trabalhos têm sido realizados nas três áreas de concentração referidas, com vistas a materializar a atenção à saúde da comunidade, no que se refere à promoção da saúde e prevenção de doenças.

Na área de concentração “Saúde do Idoso” têm sido desenvolvidos diversos projetos de educação em saúde voltada para a população idosa das comunidades atendidas por uma das Unidade Básica de Saúde de Uberaba (UBS), cuja atividade é ambulatorial de atenção básica e média complexidade.

Os residentes, durante os anos de 2011, 2012 e 2013, visitaram aproximadamente 900 residências para analisar a realidade de parte do território atendido pela UBS, com vistas a organizar os projetos citados. O inquérito foi realizado por meio de um instrumento composto no qual continham quesitos com ênfase na atenção integral a saúde do idoso. Os resultados verificados foram apresentados durante os encontros teórico-práticos realizados semanalmente entre tutores e residentes da área de concentração “Saúde do Idoso”, contando com a presença de fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, enfermeiro, assistente social, nutricionista e educador físico. Baseados em discussões proporcionadas por este momento, dados de realidade levantados, observações participantes realizadas na UBS, os próprios residentes, junto com tutores e alguns preceptores, profissionais da Unidade, organizaram os projetos de educação em saúde tais como: educação em saúde e ginástica orientada; sala de espera; educação e grupo hiperdia; educação para a saúde e Universidade Aberta a Terceira Idade; grupo de artesanato entre outros.

Tais projetos apresentam múltiplos olhares sobre as demandas da comunidade e resultaram na construção de práticas de atenção integral a saúde com um caráter multiprofissional. Neste capítulo será detalhado o sobre o Grupo de Ginástica orientada.

O grupo de ginástica orientada na terceira idade e educação em saúde (envelhecer exercitando) é composto por tutores das áreas de fisioterapia, enfermagem, nutrição, terapia ocupacional e serviço social, envolvidos junto com os respectivos residentes. Os grupos se reúnem duas a três vezes por

semana, momento no qual são desenvolvidos exercícios físicos, com prévia avaliação física e social dos participantes. O projeto objetiva a promover a saúde por meio do exercício físico; proporcionar momentos de socialização e integração social; avaliar, planejar e orientar a prática de exercícios físicos de acordo com as necessidades individuais de cada participante; estimular os hábitos de vida saudáveis contribuindo para o envelhecimento ativo e proporcionar a capacidade funcional⁷.

A dinâmica dos encontros consiste na aferição da pressão arterial, no desenvolvimento de um programa de atividades físicas e em seguida os profissionais, de forma dialogada pelo grupo, explanando assuntos relacionados à promoção de saúde, tais como: direito à saúde, nutrição, envelhecimento ativo e saudável, participação social, atividade física, dentre outros (Fig. 1). Os resultados apontam que a interação e a troca de saberes são evidentes entre os participantes e a equipe de residentes multiprofissional, verificadas nas discussões teórico-práticas entre tutores e residentes. Os residentes são instigados a socializar a experiência obtida com a comunidade: enriquecendo o conhecimento interdisciplinar e oferecendo concretude aos aportes teórico-metodológicos estudados. O acompanhamento do processo ensino-aprendizagem é realizado por meio de tutoria. Estas estratégias propiciam a contínua relação entre teoria e prática, aprendizado e intervenção social fazendo com que as experiências sejam relevantes ao processo formativo de equipe multiprofissional (Fig.1).

Os resultados satisfatórios desta prática integrada à comunidade foram aferidos em 2013, no que se refere à frequência e integração dos participantes. No referido ano, média de 10 participantes iniciaram, em março, as atividades do projeto sendo que, em dezembro, cada grupo contava em média com 27 integrantes, com predominância do sexo feminino e média de idade de 70,4 anos, conforme verificado nos arquivos de frequência⁸.

Os desafios estão presentes no cotidiano desta forma pedagógica de aprendizado, como: a dificuldade de mobilizar pessoas para a participação ativa e frequente nos projetos desta natureza; o trabalho com grupos de participantes que são heterogêneos com relação aos condicionantes sociais e determinantes de saúde; dificuldade de infra-estrutura e material para a realização dos projetos. Há também o desafio de cada profissional em estar flexível e disposto para entender que o saber parcelado não é capaz de produzir o entendimento estruturado. A interdisciplinaridade é capaz de realçar os vários saberes e colocá-los a serviço dos sujeitos com os quais trabalhamos.⁹



Figura 1: Residente e participantes idosos da comunidade durante atividade do Grupo de Ginástica Orientada na Terceira Idade

Referências

1. Oliveira, AAO; Fernandez, AL; Oliveira, JAC; Fernandes, FF; Oliveira, COM; Teixeira, LAS. Percepção dos Docentes e Discentes sobre a Atenção Primária no Curso de Medicina da UFTM. Rev Bras Ed Méd, 33: (4), 278, 2009.
2. Takao, MMV; Dornelas, AG, Silva BB, Pardi, G; Bollela, VR, Teixeira, LAS. Percepção dos alunos do curso de medicina sobre o internato médico na unidade de pronto atendimento (UPA). Anais do 51º Congresso Brasileiro de Educação Médica, 2013. Disponível em: http://www.abem-educmed.org.br/anais_51_cobem.php.
3. Spicacci, FB; Melo, IB; Bollela VR; Teixeira, LAS. Demanda de pacientes atendidos por internos do curso de medicina, nos três níveis de atenção. Anais do 51º Congresso Brasileiro de Educação Médica, 2013. Disponível em: http://www.abem-educmed.org.br/anais_51_cobem.php.

4. Ministério da Educação (Brasil). Portal da Residência Multiprofissional em Saúde. Ministério da Educação: Brasília, 2014 Mai [acesso em 18 mai 2014]. Disponível em Acesso em: <http://portal.mec.gov.br>
5. Ministério da Educação (Brasil). Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077/2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília/ DF, 2009 [acesso em 13 jul 2013]
6. (Projeto Pedagógico da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da UFTM.2010.2014. Mai [acesso em: 22 mai 2014]. Disponível em: http://www.uftm.edu.br/upload/ensino/Programa_de_Residencia_Multiprofissional_em_Saude_da_UFTM.pdf).
7. Planejamento do Projeto: envelhecer exercitando. UFTM, 2014. 2014 Mai [acesso 22 mai 2014]. Disponível em: http://www.uftm.edu.br/upload/ensino/projext_RIMS_2014).
8. Buranello MC, Gomes NC, Patrizzi LJ, Farinelli MR, Simano SGN. grupo de ginástica orientada na terceira idade. REFACS, 2 (1), 13-19, 2013.
9. Farinelli MR, A construção do espaço profissional nas organizações de calçados de Franca – SP, Franca: UNESP, 2008.

CAPÍTULO

14

Ideias E Ideais: Saúde E Educação
Médica Como Compromissos Sociais Na
Universidade Federal De Uberlândia (UFU)

Rosuita Fratari Bonito

Elisa Toffoli Rodrigues

Leila Bitar Moukachar Ramos

Nilton Pereira Júnior

Estabelecemos neste capítulo um diálogo com o leitor através de uma linha no tempo que remete à história da educação médica baseada na comunidade da Universidade Federal de Uberlândia, localizada no cerrado mineiro, sem perder de vista o desenvolvimento histórico das políticas públicas de saúde e educação no Brasil.

Nas décadas de 1970 e 1980, a Atenção Primária à Saúde (APS) era incipiente, e ganhou força apenas a partir da Conferência de Alma Ata, em 1979. Em Uberlândia, assim como no Brasil, a APS foi excludente, seletiva e marginal enquanto norteadora das políticas públicas de saúde e educação. O cenário dicotômico perverso no âmbito nacional com dois Ministérios - Saúde e Previdência - se reproduzia no imaginário social com os “postinhos de saúde” nas periferias urbanas em contraponto aos grandes hospitais públicos e privados, aos Pronto-Atendimentos do INAMPS com suas longas e intermináveis filas.

Na Faculdade de Medicina da UFU, o convênio do Ministério da Educação (MEC) com o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), o primeiro do Brasil, garantia a pujança do modelo hospitalocêntrico. O processo de formação na área da saúde, ao mesmo tempo, sofreu a influência da lenta e gradual abertura política pós-ditadura militar. Neste contexto, a integração docente assistencial (IDA) se constituiu como trincheira na luta pela democracia, pela justiça social e pela efetiva participação da comunidade na dinâmica dos serviços de saúde.

Mesmo correndo o risco de simplificar, é importante a contextualização histórica da universidade e especialmente do Curso de Graduação em Medicina para compreender o “*modus operandi*” da saúde pública no município sob a ótica da IDA, desde a década de 1970. Faculdades isoladas, dentre elas, a Escola de Medicina e Cirurgia de Uberlândia (EMECIU) integraram a nova “universidade do cerrado”, a Universidade Federal de Uberlândia, que criada em agosto de 1969.

O Governo do Estado de Minas Gerais gerenciava quatro Centros de Saúde nos bairros Martins, Tibery, Lagoinha e Patrimônio. O processo e a gestão do trabalho nesses serviços eram tratados de maneira empírica e fragmentados em ações programáticas tradicionais (pré-natal, puericultura, imunização, tuberculose e hanseníase).

Desde o início do curso de Medicina, a formação dos futuros médicos teve como cenários os Centros de Saúde da rede estadual onde se realizavam estágios práticos da disciplina de Medicina Preventiva e Comunitária (MPC) em apenas dois semestres, ao longo dos seis anos de graduação.

O principal marco histórico da inserção da formação dos estudantes de Medicina tendo como base a comunidade, foi a criação das Unidades Didáticas Avançadas (UDA), a partir de 1979. As UDA eram serviços de APS gerenciados pela Universidade que se constituíram campos de estágio para os estudantes dos Cursos de Medicina e Odontologia. Esta iniciativa foi referendada pela proposta de mudança curricular de 1977, que definia os objetivos educacionais em termos de conhecimentos, habilidades e atitudes.

Em 1979, esta proposta curricular foi rejeitada no curso de Medicina por um movimento do corpo docente e dos estudantes que a considerava excessivamente “generalista” além de desestruturar a organização das disciplinas (especialidades) estabelecidas até aquele, o que atingia a “estrutura de poder” do curso de medicina, que costuma estar associada diretamente à carga horária das disciplinas. As UDA, no entanto, significaram um espaço de resistência dos que acreditavam nos preceitos da APS sintonizados com as necessidades da população e integrado com os serviços públicos de saúde existentes.

Uma oportunidade marcante de reafirmar argumentos na defesa do modelo curricular proposto foi a experiência de docentes do Curso de Medicina na capacitação denominada “Larga Escala” para atendentes e auxiliares de saúde promovido pela Diretoria Regional de Saúde (SES-MG) de 1983 a 1988. Essa iniciativa do Ministério da Saúde e do MEC propunha uma nova metodologia de ensino-aprendizagem para acompanhar a prática e buscar estratégias no enfrentamento dos problemas cotidianos dos trabalhadores de nível médio.

A VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, evento mais significativo na democratização da saúde em toda a história brasileira, concretizou suas propostas na Constituição Federal de 1988 com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS).

O município de Uberlândia através da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) incorporou os preceitos constitucionais do SUS, integrando as UDA à Rede de Atenção Básica própria do município e à rede da SES/MG. Os estágios práticos na APS, com a participação de estudantes e docentes da medicina preventiva e da pediatria simbolizavam a resistência a uma formação que tinha como principal cenário o Hospital de Clínicas.

Uma iniciativa que qualificou a formação docente em metodologias ativas foi o desenvolvimento do Projeto GERUS (formação gerencial em Unidades Básicas de Saúde), implantado em Uberlândia em 1996. O GERUS alavancou o processo de distritalização com a criação dos Conselhos Distritais de Saúde como espaços do controle social, além da profissionalização das gerências lo-

cais. Nesse momento evidencia-se o início de uma aproximação institucional de docentes da Medicina com representantes do controle social do SUS em Uberlândia, que começam a participar de projetos de extensão universitária e do planejamento de atividades curriculares de integração com a comunidade.

Em 1997 a UFU, sintonizada com a política local conservadora e diante do descaso com a educação superior por parte do governo federal, fechou as UDA nos bairros Jardim Brasília, Segismundo Pereira, Santa Mônica e Luizote de Freitas sob a frágil alegação de recursos financeiros insuficientes. Os movimentos docente, estudantil e de técnicos administrativos se articulam com associações de moradores e movimentos sociais dos bairros envolvidos, mobilizam a comunidade e conseguem manter em funcionamento a UDA Jaraguá num quadro dramático de pura arbitrariedade da Administração Superior da UFU.

Em agosto de 2000, ocorreu o I Fórum sobre Ensino Médico da Faculdade de Medicina da UFU, com o tema “Reforma Curricular: uma construção coletiva”. Foram apresentadas experiências, e as características dos modelos de currículos que foram implantados, bem como as estratégias e os resultados já obtidos com as mudanças de outros cursos médicos em diversas universidades brasileiras. O Fórum definiu as diretrizes que deveriam nortear a elaboração do novo currículo.

Diante de avaliação negativa feita pela Comissão de Especialistas do MEC e tendo em vista a orientação sobre a revisão do internato feita durante o I Fórum de Ensino Médico, a Comissão Permanente de Reforma Curricular (CPRC) engendrou esforços na elaboração paralela de um currículo intermediário, que contemplaria basicamente as mudanças necessárias no internato, mas que serviria também de subsídio para a avaliação do novo modelo de internato a ser implantado na proposta definitiva.

Na avaliação das condições de ensino do MEC/INEP, realizada em junho de 2004, o parecer final reconhece textualmente:

“um esforço efetivo da Faculdade, em todos os níveis (coordenação, corpo docente e discente) no projeto de mudança curricular. Este, já em fase final de planejamento, com algumas propostas já colocadas em prática (internato de 18 meses, sendo seis meses na Estratégia Saúde da Família) tem possibilidade de ser implementado, desde que superadas algumas adversidades”.

Em 2005, cientes da necessidade urgente de se fazer a mudança curricular e, incomodados com a “apatia” da maior parte dos professores, estudantes e técnicos administrativos, a Coordenação do Curso, a direção da Faculdade de Medicina e o Diretório Acadêmico, juntaram-se na organização

do II Fórum de Ensino Médico. A partir de então, a Comissão iniciou um árduo trabalho que culminou com a elaboração da proposta de Reforma Curricular, aprovada pelas instâncias internas da Faculdade de Medicina em 2008.

Como já era esperado, essa proposta enfrentou resistências na Universidade, visto seu alto grau de transformação pedagógica e diferenças metodológicas estruturais, se comparadas às exigências da UFU para todos os cursos de graduação. A mudança paradigmática não estava circunscrita apenas à hegemonia da formação médica, mas seria necessária também a superação de estruturas tradicionais na própria Educação Superior do Brasil, representada pelas normas e regras universitárias.

Mesmo com as diferenças significativas com a tradição universitária, a Administração Superior da UFU apoiou a Reforma Curricular do curso de Medicina. Após 4 anos de tramitação nos conselhos superiores da Instituição, o novo Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina da UFU foi aprovado em novembro de 2012, sendo implantado no segundo semestre de 2013.

O Novo Projeto Pedagógico: Construindo um Novo Caminho

O Projeto de Reestruturação do Curso de Medicina da UFU é fruto do processo histórico de compreensão da insuficiência do modelo flexneriano, do acúmulo de reflexão pedagógica sobre a educação de adultos e, em especial, dos desafios cotidianos apresentados pelo SUS à formação dos profissionais de saúde no Brasil.

Em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina (2001), o novo currículo foi construído com o objetivo de formação de médicos com caráter generalista e humanista; espírito crítico e reflexivo; estímulo à auto-aprendizagem; potencial para especialização; com princípios éticos; capacidade para atuar no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ênfase na APS; senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania; aptidão para promover a saúde integral do ser humano.

O novo projeto pedagógico assenta-se na perspectiva da aprendizagem significativa, estimulando a busca ativa do conhecimento por parte dos estudantes, tendo no professor um facilitador do processo de aprendizagem, em um processo que ensina a aprender e incentiva a utilização de metodologias problematizadoras.

Para o enfrentamento dos desafios de consolidação da integralidade na atenção à saúde, com a compreensão da importância da APS, geração de vínculo e clareza da determinação do processo saúde-adoecimento-cui-

dado, insere-se o estudante na rede do SUS desde o início do curso, em todos os períodos, com instrumentalização do olhar pelas ciências humanas e sociais aplicadas à saúde.

Na estruturação do currículo, parte-se de uma perspectiva de interdisciplinaridade, com integração horizontal e vertical das disciplinas em módulos multi e interdisciplinares, abordagem integrada dos problemas de saúde, nos seus aspectos epidemiológicos, patológicos, clínicos e cirúrgicos e tratamento dos problemas de saúde nos três níveis de complexidade.

As atividades ocorrem em ambientes diversificados, e são estruturadas a partir das necessidades de saúde, e coordenados a partir da atenção primária em saúde, especialmente pelas equipes da Estratégia Saúde da Família.

Experiências práticas de educação baseada na comunidade da UFU que serviram de base para a nova proposta curricular (EBC)

Apesar as resistências e disputas diárias de significados e princípios ético-político-sanitários, o novo Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da UFU alinha-se em valores como relevância, equidade, qualidade, aplicação responsável de recursos em serviços de acordo com necessidades, sustentabilidade, inovação e parceria. Reconhece a determinação social da saúde – determinantes políticos, demográficos, epidemiológicos, culturais, econômicos e ambientais.

Para nossa escola médica, a Educação Baseada na Comunidade passa pelo compromisso de desenvolver os sistemas públicos de saúde, com a Atenção Primária sendo a ordenadora de uma Rede de Atenção à Saúde articulada em todos os seus níveis de densidade tecnológica, orientados pelas necessidades de saúde da população e na melhoria das condições de vida e saúde das pessoas. Sempre em permanente articulação com a gestão do SUS, os representantes dos órgãos de controle social da Saúde, as associações profissionais e a sociedade civil em geral. A seguir apresentaremos as experiências de EBC que serviram de base para a construção da nova proposta curricular da Faculdade de Medicina da UFU.

Medicina Preventiva e Comunitária II – Estágio de Imunizações e Hanseníase

No final da década de 1970, a disciplina de MPC II, no 3º. ano do curso, incluía na sua proposta um estágio curricular numa Unidade de Saúde Estadual, chamada de “Posto de Saúde do Martins”, nas áreas de

Imunizações e Hanseníase. Os estudantes atendiam os usuários que procuravam estes serviços e eram acompanhados pelos profissionais da Unidade, o que hoje seria a proposta da tão sonhada preceptorial. Apesar do acompanhamento dos estudantes ser feito pelos profissionais do serviço, as avaliações eram feitas pelos professores, desconectadas da prática. Os estudantes aprendiam as técnicas de vacinação, incluindo aí a flambagem da agulha de aplicação do BCG. Acompanhavam também o atendimento de pessoas com hanseníase, em torno de 1.200 deles, pois esta era a Unidade de referência para o tratamento.

Medicina Preventiva e Comunitária III – Estágio de Saúde na Escola

No então 4º ano, desde a década de 1970, os estudantes eram inseridos em escolas de diversas regiões da cidade, onde era feito o cadastro fisiológico dos estudantes do chamado curso primário e também atividades educativas nas salas de aula. Todas as crianças que apresentavam qualquer problema de saúde eram encaminhadas para o Ambulatório da Faculdade de Medicina da UFU. Nesta atividade os estudantes eram acompanhados por professores. Atualmente, as atividades de Saúde Escolar, inseridas no oitavo período do currículo “velho”, se articulam às proposições do Programa Saúde da Escola (PSE) proposto pelo Ministério da Saúde. São priorizados o rastreamento escolar das crianças ingressantes e as ações educativas desenvolvidas com os alunos, os pais e os professores em escolas públicas da área de abrangência do Centro de Saúde Escola Jaraguá, que integra a Rede de Atenção Básica de Uberlândia.

Internato de Saúde Coletiva (12º. período)

O internato de Saúde Coletiva teve início no segundo semestre de 2004, quando houve a ampliação do internato de 12 para 18 meses. Este ano foi decisivo para a reorientação das práticas no internato médica da UFU. Essa mudança representou a transição de um internato exclusivamente hospitalar, para um currículo que incluía um estágio de 21 semanas na Estratégia Saúde da Família onde os estudantes aprenderiam na condição de membros integrantes de uma equipe da atenção primária em saúde do município.

O estágio do internato de Saúde Coletiva acontecia inicialmente no 10º período e, em 2008 foi transferido para o 12º. período, articulando outras atividades dentre elas: práticas na urologia, trauma, clínica médica, cuidados paliativos e urgência e emergência. Compreendendo a importância de se ga-

rantir um estágio voltado para a APS, gradativamente as atividades foram se concentrando na estratégia de saúde da família, mantendo ainda os estágios de cuidados paliativos e urgência e emergência.

Neste rodízio, os estudantes se inserem longitudinalmente numa equipe de Saúde da Família e devem trabalhar a questão da territorialização, realizar atividades de promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Para aumentar o vínculo com a comunidade, a equipe escolhe famílias com maior vulnerabilidade, em diferentes ciclos de vida (por exemplo, famílias que tenham gestantes, idosos, crianças), para serem acompanhadas pelos estudantes, em conjunto com a equipe e sob a tutoria dos docentes. Para fomentar a reflexão sobre as atividades desenvolvidas é realizado, pelos estudantes, um portfólio reflexivo orientado pelos docentes.

Pró-Saúde Medicina/UFU: Mudar e Fazer!

No ano de 2005, logo após a maior mobilização da comunidade acadêmica da Faculdade de Medicina em torno do novo Projeto Pedagógico do Curso de Medicina, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação lançam o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia, buscando incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, para abordagem integral do processo de saúde-doença.

A Direção da Faculdade de Medicina, a Coordenação do Curso de Medicina e o Diretório Acadêmico, já mobilizados em torno da Reforma Curricular, elaboram coletivamente proposta de adesão ao programa, que é aprovada em sua totalidade pelo Governo Federal. Com a supervisão do Ministério da Saúde e apoio financeiro do Pró-Saúde, foi possível a efetivação de diversas estratégias de articulação da Universidade com a Rede Municipal de Saúde e com instâncias do Controle Social de Uberlândia, persistentes até os dias de hoje.

O modelo de gestão adotado pela Universidade para a efetivação do Pró-Saúde em Uberlândia desenvolveu o protagonismo dos estudantes e docentes vinculados à Saúde Coletiva/Medicina Preventiva, inseriu efetivamente o Conselho Municipal de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde na cogestão de todo o processo de inserção dos estudantes na Rede Municipal de Saúde.

Considerando a qualificação da estrutura física, as principais ações desenvolvidas articuladas com a gestão municipal e com o Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia foram a reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde, que passaram a receber estudantes dos cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem.

Buscando resgatar a história de articulação ensino-serviço da UFU com a Rede Municipal de Saúde, a Comissão Gestora Local do Pró-Saúde definiu apoio financeiro para a reabertura da antiga UDA do Jardim Brasília, fechada de 1997. Com investimentos do Pró-Saúde e da Prefeitura Municipal de Uberlândia, esta unidade foi reaberta em dezembro de 2013, contando com 3 equipes de Saúde da Família e 3 equipes de Saúde Bucal, além de equipe multiprofissional de saúde (Assistente Social e Psicólogo), e já tornou-se referência na educação baseada na comunidade, pois lá se desenvolve atividades de graduação em medicina (1º. e 12º. períodos), Enfermagem, Odontologia e Fisioterapia, além da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade e da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva.

Tanto o 1º. período do novo currículo quanto o Internato de Saúde Coletiva do velho currículo desenvolvem ações na atual Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Jardim Brasília, supervisionados pelos médicos de família e enfermeiras das equipes de Saúde da Família. O 1º. período concentra-se em ações de territorialização acompanhando os Agentes Comunitários de Saúde, reconhecendo os principais elementos socioeconômicos, demográficos, ambientais e epidemiológicos das áreas de abrangência das equipes, entrevistando informantes-chave, compreendendo as relações sociais daquele território e fazendo uma primeira aproximação ao dia-a-dia da Atenção Primária à Saúde.

Os estudantes do 12º período, no internato de Saúde Coletiva têm a oportunidade de acompanhar diariamente as ações desenvolvidas em uma equipe de Saúde da Família, articulando ações clínico-assistenciais, com ações de promoção e educação em saúde, territorialização, visitas domiciliares e participação no conselho local de saúde.

PET-Saúde da Família

O PET-Saúde da Família implementado na UFU em 2010, a partir do Edital da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde/Ministério da Saúde, propiciou a inserção efetiva na Estratégia Saúde da Família (ESF) de um número significativo de estudantes (em torno de 60 bolsistas), de oito cursos de graduação da área da saúde – Medicina, Odontologia, Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia, Biomedicina, Educação Física e Nutrição.

Entre 2011 e 2013 foram desenvolvidas atividades no cenário das UBSF do município que propiciaram vários projetos de pesquisa e extensão em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, aproximando os trabalhadores da Rede Municipal de Saúde e os estudantes envolvidos com as demandas da comunidade adstrita.

O desafio do “pensar acadêmico” no cotidiano das unidades muitas vezes foi difícil diante de questões prementes relacionadas à assistência e às respostas aos anseios mais imediatos das populações. No entanto, muito foi produzido: vídeos, textos, trabalhos apresentados em congressos, material educativo e realizado vários fóruns temáticos que qualificaram as pessoas e os serviços na construção de uma prática socialmente responsável e próxima da realidade das comunidades assistidas.

Considerações Finais

A estrutura curricular é dinâmica e sempre aberta às modificações que se fizerem necessárias, uma vez que é construída para enfrentar os desafios de formação de um profissional para uma realidade viva e complexa, com referenciais teóricos em profunda e constante renovação. Daí a necessidade de fina articulação com o mundo do trabalho, incluindo reflexões e reformulações da prática e melhorias necessárias na organização dos serviços, tendo como referencial a educação permanente em saúde. Assim, a Educação Médica estará cumprindo o seu compromisso social de melhoria da realidade da saúde em nosso país.

Referências

- 1 Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº4, de 01/11/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, Câmara de Educação Superior, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial Nº 2.101 de 3 de Novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Brasília, 2005.
- 3 UFU. Faculdade de Medicina. Projeto Pró-Saúde Medicina/UFU: Mudar e Fazer. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 2005.
- 4 UFU. Faculdade de Medicina. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 2012.

CAPÍTULO

15

Educação Baseada Na Comunidade:
A Experiência Da Faculdade De
Farmácia Da Universidade Do Maranhão
Em São Luis – MA- Brasil

Maria Helena Seabra Soares de Britto
Sally Cristina Monteiro Moutinho

As recomendações atuais de que a formação profissional para a área da saúde deva estar orientada para os problemas mais relevantes da sociedade, exigem que a seleção de conteúdos essenciais seja com base em critérios epidemiológicos e nas necessidades de saúde. Portanto, estão aí definidos os pressupostos da Educação Baseada na Comunidade (EBC), que se traduz na construção do conhecimento a partir dos problemas baseados na realidade, promovendo o contato direto dos estudantes com os profissionais dos serviços, com os usuários do Sistema de Saúde e com a comunidade em geral. Isso torna indispensável a diversificação dos cenários de prática, de modo que os estudantes tenham a oportunidade de aprender e trabalhar em todos os espaços em que se dá a atenção à saúde e a utilização de metodologias ativas.¹ A diversidade destes cenários de práticas, que não se limitam aos muros da academia, deve promover a autonomia, a cidadania, a participação social, a satisfação do usuário e a resolução de problemas através da produção de vínculo e acolhimento entre estudantes, profissionais e usuários do serviço.

Na Universidade Federal do Maranhão, já se observa entre alguns docentes a percepção de que esta é uma abordagem eficaz para os processos de ensino e aprendizagem na saúde. As propostas exitosas estão acontecendo nos Cursos de Medicina e Farmácia, onde se encontram educadores ligados ao Instituto de Desenvolvimento Docente para Educadores da Saúde FAIMER Brasil.

No curso de Medicina da capital, São Luís, antes considerado o mais tradicional do estado do Maranhão, está sendo desenvolvido o modelo do Aprendizado Baseado em Problemas (ABP), metodologia escolhida desde que foi contemplado pelo Projeto PRO-SAÚDE 1, no ano de 2007. Nos cursos do interior, nos Municípios de Imperatriz e Pinheiro, iniciando suas primeiras turmas no primeiro semestre de 2014, a metodologia de aprendizado está baseada na Problematização e no Ensino Baseado na Comunidade.

O efetivo envolvimento da área de saúde da UFMA com a comunidade teve início através da Extensão, há aproximadamente 15 anos, com a criação do Núcleo de Extensão da Vila Embratel (NEVE), num bairro do mesmo nome, situado no entorno da Cidade Universitária Dom Barreto, Campus I. A sede deste núcleo situa-se ao lado da Unidade de Saúde deste mesmo bairro, onde muitos projetos, desde então, são desenvolvidos. Também por ocasião do projeto inicial do VERSUS (VER-SUS/Brasil: Vivência e Estágios

na Realidade do Sistema Único de Saúde do Estado do Maranhão/UFMA), em comunidades também do entorno da Cidade Universitária, teve início um processo de desenvolvimento multiprofissional, envolvendo os cursos do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Para o Curso de Farmácia, o envolvimento com a comunidade por ocasião do VERSUS foi importante, na medida em que foi identificada a necessidade de uma farmácia como estabelecimento de saúde, para promoção do uso racional de medicamentos. Esta demanda motivou a elaboração de um projeto submetido ao Edital PROEXT-2006 e contemplado com recursos para implantação de um modelo acadêmico de farmácia comercial: Farmácia Universitária *Professor Ernani Ribeiro Garrido*, (FUERG-UFMA), regulamentada pela Resolução CONSEPE Nº 516/2007.

O setor saúde vem sofrendo reformas desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que implicaram na publicação de leis que vinculam a formação acadêmica ao próprio sistema, numa proposta de ação estratégica para transformar a organização dos serviços e dos processos formativos.^{2,3} No início dos anos 2000, começaram a ser publicadas novas diretrizes para formação dos profissionais de saúde no âmbito da graduação. As Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Farmácia (Resolução CNE/CES nº 2/2002) findaram as habilitações, recomendaram a formação generalista, reorientando o foco profissional para a área de medicamentos⁴, embora se identifique, conforme acontece em nosso Estado, uma certa resistência para a continuidade da formação voltada para as Análises Clínicas predominantemente.

O panorama de formação acadêmica em Farmácia, no Maranhão, que hoje soma sete escolas, seis criadas a partir da década de 90, até início de 2014, ainda não proporciona ao profissional farmacêutico as habilidades e competências necessárias para o exercício profissional na área dos medicamentos, embora a grande maioria das intervenções em saúde envolva o uso deste insumo e da sua importância no resultado em saúde. É imperioso, portanto, refletir sobre as ações e serviços de Assistência Farmacêutica quando pensamos sobre a integralidade das ações e serviços da saúde. Ampliar o acesso aos medicamentos, garantindo seu uso racional e integrando à Assistência Farmacêutica e às demais políticas de saúde, tem sido um grande desafio da gestão nacional.

As principais mudanças no currículo do curso de graduação em Farmácia são: 1. A oferta de disciplinas que permitirão ao aluno a formação geral na área de competências profissionais e disciplinas que contemplem competências e habilidades específicas voltadas para o exercício profissional; 2. Aumento da carga-horária dos estágios curriculares desenvolvidos ao longo do curso, perfazendo um total não inferior a 20% da carga-horária total e, 3. A grade de horários que contemplará o tempo livre para atividades complementares de pesquisa e extensão⁴.

O Projeto Pedagógico atual do Curso de Farmácia da UFMA está centrado em educar prestadores de cuidado em saúde e busca a formação de um profissional farmacêutico que seja capaz de construir, reconstruir, adaptar e recontextualizar o conhecimento. Estas novas habilidades requerem um processo de reflexão, questionamento e criação de novas modalidades de ensino, baseadas em uma prática profissional criativa e em aprendizagem acadêmica significativa de integração, ensino e serviço voltado para a comunidade. Portanto, a educação baseada na comunidade está inserida na matriz curricular no terceiro período, como Estágio Curricular obrigatório I: Assistência Farmacêutica, intitulado “Farmacêuticos para os medicamentos do SUS: novos cenários de práticas”, com carga horária total de 90 horas, em cada semestre. O número máximo em cada turma é de 20 a 25 estudantes. Em cada turma os estudantes são agrupados, no máximo de 5 em 5, perfazendo um total máximo de 5 grupos.

O projeto “Farmacêuticos para os medicamentos do SUS: novos cenários de práticas” foi uma estratégia importante e necessária, pois os estudantes vivenciam a dispensação de medicamentos na prática diária de serviços comunitários de saúde, garantindo uma aprendizagem voltada a qualificar o acesso da população brasileira aos medicamentos e à Assistência Farmacêutica no SUS⁵. Na sua primeira versão, em 2011, foi aprovado como estágio não obrigatório, realizado pelo Programa de Extensão Farmácia Universitária *Professor Ernani Ribeiro Garrido* e ainda, na primeira turma, por sugestão/recomendação dos próprios estagiários foi reconhecido pelo Colegiado do Curso de Farmácia como Atividade Complementar. Na segunda turma, e na mesma ocasião da implantação do novo currículo, transformou-se em estágio obrigatório. Trata-se de uma proposta curricular inovadora, de integração ensino e serviço, voltada para a comunidade, com a utilização de metodologias ativas de ensino e aprendizagem significativa.⁵ Utiliza-se a Problematização, baseada em discussões de casos reais, formados a partir de relatos de práticas.

Todos os estudantes aptos para cursarem o estágio são regularmente inscritos nesta atividade em um único horário, com duração de 2 horas/aula, para a reunião semanal do grande grupo, com carga horária semanal de 6 horas, sendo as outras 4 horas de estágios de 2 horas. A possibilidade da escolha de horários para a visita aos cenários de práticas permite que os estudantes frequentemente serviços farmacêuticos diversificados.

Em todos os serviços são previamente identificados profissionais farmacêuticos, devidamente habilitados, que aceitam exercer o papel de preceptor, após orientação, que define sua disponibilidade para receber os estudantes nos seus locais de trabalho. Na primeira vez, foram preceptores os farmacêuticos de cursos de aperfeiçoamento ou especialização à distância e que, de alguma maneira, estavam ligados ao Programa de Extensão Farmácia Univer-

sitária *Prof. Ernani Ribeiro Garrido*, ou que trabalhavam na gestão estadual do Departamento de Assistência Farmacêutica. Atualmente, são realizadas visitas aos serviços e farmacêuticos interessados são convidados. Apesar de uma adesão maciça nesta etapa, isso não se efetiva durante o processo, por falta de disponibilidade real da grande maioria que se envolve no processo de implantação da Assistência Farmacêutica nas instâncias municipal e/ou estadual.

Com a planilha de dados dos horários dos estudantes e da disponibilidade dos preceptores, os cenários das práticas dos estudantes são definidos. Cada estudante deve frequentar cenários reais de serviços farmacêuticos duas vezes por semana. Caso seja preferência do estudante, ou um requisito do preceptor, as duas visitas podem ser feitas no mesmo dia e local. Buscando estimular reflexões críticas sobre esta experiência tem sido solicitado aos estudantes que façam descrições das práticas profissionais vivenciadas, sob a forma de narrativas, para serem compartilhadas com o grupo.⁶

Conforme o número de estudantes inscritos, formam-se as turmas de no máximo 25 alunos. Estas turmas são divididas em grupos de no máximo 5 estudantes. Esta divisão em grupos permite que, no dia da reunião do grande grupo, sejam trabalhadas no máximo cinco narrativas, uma de cada grupo. As narrativas individuais, bem como as do grupo devem ser publicadas em rede social, restritas aos estudantes e preceptores, com retorno imediato de quaisquer questionamentos durante as visitas, ou para continuação das discussões iniciadas nas reuniões do grande grupo. Na ocasião da apresentação da narrativa, é recomendável evitar juízo de valor na descrição de situações problemáticas.

Durante a leitura das narrativas por grupos, são identificados os problemas daquela semana, que vão definir as questões de aprendizagem a serem respondidas pelo referencial teórico disponibilizado para os estudantes, ou por busca ativa individual na internet.

Os conteúdos abordados, que são trabalhados durante a identificação de problemas e consequente construção das questões de aprendizagem focalizadas na comunidade estão compreendidos na ementa da atividade e incluem: 1. Primeira etapa - serviços farmacêuticos sob gestão municipal: O Sistema de Saúde Brasileiro, Política Nacional de Medicamentos, Política de Assistência Farmacêutica na Atenção Primária em Saúde: Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Serviços Farmacêuticos Técnicos. Gerenciais: Programação de medicamentos, solicitação/requisição de medicamentos, armazenamento de medicamentos e descarte de resíduos. 2. Segunda etapa - Assistência farmacêutica na média e alta complexidade: Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, Serviços Farmacêuticos Técnicos - Assistências: dispensação, orientação farmacêutica, informações sobre medicamentos, seguimento farmacoterapêutico, educação em saúde,

suporte técnico para a equipe de saúde. Uso racional de medicamentos pela atuação do profissional farmacêutico na assistência à saúde pública, integrado à equipe multiprofissional dessa área.^{7, 8, 9, 10, 11, 12,13}

Considerando a estruturação da Assistência Farmacêutica no SUS, dividida entre as três esferas de gestão (municipal, estadual e federal) e nos diferentes níveis de complexidade (Atenção Primária, Secundária e Terciária), o estágio acontece em duas etapas. Na primeira são visitados serviços farmacêuticos sob gestão municipal (Serviços Farmacêuticos da Atenção Básica: Ambulatório de Saúde Menta, Centro de Atenção Psicossocial - CAPS I, Hospital Municipal da Mulher- Farmácia Básica, Hospital Municipal da Criança - Farmácia Básica, Hospital Materno Infantil - Farmácia Básica e Farmácia Ambulatorial Materno Infantil de HIV/aids, Unidade Básica de Saúde - Farmácia Básica, Unidades de Pronto Atendimento, sob gestão Municipal, Secretaria Municipal de Saúde de São Luís - Gestão de Medicamentos - Demandas Judiciais, Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica Municipal) e na segunda, que são os serviços sob gestão estadual e federal (Serviços Farmacêuticos na Média e Alta Complexidades: Complexo Estadual Materno Infantil - Farmácia Hospitalar, CEMESP - Centro Médico Especializado, Hospital Universitário - Centro de Nefrologia, Farmácia Estadual de Medicamentos Especializados, Central Estadual de Abastecimento Farmacêutico, Unidade Gestora de Insumos Estratégicos, Vigilância Sanitária e Epidemiológica Estadual).

Seu planejamento compreende o desenvolvimento em no mínimo 15 semanas, das quais a primeira consiste na apresentação do estágio em geral, com ênfase na elaboração das narrativas, daí divide-se igualmente a atividade nas duas etapas. Em cada etapa os estudantes fazem seis visitas, durante seis semanas.

Quando finalizam as visitas da Atenção Básica, realiza-se a primeira avaliação por meio de roda de conversa¹³, onde se convidam os preceptores para um encontro social (sétima semana). Durante esse encontro, que pode ser para um café, ou um lanche partilhados, inicia-se a conversa com o objetivo de verificar se os estudantes atingiram as competências necessárias para realizarem a assistência à saúde dos usuários do SUS, na área de medicamentos, ao mesmo tempo em que procura-se identificar se os preceptores atualizaram seus conhecimentos nessa área e mudaram sua prática profissional (Fig. 1, 2 e 3).

Na oitava semana iniciam-se as visitas aos serviços farmacêuticos de média e alta complexidades, que se estendem até a décima terceira. Na décima quarta semana, realiza-se a segunda avaliação, para a qual se convidam os preceptores da segunda etapa e procede-se igualmente como na primeira avaliação. Finalmente na décima quinta semana faz-se a terceira e última avaliação, através de grupo focal, quando contamos com a presença de um observador



Figura 1, 2 e 3: Visita domiciliar para educação quanto ao uso racional de medicamentos.

externo. Esta atividade é gravada e depois seu relato é realizado por duas pessoas: o próprio observador externo e a coordenação do estágio. Oportunamente esses relatos são comparados e é elaborado um documento para a análise final. Como critérios de avaliação, consideram-se a assiduidade e a publicação das narrativas individuais e de grupos, nos prazos determinados.

O Grupo Focal se reúne em sala privativa, por duas horas, com boa iluminação e ventilação, cadeiras dispostas em círculo, mesa de apoio para o moderador e observador e cadeiras com braços, dois gravadores, papel e caneta. Esta sala deve ser em local reservado, com pouco barulho, para se ouvir com clareza os participantes e gravar as discussões. Na realização desta atividade os tópicos para orientação da sessão recaem sobre a apresentação da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, no Sistema Único de Saúde, nos três níveis de complexidade e nas três esferas de gestão, numa atividade acadêmica, de integração ensino e serviço, voltada para a comunidade: 1. Como foi acompanhar a

prática profissional dos serviços Farmacêuticos da Atenção Primária na comunidade – para o(a)s estudantes - ou, como foi ter estudantes de Farmácia acompanhando sua prática profissional junto com a comunidade – para os Preceptores. 2. Como foi acompanhar a prática profissional dos serviços Farmacêuticos da Média e Alta Complexidades na comunidade – para o(a)s estudantes- ou, como foi ter estudantes de Farmácia acompanhando sua prática profissional junto com a comunidade – para o(a)s Preceptores. 3. Quais as facilidades e os entraves para desenvolver este projeto na comunidade - para estudantes e preceptores. 4. O que foi aprendido pela participação neste projeto - para estudantes e preceptores.

Durante o Grupo Focal, procuram-se evidenciar: 1. Compreensão da especificidade do projeto. 2. Identificação das relações desenvolvidas entre os participantes. 3. Compreensão do papel da necessidade da elaboração das narrativas. 4. Identificação da importância da socialização das narrativas no momento presencial semanal. 5. Evidenciação da importância da identificação dos problemas encontrados e da elaboração das questões de aprendizagem. 6. Capacidade de aprendizagem através da bibliografia disponibilizada.

Os resultados dos Grupos Focais identificaram que os estudantes demonstraram conhecimento satisfatório das políticas de saúde na área de medicamentos nos três níveis de atenção, bem como um alto grau de satisfação com a metodologia empregada na atividade, que lhes permitiu a prática diária da assistência farmacêutica na comunidade, junto aos usuários do SUS. Foi verificado ainda que os relatos de práticas, sob a forma de narrativas, propiciaram o aprendizado significativo, pois narrar um fato significa refletir sobre ele¹³.

Também a busca ativa de respostas às questões de aprendizagem construídas a partir da identificação individual de situações problemas despertou, nos estudantes, a necessidade do desenvolvimento das competências necessárias para o bom desempenho profissional, incluindo a educação permanente. No dia-a-dia do serviço farmacêutico, os estudantes identificaram nos preceptores a preocupação com a atualização das legislações que ditam seus procedimentos técnicos.

Finalmente, o convívio com os preceptores na sua prática diária, com os usuários do serviço na comunidade, em questões que envolvem a acessibilidade aos medicamentos e a legislação correspondente, permitiu a abertura de um canal de comunicação destes com a academia, favorecendo a qualificação em serviço e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade do atendimento. Na primeira vez em que o estágio foi realizado, dois dentre os nove preceptores referiram mudança na prática profissional diária por conta de informações trazidas pelos estudantes. Nos vários serviços visitados muitos farmacêuticos colocaram-se disponíveis para assumirem a preceptoría nas próximas ocasiões.

A vivência dos estudantes no estágio possibilitou o aprendizado das políticas de saúde na área dos medicamentos, imprescindível para a garantia do seu acesso universal e racional, bem como a equidade do serviço de saúde¹², preenchendo assim lacunas da formação acadêmica desse grupo, que pela primeira vez teve contato com os usuários do SUS na comunidade. Nas várias ocasiões, este estágio teve uma contribuição muito valiosa para a vida de cada estudante, pela promoção da integração entre estes, os profissionais do serviço e os usuários do SUS.

A avaliação positiva do conhecimento adquirido pelos estudantes, bem como seu alto grau de satisfação com o contato com a comunidade e a mudança da prática dos preceptores, reforçam a tese da importância do processo ativo e da aprendizagem significativa em cenários reais (Fig. 4).



Figura 4:
Encontro
presencial para
discussão das
narrativas

Referências

- 1 Menin S, Menin R: **Community based medical education**. *Clin Teach*, 2008, **3**:90-6.
- 2 Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHA, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho RM. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. *Rev Bras Educ Méd*, 2008; **32** (3):356–362.
- 3 Araújo D, Miranda MCG, Brasil S. L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. *Rev Baiana Saúde Pública*, 2007, **31**(1) p.20-31.
- 4 Ministério da Educação (BR). Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia, 2002. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES022002.pdf>
- 5 Soares de Britto, MHS. Farmácia estadual de medicamentos e especializados do Maranhão: construindo um novo campo de estágio a partir de metodologias ativas de ensino e aprendizagem [trabalho de conclusão de curso]. Fortaleza: Escola Nacional de Saúde Pública, Curso de Ativação de Processos de Mudança na formação superior de profissionais de saúde; 2009.

- 6 Marcolino T Q, Mizukami M G N. Narrativas, processos reflexivos e prática profissional: apontamentos para pesquisa e formação. *Interface Comun Saúde Educ*, 2008, 12(26), 541-7.
- 7 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. *Planejar é preciso: uma proposta de método para aplicação na Assistência Farmacêutica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- 8 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *O ensino e as pesquisas da atenção farmacêutica no âmbito do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.
- 9 Ministério da Saúde (BR). *Relatório da Oficina de Trabalho. Uso racional de medicamentos na perspectiva multiprofissional*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.
- 10 Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Nota Técnica conjunta: qualificação da assistência farmacêutica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- 11 Marin N, Luiza VL, Castro CGSO, Santos SM (Org.). *Assistência farmacêutica para gerentes municipais*. Rio de Janeiro: OPAS; 2003. 373 p.
- 12 Pan American Health Organization. *Guía servicios farmacéuticos en la atención primaria de salud (documento borrador versión 3)*; 2010. 82 p.
- 13 Guanais F.C. Health equity in Brazil. *BMJ*, 2010; 341: 6542 p.

CAPÍTULO

16

O Ensino Baseado Na Comunidade
Em Uma Escola Tradicional Utilizando
Estratégias Metodológicas Inovadoras

Luisa Patricia Fogarolli de Carvalho
Carla Rosane Ouriques Couto

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN, 2001) trazem o perfil do egresso com características generalistas, humanista, crítica e reflexiva, estando apto para desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo¹. Para se obter este perfil desejado na formação médica, é necessária a mudança dos currículos dos cursos de graduação, incluindo-se atividades de planejamento, promoção de saúde e prevenção de doenças, indo além dos espaços acadêmicos e aliando-se à academia e às necessidades de saúde da população². Nesta direção, para atender as DCN, a Unifenas se propõe não só a preparar o acadêmico para o mercado de trabalho, mas despertar, no mesmo, uma visão crítica dos problemas da sociedade, superando a simples transmissão repetitiva de conhecimento e buscando a criação de novas expressões do saber, a partir da realidade e da expectativa da sociedade na qual está inserida.

A vivência em um ambiente educacional voltado para a formação humana, articulada com as reivindicações sociais, possibilita uma permanente e contínua evolução dos processos de formação, garantindo espaços atualizados de acesso às inovações próprias de cada profissional. O campo teórico-investigativo do ensino pressupõe um trabalho teórico que se realiza na práxis social, carregando as marcas multiculturais dos sujeitos do processo ensino-aprendizagem.

Desde a criação do Curso de Medicina, os alunos realizam atividades na comunidade, que aconteciam apenas no internato rural. A partir de 2005, através de projeto aprovado no Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRO-SAÚDE)³, a estrutura curricular foi remodelada, passando a ter um eixo central de Saúde da Família e Comunidade que perpassa longitudinalmente todo o curso. Buscou-se alinhar os aspectos de ciências humanas do cuidado em saúde com os saberes biológicos.

A integração ensino-serviço-comunidade, com a inserção do aluno em contextos reais, em complexidade crescente, permite ao aluno a reflexão a partir de situações relacionadas com a prática profissional do médico, em diferentes contextos⁴. A aprendizagem significativa se faz através de uma nova informação se relacionando com o conhecimento prévio do aluno. Ausubel afirma que, para ocorrer aprendizagem significativa é necessário que o material a ser aprendido seja potencialmente significativo para o

aprendiz e que este manifeste disposição de elaborar o novo material de maneira substantiva e não arbitrária em sua estrutura cognitiva⁵.

A escola é um lugar político pedagógico que contribui para a interseção da diversidade cultural que a circunda e constitui, sendo espaço de significar, de dar sentido, de produzir conhecimentos, valores e competências fundamentais para a formação humana⁶. Assim, não seria possível rediscutir o ensino na comunidade sem antes ouvir os maiores interessados: gestores e comunidade. Para tanto, foi criada a Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) local, através de portaria municipal, contendo representantes das duas instituições de ensino (Unifenas e UNIFAL), representantes da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), representantes do serviço e representantes do Conselho Municipal de Saúde. Inicialmente, foram mapeados os cenários de prática e distribuídos equitativamente entre as instituições. As atividades propostas foram aprovadas e o número de alunos em cada unidade definidos. Em conjunto com a Comissão de Projetos da SMS, a CIES auxilia na definição de projetos de extensão e pesquisa a serem realizados e na contrapartida a ser oferecida à comunidade (como cursos de atualização, ações em saúde, etc.) bem como a necessidade de retorno à SMS dos resultados obtidos, visando a elaboração de propostas de melhoria. A CIES tem tentado envolver a Secretaria de Educação nas reuniões e atividades a serem desenvolvidas pelos cursos da área da saúde. Mas houve poucos avanços em termos de colaboração intersetorial (Secretarias da Educação, Assistência Social, etc.). Após a discussão na CIES, os módulos ficaram definidos conforme se segue:

- 1º período:** SFC- Políticas públicas de saúde (CH 128horas), 4 horas semanais de atividades na Estratégia de saúde da Família (ESF). As atividades estão relacionadas à territorialização, organização do SUS, acompanhamento de doenças crônicas (Diabetes mellitus, Hipertensão arterial sistêmica, obesidade e tabagismo). As atividades práticas, portanto, incluem aferição de dados vitais, avaliação nutricional, aferição de glicemia capilar, inspeção de pé diabético, classificação de risco cardiovascular, confecção de genograma, entre outros.
- 2º período:** SFC- Educação e vigilância em saúde da família (CH 64h), 2 horas semanais em aparelhos comunitários, trabalhando com projetos que são solicitados pelas instituições escolhidas (por exemplo, creches, asilos, presídio, escolas, movimento *gay*, entre outros). Os alunos desenvolvem atividades junto aos funcionários e à população, com enfoque na informação e cuidado em saúde.
- 3º período:** SFC – Saúde materno infantil (CH 160h), 4 horas semanais de atividades na ESF. As atividades permitem que o aluno conheça as políticas de saúde do Ministério da Saúde para gestantes e

crianças, desenvolvendo ações de educação em saúde, abordagem do pré-natal de baixo risco, acompanhamento da criança desde o nascimento (curva de crescimento e desenvolvimento, acompanhamento nutricional).

- 4º período:** SFC – Anamnese psicossocial na comunidade (64h), 4 horas semanais de atividades na ESF. Nesse módulo o aluno deve compreender os aspectos psicológicos e sociais entrelaçados aos aspectos clínicos do paciente e ainda desenvolver sua habilidade comunicacional para o estabelecimento de uma relação médico-paciente eficaz no contexto das unidades da ESF, exercitando a anamnese médica com foco na pessoa.
- 5º e 6º períodos:** SFC – Assistência terapêutica (80h), 2 horas semanais direcionadas ao acompanhamento de um paciente pré-selecionado pela enfermeira da ESF, com foco na verificação de armazenamento de medicamentos, uso adequado dos medicamentos receitados, auto-medicação, interações medicamentosas.
- 7º período:** SFC – Epidemiologia clínica e social (CH 224h). As atividades práticas são divididas em saúde do trabalhador (2 horas semanais), saúde mental (12h semanais, em ambulatório secundário) e ESF (20h semanais em ESF).
- 9º e 11º períodos:** SFC – Estágio em Saúde da Família e Comunidade I e II: No internato os alunos vivenciam plenamente o funcionamento das atividades da ESF, realizando todas as atividades relacionadas ao médico da ESF.

Vários desafios têm sido encontrados para o planejamento, implantação e avaliação de um modelo curricular de educação baseada na comunidade:

1. Estrutura instalada da rede pública básica: baixa cobertura da população com pequeno número de unidades básicas, de estrutura material e equipamentos mínimos em processo lento de adequação;
2. Cartografia incipiente por parte da gestão da atenção básica, gerando territórios indefinidos, desatualizados, inadequados ou com problemas de acesso;
3. Inexistência de conselhos gestores locais de saúde na rede básica de saúde, ficando a população passiva e alheia às decisões de políticas públicas, o que ressoa na relação da comunidade com os projetos da escola;
4. Rotatividade dos profissionais, em especial do médico da equipe de PSF;

5. Indefinição do papel assistencial da enfermagem na rede local, gerando sobrecarga ao profissional médico contratado pela escola para supervisão de alunos e impossibilidade de utilização das atividades de enfermagem como educativas e experienciais aos alunos dos primeiros períodos;
6. Baixa oferta de atividades de educação permanente em saúde às equipes de PSF e frágil acompanhamento das atividades da equipe, notadamente em vigilância em saúde;
7. Dificuldades de interação entre os docentes supervisores da escola e as equipes de PSF;
9. Número de preceptores médicos contratados insuficiente e rotativo;
10. Baixa remuneração dos médicos contratados pela escola, em especial após a implantação dos programas públicos de provimento médico, que elevou o salário médico na região e no país como um todo.
11. Inexistência de espaços de educação que receba os profissionais das equipes e os docentes supervisores da escola para atualização, reflexão e debate sobre problemas e desafios nos cenários de prática.

Para lidar com os desafios descritos acima, temos nos aproximado da gestão municipal na tentativa de auxiliar a estruturação da rede, com fortalecimento da atenção básica, e fortalecimento do fluxo de referência e contra-referência. Houve, também, uma adequação do salário dos médicos contratados como preceptores. Estamos em fase final de preparação do Programa de Desenvolvimento Docente e Mérito acadêmico, que poderá ser estendido para os profissionais da rede que estão inseridos na academia através da supervisão dos alunos.

Dois experiências foram elencadas para serem compartilhadas:

1. Processo de integração de disciplinas, gerando um novo e importante cenário de aprendizado na APS. Até 2008, existiam duas disciplinas em currículo de desenho tradicional, de Psicologia Médica e de Anamnese com as seguintes características:
 - Psicologia médica: disciplina teórica com docentes psicólogos, ampla carga horária, conteúdo teórico clássico da psicologia como desenvolvimento humano, personalidade, identidade e mecanismos de defesa, entre outros.
 - Anamnese: disciplina teórica do ciclo básico com reduzida carga horária sem foco na APS.
 - Inexistência de estágio prático na APS nesta disciplina.
 - Incipiente discussão da realidade da APS e da importância da ética do cuidado neste contexto.

- Predomínio do enfoque biomédico no contato com pessoas e famílias.
- Avaliação predominantemente pontual e teórica.

Após 2009, estruturou-se o módulo de Anamnese Clínica e Psicossocial, que representa, no quarto período do curso, o Eixo de Medicina de Família e Comunidade, com os seguintes elementos:

- Docentes psicólogos, médicos e bioeticistas.
- Aplicabilidade do conteúdo da psicologia no debate dos casos e aplicação dos instrumentos de abordagem familiar como Genograma, Ecomapa, *Practice*, Apgar Familiar e Ciclo de Vida, com ênfase nas habilidades de comunicação e na relação com indivíduos, famílias e comunidades.
- Introdução de temas éticos: subjetividade, alteridade, resiliência, aspectos culturais do cuidado, atividade paliativa, corpo e sociedade, ecomapa.
- Ampliação da carga horária com inserção de atividades nas USFs da rede SUS.
- Atendimento individual e familiar com supervisão experienciando a anamnese no contexto da APS.
- Aproximação com o registro próprio da APS: História Clínica e Registro Orientado por Problemas (HCOP ou ROP).
- Abandono dos roteiros clássicos de anamnese e entrevista para aplicação do Método Clínico Centrado na Pessoa⁷, utilizando como norteadores o método de Calgary – Cambridge⁸ e Consulta em Sete Passos de Vítor Ramos⁹.
- Inserção da discussão da ética na APS.
- Avaliação processual em sala, estágios e seminários de discussão de Projetos Terapêuticos Singulares.

Até 2013, muitos desafios no curso deste processo foram objeto de aprimoramento como: ampliação dos campos de prática com docentes qualificados para a APS; supervisão das visitas domiciliares com discussão de casos pelo docente psicólogo; avanço do processo de integração do ciclo básico com estágios; valorização da prática na APS diante do conjunto de docentes/discentes do curso; criação de estratégias de conciliação do ensino e atendimento na realidade da APS; definição de espaços de encontro entre os docentes.

A avaliação dos alunos, no segundo semestre de 2013 pode ser sintetizada abaixo:

- a supervisão das visitas pelas docentes psicólogas trouxe integração do conhecimento da psicologia com os conteúdos necessários ao cuidado médico na APS; aumento do interesse pelo trabalho na APS; percepção de que desenvolveram habilidades de comunicação; possibilidade de compreender a dimensão psicossocial do paciente e de seu contexto familiar, integração com a disciplina de sociologia médica; as consultas médicas foram muito proveitosas e prazerosas; sentimento de que o módulo guarda coerência com os conteúdos de APS vivenciados no primeiro e no terceiro períodos.

Sob o ponto de vista dos alunos alguns desafios permanecem, como a estrutura incipiente das unidades básicas, as dificuldades de relação entre os profissionais das equipes, a pouca aceitação de algumas famílias, as dificuldades de perceber na prática a teoria da APS e a frustração da construção de um PTS que não seria realizado futuramente pela equipe local.

2. Construção de Projetos Terapêuticos Singulares no Módulo de Anamnese Psicossocial.¹⁰

Durante o módulo que possui 4 horas semanais de atividades práticas, nas Unidades de PSF de Alfenas, os estudantes identificam uma família com grau elevado de vulnerabilidade para realizarem aproximações sucessivas através de visitas domiciliares semanais. Acompanhados de supervisora psicóloga, constroem em grupos de 3-4 alunos, um projeto singular de cuidados, amparados na coleta de dados por instrumentos de abordagem familiar: Genograma, Ecomapa, Ciclo de Vida, Apgar Familiar, Practice e Firo (Orientação para Relações Interpessoais Fundamentais)^{11,12,13,14}. Estes instrumentos fazem parte do escopo de atividades previstas no Plano Diretor de Saúde de Minas Gerais, possuem como base teórica os preceitos da Escola de Toronto, e legalmente deveriam estar sendo desenvolvidos por todas as unidades de PSF do estado. Estão, também, incluídos nas atividades do PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica)¹⁵, como elementos de aferição da qualidade da atenção das equipes.

As famílias identificadas com auxílio das equipes de PSF, em geral apresentavam fatores em comum:

- familiares com doenças crônicas graves descompensadas;
- presença de crianças menores de 1 ano;
- pacientes acamados ou cadeirantes;
- pacientes com necessidades especiais;
- presença de violência intrafamiliar;

- problemas de adesão medicamentosa ou de acompanhamento médico;
- problemas de relacionamento ou dinâmica familiar francamente disfuncional;
- idosos dependentes de cuidados;
- famílias com extrema carência material;
- presença de familiares dependentes químicos de álcool ou outras drogas;
- crise por luto recente

Na apresentação dos projetos familiares, os docentes identificam nítido avanço na capacidade dos estudantes em relacionar o adoecimento individual ou grupal com a dinâmica e contexto de vida em família, aprimorando a visão da família como um sistema, que frequentemente se mantém a custo de sofrimento ou sobrecarga de seus membros, especialmente aqueles mais vulneráveis como as crianças ou idosos. Notou-se também que muitos grupos, a fim de compreenderem os processos de relações familiares, voltaram sua atenção aos conteúdos da psicologia para entender por exemplo, a maternagem resiliente de uma filha que retorna a casa para cuidar da mãe que a abandonou na infância; a danosa superproteção de pais com filhos portadores de necessidades especiais; a retenção de filhos em casa para além do estágio de vida em que naturalmente ocorre o momento do ninho vazio; os recursos de superação de um casal de idosos sem filhos, um dependendo do outro; o abandono de idosos por seus filhos; os processos de separação recente de um casal. Todas estas condições, extremamente frequentes, estão intrinsecamente relacionadas às possibilidade de adesão aos tratamentos propostos para doenças crônicas comuns como HAS, DM II, obesidade, dislipidemias, pelas equipes e ao objetivo maior da APS: promoção de saúde através do desenvolvimento de autonomia de pessoas e famílias.

Entende-se que esta vivência aproxima os alunos da clínica ampliada, tão desejada nas atividades da APS, e tão enfatizada pelas diretrizes curriculares, quando coloca como perfil do egresso, o médico reflexivo, educador, cidadão, capaz de transformar sua realidade e a das comunidades sob seu cuidado e responsabilidade.

Assim, consideramos que as atividades desenvolvidas longitudinalmente no curso tem o potencial de construção do conhecimento utilizando conhecimentos prévios e novos conceitos para enfrentar as situações do cotidiano, contribuindo para o reconhecimento do saber do outro através da troca de experiências. Também ampliam o olhar sobre o processo saúde-doença, valorizando o outro na relação do cuidado, olhando para as diversidades, desenvolvendo a autonomia e, portanto, trabalham na integralidade no cuidado do paciente.

Referências

- 1 Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES No 4/2001. Diretrizes curriculares nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p.38.
- 2 Piancastelli, CH. Saúde da família e formação de profissionais de saúde. IN Arruda BKG, org. A educação profissional em saúde e a realidade social. Recife, Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), 2001.p 121-140.
- 3 Ministério da Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília, 2005.
- 4 Batista, NA; Batista, SHSS. A prática como eixo de aprendizagem na graduação médica. In Puccini, RF, Sampaio, LO; Batista, NA. A formação médica na UNIFESP: excelência e compromisso social. São Paulo. Editora Unifesp, 2008, pp 101-115.
- 5 Moreira, AM; Masini, EFS. Aprendizagem significativa- a teoria de David Ausubel. Editora Centauro, São Paulo, 2005.p17-23.
- 6 Silva, JF; Hoffmann J; Estevban, MT. Práticas avaliativas e aprendizagens significativas em diferentes áreas do currículo. Editora Mediação, Porto Alegre, 2012. P. 11
- 7 Stewart, M et al. Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico; tradução Anelise Teixeira Burmeister. Artmed, Porto Alegre, 2010.
- 8 Kurtz, S; Silverman, J; Benson, J; Draper, J. Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary–Cambridge Guides. Academic Medicine, 2003. 78(8): 802-9.
- 9 Ramos, V. A consulta em 7 passos: execução e análise crítica de consultas em Medicina Geral e Familiar. Rev Port Clin Geral. 2009; 25: 208-220.
- 10 Oliveira, GN. O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde. Hucitec, São Paulo, 2008.
- 11 Carter, B; McGoldrick, M. As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar. Artes Médicas, Porto Alegre,1995.
- 12 MINUCHIN, S. Famílias funcionamento & tratamento. Artes Médicas, Porto Alegre, 1990.
- 13 Talbot, Y et al. Family System Medicine. Publicola Reg'd, Toronto, 1991.
- 14 Wilson, L et al. Trabalhando com famílias. Livro de Trabalho para residentes. Curitiba, Secretaria Municipal de Saúde, 1996.
- 15 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Manual Instrutivo. Brasília, 2011.

*Agradecimento:
ao grupo de Saúde Coletiva do Curso de Medicina da Unifenas –
campus Alfenas. que através de suas atividades consegue
incutir no aluno o interesse e a importância da atenção básica.*

CAPÍTULO

17

Educação Baseada Na Comunidade:
Experiência Nos Estágios
Supervisionados Da Saúde Coletiva
Do Curso De Odontologia Da
Universidade Federal Da Paraíba

Franklin Delano Soares Forte
Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa
Claudia Helena Soares Morais Freitas
Ailma Barbosa de Sousa
Maria Betania Morais
Cristiane Costa Braga
Fernanda Maria Pinheiro Bezerra Filgueiras

Introdução

Em 2001, o Conselho Nacional de Educação reafirmou a necessidade de substituir o conceito de “currículo mínimo”, inicialmente proposto na lei de diretrizes e bases da educação, com a publicação das diretrizes curriculares nacionais de vários cursos de graduação da saúde. Em 2002 foram promulgadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para formação de cirurgiões-dentistas.¹ Desde então, diversas instituições de ensino superior vêm implementando novas propostas de cursos baseados nas diretrizes. Essas propostas visam qualificar melhor o egresso, com o objetivo de formação para o trabalho no sistema de saúde no Brasil, em todos os níveis de atenção.

As DCN são norteadoras da formação profissional na saúde e têm servido aos educadores e gestores como principal documento de referência para a revisão, ou para o desenho e implementação do currículo de novas escolas na área de saúde no Brasil. As DCN reafirmam as conquistas obtidas com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB-Nº9394/96) que assegurou maior flexibilidade na organização de cursos e carreiras.²

O desafio que se apresenta nessa construção é justamente direcionar o perfil dos egressos às necessidades do SUS, reorientar seus currículos e adotar estratégias pedagógicas que reconheçam o protagonismo do discente no processo de aprendizagem e a corresponsabilização do docente e da instituição de ensino na reorganização dos serviços e na qualidade da atenção à saúde prestada à população.³

A Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação propôs as DCN definindo princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de profissionais de saúde bucal. As DCN descrevem a organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos de Instituições do Sistema de Ensino Superior que tenham curso de Odontologia. O artigo 3º preconiza o perfil do egresso com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, preparada para atuar nos níveis de atenção à saúde dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).¹

A formação de um profissional de saúde crítico, reflexivo, pró-ativo exige uma série de experiências de ensino e aprendizagem diferenciadas, principalmente, se desejarmos uma prática educativa progressista, ética e

transformadora, sendo patente na literatura o cenário de inconsistências entre o perfil do profissional de saúde egresso das (IES) e as necessidades de recursos humanos para atuar na rede de serviços no SUS.

Apresentamos a seguir o relato de experiência do ensino baseado na comunidade dos estágios supervisionados da saúde coletiva do Curso de Odontologia da UFPB. O presente capítulo foi elaborado a partir das vivências em saúde coletiva na atenção primária à saúde com estudantes de odontologia, delimitando-se nesse contexto, a formação da relação ensino serviço comunidade e a condução do processo ensino-aprendizagem.

O cenário

Entende-se que a inserção de estudantes na rede de serviços cria inúmeras oportunidades para que os estudantes trabalhem situações concretas e assumam responsabilidades crescentes como sujeitos prestadores de cuidado e que buscam a autonomia profissional. Dentro desse contexto, a universidade é responsável pela formação de recursos humanos e deve proporcionar mudanças na formação, bem como, gerar novos conhecimentos e tecnologias.

A constituição Federal, em seu artigo 200, destaca como papel da gestão do SUS o ordenamento da formação de recursos humanos para atuar nos serviços de saúde contribuindo para sua construção efetiva⁴, reafirmado também, na Lei Orgânica da Saúde (LOS 8080/90) em seu artigo 27, que coloca os serviços de saúde como campo para o ensino, pesquisa e extensão expressando a indissociabilidade entre a educação e a saúde.⁵

Atualmente, a Universidade Federal da Paraíba possui cinco campi, sendo o maior deles localizado em João Pessoa-PB. Em sua conformação administrativa existem os centros de ensino, dentro os quais se destaca o Centro de Ciências da Saúde, que possui oito cursos de graduação. O curso de Odontologia completou, no ano de 2011, 60 anos de existência e possui colegiado com representantes discentes, docentes, técnicos administrativos e departamentos das áreas básicas e específicos da profissão.

O Projeto Pedagógico de Odontologia da UFPB aprovado em 2002, propõe a formação de cirurgiões-dentistas com base no perfil proposto pelas DCN e teve como base o arcabouço jurídico-legal que rege os cursos de odontologia, os princípios doutrinários e filosóficos do SUS, que apontam a produção do cuidado a partir da integralidade das ações, humanização, ética e o trabalho multiprofissional. Tem o objetivo de qualificar melhor o ensino, com vistas ao perfil do egresso de formação baseada em evidência científica e na epidemiologia dos agravos, que seja capaz de prestar atenção integral

em níveis diversos de complexidade, compreendendo o SUS, buscando a qualificação e sua resolutividade.⁶

A formação profissional para atender este perfil exige muitas mudanças no campo da orientação teórica, nos cenários de prática e na orientação pedagógica. Incluindo dessa forma mudanças na organização estrutural física da própria instituição formadora, dos cenários de aprendizagem na rede de prestação de serviços de saúde e na abordagem do processo ensino-aprendizagem, qualificação de docentes e trabalhadores da rede.

O Art. 7º das DCN destaca o papel dos estágios supervisionados curriculares na formação do cirurgião-dentista¹. Nos dois primeiros anos da graduação, os estudantes do curso de odontologia da UFPB têm sua inserção por meio dos componentes curriculares estágios supervisionados, nos serviços da rede da atenção básica do SUS de João Pessoa-PB. Esses componentes curriculares são desenvolvidos semanalmente durante os quatro semestres letivos, perfazendo um total de 60 horas no primeiro ano e 120 horas no segundo ano, incluindo o componente curricular Odontologia em Saúde Coletiva.

A proposta pedagógica é desenvolvimento de atividades em grupo tutorial de 10 a 12 estudantes. Os planos de curso dos Estágios Supervisionados I, II, III e IV apontam para os aspectos de processo saúde/doença, políticas públicas de saúde, SUS, cidadania e direito à saúde, Política Nacional de Promoção da Saúde, Política da Atenção Básica e de Humanização, integralidade da atenção, estratégia saúde da família, programa de agente comunitário de saúde, territorialização, educação em saúde, educação popular, ações coletivas em saúde bucal, necessidades e tecnologias em saúde.

A gestão municipal considera a parceria com as instituições de ensino na efetivação da aprendizagem pelo trabalho para estudantes/futuros profissionais de saúde, uma ação política estratégica que deve fazer parte de sua agenda de compromissos.

Com o objetivo de incentivar, ordenar e contribuir para a aprendizagem pelo trabalho em saúde nos diversos cenários de prática do município de João Pessoa, a Secretaria Municipal de Saúde criou em 2005 a Rede Escola⁷. Essa iniciativa oportunizou a ampliação desses cenários, a criação de vínculos entre os profissionais/preceptores, estudantes, docentes e comunidade, a transformação das práticas nos serviços e o cumprimento constitucional da reorientação da formação para o SUS. Por meio da Rede Escola, as ações de ensino, pesquisa e extensão são constantemente pactuadas, planejadas e avaliadas. Foram estabelecidos convênios entre a UFPB e a SMS e periodicamente assinados termos de compromisso de estágios e pactuados os planos de atividades dos estágios individuais dos estudantes.⁷

A reflexão produzida entre a UFPB e a SMS João Pessoa sobre o perfil de profissionais que vêm sendo formados, bem como a escuta produzida

sobre os problemas que se acumularam em relação aos campos de estágios, subsidiaram a construção de um instrumento jurídico, materializando as novas bases e critérios da relação ensino/serviço e regulamentando a oferta da rede de saúde como campo de práticas.

Assim, vem sendo construída a Rede Escola no serviço público de saúde no município de João Pessoa-PB, no intuito de viabilizar vivências do discente em campo, com a comunidade e com os trabalhadores/preceptores da rede de saúde municipal, oportunizando aprendizado baseado em problemas reais. Os estudantes podem refletir em campo os determinantes da saúde da comunidade, bem como o desenvolvimento social e econômico do município, questões de infra-estrutura, participação popular na tomada de decisões políticas, renda, acesso a emprego, educação, serviços de saúde e outros aspectos.

Ao minimizar o distanciamento entre o ensino e a realidade social, possibilita-se a integração ensino-serviço, entendido como o trabalho coletivo, pactuado e integrado de alunos e professores dos cursos das áreas de saúde com trabalhadores da saúde, “visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços”.⁸

Sabe-se que a cultura da participação e do trabalho em equipe e a responsabilização dos equipamentos formadores com os prestadores de serviços e a comunidade na interface da integração ensino-serviço constituem processos que demandam acompanhamento, análise e avaliações permanentes com vistas na qualificação e aprimoramento do processo.

Construindo o processo ensino aprendizagem

O processo ensino-aprendizagem na formação em serviço apresenta elementos distintos dos comumente efetuados em componentes curriculares das áreas básicas ou clínica em odontologia. Além dos discentes e docentes, destaca-se a participação dos trabalhadores da rede de saúde, quer sejam eles dentistas ou não, incluindo-se também os de nível médio e especialmente a comunidade/famílias. Os conhecimentos propostos para alcançar as competências também são ampliados, abordando-se questões de bioética, ética profissional, antropologia, sociologia e psicologia, associados às relações humanas desses atores nos cenários de aprendizagem⁹.

Um dos primeiros desafios postos na elaboração da proposta pedagógica dos estágios supervisionados da saúde coletiva foi a definição de competências, habilidades e conhecimentos, para estruturação de uma proposta coerente com as diretrizes curriculares, com o perfil do egresso proposto no

projeto pedagógico (PP) e com os princípios do Sistema de Saúde de transformar o modelo de ensino.

Esse movimento foi importante também para a não fragmentação da proposta, uma vez que a estrutura curricular do PP é baseada em disciplinas.

Diante dessa fragilidade, optou-se pelo planejamento coletivo dos componentes estágios supervisionados I ao IV, criando assim, uma proposta de aprendizado, partindo do geral para o específico, em níveis crescentes de complexidade, com base em discussões teóricas e aproximação com o campo de prática, mas sempre resgatando saberes e conteúdos anteriormente apreendidos na perspectiva de rede de conhecimento. Nestes termos, os estágios supervisionados da saúde coletiva tentam ultrapassar as reflexões da realidade social e econômica, vivenciando o contexto dos sujeitos em sua vida, e da forma como se relacionam para construção de melhorias coletivas.

Os estágios supervisionados têm como objetivo o desenvolvimento de ações junto à rede de serviços públicos de saúde, qualificando a atenção, ampliando o acesso e gerando oportunidades de aprendizado. A inserção dos estudantes nos equipamentos sociais existentes no território das áreas de abrangência das Unidades de Saúde da Família (USF) no Município de João Pessoa-PB, permite a realização e articulação de ações intersetoriais com outros campos de saber e de competências presentes em outras áreas de conhecimento. Isto possibilita a aproximação dos estudantes aos contextos socioeconômico e culturais das famílias e comunidade dentro do território de abrangência das USF.

O trabalho é desenvolvido a partir de grupos tutoriais acompanhados pelos docentes e pelos trabalhadores da saúde do município, que atuam como preceptores no processo ensino-aprendizagem. A proposta é oportunizar o aprendizado colaborativo, a partir da diversidade de histórias de vida, posições, conceitos, padrões de cultura e tradição popular que orientam a formação de hábitos, atitudes e valores, como base para elaboração e construção do conhecimento. Esse exercício de convívio tem o objetivo do futuro preparo para o trabalho em equipe.

A própria aproximação com o cotidiano é importante para o desenvolvimento de práticas em saúde na perspectiva da integralidade e resolutivas, e por outro lado, podem tornar a educação mais significativa.^{9,11} Como destacou Amâncio Filho¹¹, ao mencionar que é preciso pensar numa formação profissional voltada para o futuro campo de trabalho, onde é importante a integração dos conhecimentos gerais e específicos, habilidades teóricas e práticas, hábitos, atitudes e valores éticos.

Optou-se para o início de cada semestre nos estágios supervisionados as discussões teóricas. Os conteúdos são trabalhados na perspectiva da metodologia ativa, resgatando o que foi vivenciado em outros estágios ou pela

experimentação de vida de cada discente. Conforme apontou o relatório De-lors¹⁰, sobre as exigências para um processo educativo onde o conhecimento deve ser baseado na compreensão da realidade, com base na manipulação de instrumentos de conhecimento.^{12,13,14}

A opção pela metodologia ativa deu-se pelo fato de seu alicerce está na autonomia dos sujeitos, transportando o educando para o auto-gerenciamento de seu processo de formação, colocando-o no centro do aprendizado, horizontalizando as relações. Além do constante estímulo à criatividade, criticidade, reflexão e construção de cidadania, a metodologia ativa pode ser ferramenta importante para o re-conhecimento da autonomia do outro. No caso dos estágios supervisionados, esse “outro” é entendido como os próprios colegas de graduação, os preceptores da rede de saúde, os docentes e a própria comunidade.¹⁵

As vivências nos cenários de práticas visam o exercício de pensar e re-pensar o cotidiano e a realidade, na busca do senso crítico e uma mentalidade questionadora diante de problemas no campo da saúde da família e comunidade. Essa proposta aponta para o desenvolvimento do aprender a ser na perspectiva da construção de uma sociedade mais equânime e solidária. As DCN para o curso da odontologia orientam no sentido de fazer e refazer o cotidiano a partir da criatividade e competência para a atenção a saúde, para a tomada de decisão, para resolução de problemas concretos e para o inesperado.

Os conteúdos de ensino são oferecidos em forma de problemas ou problematização do cotidiano cujas relações devem ser descobertas e construídas pelo educando, um ator ativo nesse processo. Assim, as discussões, a elaboração de sínteses, correlação entre a prática e a teoria e a própria problematização do cotidiano, podem tomar um significado individual, dependendo de interesse, vocação, experiências acumuladas e da própria consciência.^{9,13}

Os conteúdos são trabalhados em grupos tutoriais mediante dramatizações, visitas técnicas aos espaços e aparelhos sociais, rodas de conversas com convidados, reflexões em grupo, entrevistas com informantes-chaves da comunidade, situações-problemas, estudos de caso, diagnósticos significativos, tempestade de idéias, mapas falantes, painel integrado.¹⁵

Com base na metodologia ativa, um desafio foi a forma de avaliação dos estudantes. Assim, pensou-se em estratégias de avaliação que permitissem também a reflexão e a crítica do vivenciado, de forma dialógica, contínua, autônoma e permanente. Todas as atividades realizadas nas vivências são avaliadas continuamente pelos docentes e preceptores da rede de saúde, constituindo-se num processo de avaliação formativa, caracterizando um exercício de ação, reflexão e ação.

Além disso, foi também instituído o portfólio como estratégia de facilitação do processo de avaliação. No portfólio podem ser registrados percepções, impressões, sentimentos, opiniões e valores sobre a vivência. Esse exercício de refletir sobre o vivido é importante para resignificação de conceitos e impressões.^{15,16}

A prática dessas estratégias de ensino-aprendizagem ao longo dos semestres tem sido aprimorada, inclusive com maior envolvimento e interesse dos educandos em participar das atividades, maior motivação, inclusive com diminuição do absenteísmo acadêmico e maior valorização e sensibilização da saúde coletiva no cenário do SUS.

Integração ensino serviço

Nesse contexto de formação de recursos humanos para o SUS é importante que os setores da educação (responsáveis pela produção de conhecimento e formação profissional) e o da saúde (gestor e principal prestador de serviços de saúde) estabeleçam relações de permanente parceria interinstitucional. Muitas vezes a relação entre esses dois setores é acompanhado de uma complexidade em função do aparato legal. Segundo Feuerwerker¹⁷ não é fácil compatibilizar as demandas da academia e da gestão dos serviços de saúde e para tanto, são necessários ajustes e modificações no setor educação de práticas cotidiana de ensino. Essas pactuações devem ser realizadas com objetivo de desenvolver ações conjuntas e articuladas para a contribuição recíproca na proposta de formação de recursos humanos no sentido de elaboração e construção de conhecimentos e produção do cuidado em saúde qualificado e resolutivo.¹²

Assim, outro ponto a ser discutido foi a relação com o serviço prestador de saúde do município, no sentido de construção da Rede Escola. Para isso, foi preciso diversas rodas de conversas, seminários, reuniões com a gestão do trabalho e educação em saúde, gerentes e técnicos dos distritos sanitários, da Secretaria Municipal de Saúde e os trabalhadores da rede de serviço, sejam eles profissionais da estratégia saúde da família ou técnicos do apoio matricial.

O fortalecimento da integração ensino-serviço é reforçado pelos movimentos disparados pelo Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRO-SAÚDE), Programa de Educação pelo Trabalho (PET-SAÚDE) e pelo PRO-PET SAÚDE em REDES. A proposta Pró-Saúde aponta para a necessidade de transformar o processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população para abordagem integral do processo saúde-doença. O eixo central é a integração en-

sino serviço, com a inserção dos estudantes no cenário real de práticas, a Rede SUS, com ênfase na atenção básica, desde o início da formação.^{18,19} A atuação do Pró-Saúde em três eixos principais: Orientação teórica, Cenários de Prática e Orientação Pedagógica, faz com que este tenha um papel indutor na transformação do ensino. A experiência dos estágios é a expressão do processo de mudança incluindo os três eixos da proposta. O Pró-Saúde também apoia com aquisição de equipamentos, materiais de consumo para as USF, melhorando a infraestrutura dos serviços, o que facilita a inserção dos estudantes na rede.

O PET-Saúde foi instituído pelos Ministérios da Saúde e da Educação em agosto de 2008 através da portaria interministerial nº 1.802, objetivando a fomentação de grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia Saúde da Família. Com enfoque interdisciplinar, a partir de 2009 foram incluídos através do PET-Saúde da família UFPB estudantes de diversos cursos da saúde (medicina, odontologia, enfermagem, fisioterapia, educação física e nutrição) nos serviços de atenção primária nas atividades curriculares, potencializando o trabalho em equipe e a troca de saberes em benefício da comunidade.¹⁹

Amâncio Filho¹¹ destacou que a parceria entre o serviço de saúde e a IES deverá consistir em um processo facilitador da integração entre trabalho, educação e saúde, vislumbrando a quebra da dicotomia histórica entre o aparelho formador e a prestação de serviços, entre pensar e fazer, entre geral e específico, e integrando habilidades teóricas e práticas.

Inicialmente a Gerência da Educação em Saúde do município mapeou sua rede identificando os cenários de aprendizagem, os quais são campos de práticas dos estágios supervisionados, do PRO-PET-SAÚDE e da Residência multiprofissional em saúde da família e comunidade. Assim, melhorias no campo de infra-estrutura foram implementadas para o maior aproveitamento das potencialidades locais e desenvolvimento das atividades, assim como capacitação dos profissionais da rede para os desenvolvimentos da atividade de preceptoria dos estudantes em campo¹⁸.

Esse mapeamento se constituiu num processo mais complexo, verificando-se não só condições físicas e estruturais de cada cenário, presença de equipamentos sociais no território, demanda do território e aproximação geográfica com a IES, mas também identificando vocações individuais dos trabalhadores da rede. Conversas, reuniões e visitas *in loco* foram necessárias nesse sentido. A cada final de semestre é realizada a avaliação não só do estágio supervisionado, mas do próprio cenário como espaço importante no desenvolvimento da aprendizagem. Assim, identificam-se processualmente nos cenários as fragilidades e potencialidades e quais os caminhos na superação na perspectiva de melhorias. Esse é um fórum de discussão dos atores envolvidos: docentes, discentes, preceptores e usuários dos serviços.

Esse movimento vem ganhando vida com o envolvimento de estudantes, docentes, gestão, trabalhadores da rede e a comunidade. A cada semestre é necessário a pactuação com os preceptores, sobre as ações que serão desenvolvidas e as competências e habilidades esperadas. Pretende-se dessa forma, a construção de processos dialógicos que redefinem as relações de poder de docentes e trabalhadores da saúde nos cenários de aprendizagem, mediatizados pela subjetivação.

O ensino baseado na comunidade permite o repensar a formação de profissionais para atuar na saúde pública, compreendendo a rede de serviços de saúde e seus princípios de universalidade, equidade e integralidade do cuidado²⁰. Essa proposta de trabalho visa democratizar as relações entre a IES, gestão de serviços de saúde, preceptores e comunidade. Proporciona também o acompanhamento do processo de mudança curricular e nos serviços de saúde, visando considerar as diretrizes e princípios do SUS.

Por isso, embora a gestão tenha feito um mapeamento dos cenários, cada um desses cenários foi visitado pelos docentes, não só para a aproximação do território e dos trabalhadores da rede, mas também para identificar as características de cada local e visualizar possibilidades com a proposta dos estágios supervisionados. Nesse momento, também são pactuadas questões técnico-operacionais, número de estudantes, dias das atividades, carga horária, proposta do estágio, identificação de demandas, formas de avaliação do processo. A definição das ações e atividades são discutidas posteriormente com a presença dos discentes no campo de estágio.

A partir dessa visão multidimensional, estamos fortalecendo a construção da Rede-Escola, contribuindo para a formação de profissionais de melhor qualificação, com atuação voltada às necessidades de saúde da população brasileira, um trabalhador da saúde com visão generalista, que desenvolva a capacidade de escuta, acolhimento, construção de vínculos com a comunidade com a qual trabalha e responsabilização^{17,20}.

Considerações finais

Existe o desafio de proporcionar uma formação reflexiva e crítica que subsidie a construção do Sistema de Saúde do Brasil, mais resolutivo na produção do cuidado em saúde, com base na integralidade, humanização, ética e trabalho em equipe. Sair do modelo centrado no diagnóstico de doenças, tratamento e recuperação para o de promoção de saúde, com vistas no diagnóstico integral dos sujeitos, famílias e comunidade a partir de estratégias de prevenção e no cuidado das pessoas.

As ferramentas utilizadas são estratégias pedagógicas interessantes para o encaminhamento da reorientação da formação de profissionais de saúde bucal. A satisfação e o desempenho logrados nos processos de avaliação dos componentes curriculares demonstraram a importância e o impacto dessas mudanças. Nesse sentido, a metodologia tem disparado movimentos de reorientação no processo de formação e para a continuidade do êxito obtido, devem ser constantemente avaliadas e renovadas.

Espera-se com esse paradigma pedagógico formar profissionais mais ativos, críticos, reflexivos, humanizados e transformadores da realidade, com a capacidade de trabalhar em equipe, relacionar-se melhor com o usuário dos serviços de saúde, compreendendo seu processo de adoecimento, intervindo de modo ético, consciente e voltado para a produção do cuidado, tendo em vista a integralidade das ações, dos serviços e das políticas de saúde.

Referências

- 1 Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Diário Oficial da União. 2002 mar. 4; Seção 1, p. 10.
- 2 Brasil. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Dispõe sobre as bases e diretrizes da educação nacional. Diário Oficial da União. 1996 dez. 23; Seção 1, p.27833-27841.
- 3 Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O Quadrilátero da Formação para Área de Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle social. *Physis*. 2004; 14(1):41-65.
- 4 Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Título VIII – da ordem social; capítulo II – seção II, da saúde. Art. 200. Brasília: Senado Federal; 1988.
- 5 Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990 set. 20; Seção 1, p.18055.
- 6 Universidade Federal da Paraíba. Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão. Resolução n. 37/2002. Aprova o projeto pedagógico do curso de graduação em odontologia, do centro de ciências da saúde, Campus I.
- 7 João Pessoa. Secretaria Municipal de Saúde. Rede Escola: Normatização de cenários de prática na rede SUS de João Pessoa. 2009.
- 8 Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHA, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho RM. A Integração Ensino-Serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais de Saúde. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2008; 32(3):336-62.
- 9 Garcia, MAA. Saber, agir e educar: o ensino aprendizagem em serviços de Saúde. *Interface Comunic, Saúde, Educ.* 2001; 5(8):89-100.
- 10 Delors J. Educação: Um Tesouro a Descobrir. São Paulo: UNESCO, MEC, Cortez Editora; 1999.
- 11 Amâncio Filho A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. *Interface - Comunic, Saúde, Educ.* 2004; 8(15):375-380.
- 12 Ferreira RC, Fiorini VML, Crivelaro E. Formação Profissional no SUS: o Papel da Atenção Básica em Saúde na Perspectiva Docente. *Rev. Bras Educ Med.* 2010; 34(2):207-215.

- 13 Mitre SM, Siqueira-Batista R, Girardi-de-Mendonça JM, Morais Pinto NM, et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2008; 13(2):2133-2144.
- 14 Bordenave JD, Pereira AM. *Estratégias de ensino-aprendizagem*. 26 ed. Petrópolis: Vozes, 2005.
- 15 Forte FDS, Pessoa, TRRF, Vieira LB, Freitas CHSM, Ferreira MLSM. Portfólio, desafio de portar mais que folhas: a visão do docente de odontologia. *Rev. Bras Educ Med*. 2012; 36(1) sup1:25-32.
- 16 Sá-Chaves I. Os Portfólios reflexivos (também) trazem gente dentro. Reflexões em torno do seu uso na humanização dos processos formativos. Portugal: Ed. Porto, 2005.
- 17 Feuerwerker LCM. Cinco caminhos para não abrir espaços de transformação do ensino médico. *Rev. Bras. Educ. Méd.* 1999; 23:21-26.
- 18 Brasil. Ministério da Educação/Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 2.101, de 3 de novembro de 2005: Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde. *Diário Oficial da União*, 04 nov. 2005. Seção 1, p.111.
- 19 BRASIL. Ministério da Educação/Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 917, de 6 de maio de 2009: Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). *Diário Oficial da União*, 07 maio. 2009. p.64.
- 20 Albuquerque VS, Batista RS, Tanji S, Moço ETSM. Integração curricular na formação superior em saúde: Refletindo sobre o processo de mudança nos Cursos do UNIFESO. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2007; 31(3):296-303.

CAPÍTULO

18

O Ensino Baseado Na Comunidade No Curso De Medicina Da Universidade De Fortaleza

Daniela Chiesa

Olívia Andréa Alencar Costa Bessa

Siulmara Cristina Galera

Sharmênia de Araújo S. Nuto

Maria Angelina S. Medeiros

Magda Moura de Almeida Porto

Henrique Luis do Carmo e Sá

Flávio Lucio P. Ibiapina

Maria Verônica Costa Freire

Alexandre Alcântara Holanda

Antônio Silva Lima Neto

Introdução

Um dos princípios que norteia o Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da Universidade de Fortaleza (Unifor), da Fundação Edson Queiroz, é o envolvimento dos estudantes de medicina de forma precoce, abrangente e reflexiva no estudo e resolução dos problemas de saúde das comunidades onde estão inseridos. O currículo do curso, fundado em 2006, utiliza como abordagem educacional estruturante a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), aqui compreendida tanto na concepção dos eixos curriculares¹, quanto na utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem (com grupos tutoriais e práticas de desenvolvimento de habilidades profissionais, integração interprofissional em todos os níveis assistenciais e mecanismos multidimensionais de avaliação).² Assim, considerando que o aprendiz lida sistematicamente com tarefas ou desafios de aprendizagem que ora são baseados em situações reais, ora constituintes próprios de uma prática de serviços de saúde da comunidade. O Currículo do Curso de Medicina da Unifor reconhece uma estreita relação entre a ABP e os paradigmas da Educação Baseada/Orientada na Comunidade.³

Para tanto, a Unifor considera a comunidade como um espaço abrangente, que inclui não somente o sistema de serviços de saúde envolvendo a atenção primária, secundária e terciária, mas também seu espaço social, suas organizações e sua dinâmica sociocultural⁴. O modelo de EBC do curso pretende, portanto, que os problemas prioritários de saúde da sociedade influenciem e orientem o ensino de Medicina, desde a escolha dos problemas das sessões tutoriais e da seleção das condições clínicas abordadas, até a definição da carga horária na matriz dos módulos curriculares.⁵

Além desta explícita orientação conceitual, as atividades curriculares incluem uma considerável carga horária destinada a práticas em serviços de saúde (unidades de atenção primária, unidades ambulatoriais especializadas, hospitais gerais e especializados) e em ambientes comunitários (escolas, associações, organizações não-governamentais, instâncias de gestão de saúde, serviços de gestão de emergências), referidos aqui como instâncias curriculares de EBC.⁴

Articulação Com O SUS

A opção por um desenho curricular, metodologias e práticas que privilegiassem estratégias de ensino-aprendizagem baseadas na comunidade modulou o planejamento e implantação do Curso de Medicina⁶, impondo uma intensa articulação com a Gestão Municipal e Estadual de Saúde, através da Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza (SMS) e Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA). Essa parceria foi fortalecida gradativamente através da implantação dos Projetos Pró-Saúde, PET-Saúde da Família, PET-Saúde Mental, PET-Redes e com a ampliação das atividades docente-assistenciais para toda área de abrangência da Secretaria Executiva Regional VI (SER VI). A Unifor, através do Centro de Ciências da Saúde (CCS), passou a compartilhar a responsabilidade sanitária por esse território, uma das seis regionais do município, como Instituição de Ensino Superior (IES) de referência para a formação de recursos humanos do SUS na SER VI, contribuindo para o fortalecimento da construção coletiva do Sistema Municipal de Saúde-Escola (SMSE), instância de organização e gestão da política de educação permanente da SMS.⁷

Desde o planejamento e implantação do curso de Medicina houve a articulação com várias lideranças do Município de Fortaleza e do Estado do Ceará. O primeiro passo, antes da implantação do curso, foi a apresentação do Projeto Político Pedagógico para várias esferas de gestão (governo estadual, prefeitura, legislativo nacional, estadual e municipal), lideranças da comunidade, aos serviços de saúde e Conselho Municipal de Saúde. O projeto foi também discutido na Federação da Indústria do Ceará (FIEC), com lideranças empresariais, debatendo sobre o impacto socioeconômico na região com a implantação de um projeto desta natureza. Em seguida, essa articulação envolveu uma fase de planejamento, com identificação dos espaços de prática e necessidades de infraestrutura e recursos humanos. Nesse momento, foram estabelecidos convênios, com suas contrapartidas, entre o CCS/Unifor e as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde.

Com a implantação do curso, a parceria, em especial com a SER VI, passou a ter um caráter regular, com avaliação do processo, fortalecimento da integração e ajustes, quando necessário. Essa atividade culmina anualmente em um Fórum Regional, com apresentação dos trabalhos desenvolvidos nas unidades de saúde SER VI, parte expressiva deles frutos da parceria entre a Unifor e a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

Currículo do Curso de Medicina

A principal motivação que levou à escolha do desenho curricular foi a intenção de superar a dicotomia que há entre a formação e a prática profissional. Buscam-se aqui modelos onde a formação profissional incorpore as práticas do sistema de saúde, bem como, as características e especificidades das comunidades nas quais os futuros profissionais vão se inserir, a partir de alguns princípios e estratégias fundamentais: práticas clínicas precoces, com atividades clínicas desde o início do processo de formação no curso médico; descentralização das experiências clínicas, com atividades no âmbito ambulatorial e comunitário e não apenas centrada no espaço hospitalar; afirmação do modelo biopsicossocial, com ensino considerando o sujeito de forma holística e enfatizando a relação médico-paciente; orientação para a comunidade, com currículo baseado nas necessidades de saúde da comunidade; e valorização da ética médica no exercício de suas atividades cotidianas.^{8, 9, 10}

O processo de inserção de estudantes na rede de serviços obedece a um planejamento prévio com as Gestões Estadual e Municipal de Saúde e é baseado em convênios, onde ficam estabelecidas as responsabilidades, direitos e deveres dos parceiros. Nesse sentido a Unifor tem contribuído tanto na formação de profissionais do SUS, como já mencionado, quanto na melhoria da infraestrutura dos espaços de prática. A implantação do internato reforçou essa relação de parceria e também gerou novas parcerias, com instituições de longa permanência para idosos (Lar Torres de Melo) e outros municípios do Estado (Estágio Rural).

Este resgate histórico demonstra o compromisso do curso de Medicina com uma educação médica de qualidade, mantendo a coerência com os princípios fundamentais da prática profissional, articulando a ciência e sua técnica, e enfatizando abordagens assistenciais que vão de encontro às necessidades de indivíduos, famílias e comunidades. Esse parece ser o melhor caminho para a formação do futuro médico com as características definidas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais e exigidas pela sociedade contemporânea.¹¹

Educação Baseada na Comunidade no Curso de Medicina

Nos primeiros quatro anos, a saúde coletiva e as estratégias de EBC estão, prioritariamente, inseridas nos Módulos de **Ações Integradas em Saúde (AIS)**, com duração semestral, carga horária de 90 horas e atividades predominantemente práticas. No primeiro e no segundo semestre, os alunos têm módulos sequenciais de grupo tutorial que também abordam conteúdos relacionados ao Ensino Baseado na Comunidade.

Os Módulos de Ações Integradas em Saúde têm como objetivo primordial possibilitar que o aluno de Medicina exerça a prática médica nos mais diferentes níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), longitudinalmente, do primeiro ao oitavo semestres do curso e suas práticas estão concentradas em um turno por semana. A organização das atividades visa o equilíbrio entre ações comunitárias, que pressupõem abordagens de saúde coletiva ou familiar, e atividades clínicas de cunho individual. O balanço entre essas abordagens é um elemento norteador dos Módulos AIS e se repetirá ao longo dos oito semestres.¹²

As atividades do estudante são em sua maioria práticas, e se dão em nível de atenção primária, preponderantemente no primeiro e no segundo ano do curso. Os espaços de prática nesses quatro semestres são variados e compreendem no campo assistencial os Centros de Saúde da Família (CSFs) localizados na Secretaria Executiva Regional VI (SER VI) do Município de Fortaleza e o Núcleo de Atenção Médica Integrada (Nami). Também estão previstas atividades comunitárias e visitas esporádicas a outros ambientes de prática propícios à aquisição dos objetivos de aprendizagem previstos nos planos de ensino. No terceiro e quarto ano as práticas clínicas são mais frequentes e acontecem nos CSFs e em unidades de maior complexidade (atenção secundária e terciária). As práticas procuram estar articuladas aos conhecimentos, habilidades e atitudes que estão sendo abordados nos grupos tutoriais e no laboratório de habilidades.

Momentos estritamente teóricos restringem-se às conferências quinzenais, com duas horas de duração; seminários realizados no final de algumas práticas; discussão de casos clínicos; e miniaulas eventuais onde determinados conteúdos, suscitados pela experiência comunitária ou ambulatorial, são abordados.

No estágio supervisionado de Saúde Coletiva (internato médico), são obrigatórios os estágios de Saúde Mental, Atenção à Saúde do Idoso, Atenção Primária de Saúde, ambulatório de especialidades em unidade secundária e o Estágio Rural. Neles o aluno deverá desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes apropriadas para o manejo de problemas de saúde no âmbito da atenção primária e secundária, no contexto dos indivíduos, suas famílias e comunidade, além de problemas relacionados à saúde mental e do idoso, num período de 6 (seis) meses, 40 horas/semana. Esse conteúdo é desenvolvido na comunidade, Centros de Saúde da Família, em área urbana e rural (os internos têm estágio rural com duração de um mês, em municípios do interior do Estado, mediante pactuação conveniada), em instituição de longa permanência para idosos, unidades de saúde mental e unidade secundária na própria universidade (Nami).

Um projeto novo está sendo desenvolvido pelos professores do AIS e os tutores do segundo e quarto semestres: a cidade virtual. Famílias visitadas pelos alunos na comunidade foram mapeadas e estas famílias servirão de base para os personagens dos problemas trabalhados nos grupos tutoriais, constituindo os moradores da cidade.

Educação Baseada na Comunidade nos Demais Cursos da Saúde

A educação interprofissional (EIP) é uma abordagem pedagógica que ocorre quando educadores e aprendizes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar efetiva colaboração e melhorar os resultados na saúde.^{13,14}

Na experiência de EBC, a educação interprofissional em saúde é concebida como uma das estratégias de ensino-aprendizagem inserida na matriz curricular dos dez cursos de graduação do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Unifor: educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, nutrição, odontologia, psicologia e terapia ocupacional. A prática colaborativa interprofissional incide quando profissionais de saúde de diferentes áreas oferecem serviços baseado na integralidade da saúde, compreendendo os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidades para atenção à saúde em todos os níveis da rede de serviços. Nesse contexto, os cursos de graduação do CCS da Unifor, através da inserção precoce dos alunos nos cenários reais de prática desde o primeiro semestre, priorizam a integração ensino-serviço-comunidade, tendo a educação interprofissional como base para oferecer um serviço de elevada qualidade. Uma das estratégias utilizadas é a presença de módulos comuns à maioria dos cursos, em que possibilita alunos de diversas áreas discutirem uma mesma problemática, permitindo o encontro e o olhar diferenciado a partir de sua escolha profissional. As diferentes carreiras do campo da saúde avaliam as competências comuns relevantes para as profissões envolvidas, articulam seu saber constitutivo com o dos outros na organização de atividades nos moldes de uma prática colaborativa interprofissional em cenários reais de prática.

Essa realidade foi fortalecida através das políticas indutoras do Ministério da Saúde, representadas pelos programas Pró-Saúde, PET-Saúde da Família, PET-Saúde Mental, PET-Redes, em parceria com Secretaria de Saúde do município de Fortaleza e Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Assim, em 2014, temos no CCS 108 alunos bolsistas e não bolsistas e 6 tutores dos PET Atenção Materno Infantil, Atenção Psicossocial, Cuidados à Pessoa com Deficiência, SOS Emergências e Vigilância à Saúde. As equipes PET oportunizam o encontro das diversas disciplinas e estágios curriculares, que desenvolvem

atividades comuns e específicas de cada profissão, clínicas e preventivas, assistência e atenção em saúde, para o desenvolvimento de atividades interprofissionais. Ao final de cada semestre, desenvolve-se o planejamento por unidade de saúde, em que gestores, professores e profissionais avaliam, discutem e planejam conjuntamente as atividades que serão desenvolvidas no semestre seguinte. O planejamento propicia a interlocução entre gestores, funcionários, lideranças comunitárias, professores e alunos, fortalecendo a relação ensino-serviço, além da formação integral do aluno e educação permanente dos profissionais da rede. A implantação dos Projetos Pró-Saúde II, PET-Saúde da Família e PET-Saúde Mental também foi um elemento integrador. O envolvimento da Comunidade não foi uma tarefa difícil, a maior dificuldade nesse processo foi envolver os profissionais dos Serviços de Saúde.¹⁵

Como a Gestão Lida com as Dificuldades e Desafios do EBC

Como dito anteriormente, para viabilização das práticas baseadas na comunidade, a parceria com a SER VI definiu uma base territorial. A princípio este sistema funcionaria em regime de cogestão entre a Prefeitura Municipal de Fortaleza e a Unifor, baseando-se num núcleo gestor formado por membros de ambas Instituições. Apesar da criação do curso de Medicina ter tencionado a mudança da lógica do modelo assistencial em unidades que não contavam com equipes de Saúde da Família, o modelo de cogestão não progrediu. A SMS permaneceu centralizando a gerência dos serviços de saúde, não permitindo ao longo desses anos o desenvolvimento de um modelo inovador de unidade docente. Somente em duas UBS, que contem equipes “ampliadas” pela inserção de docentes (médicos, enfermeiros, odontólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas-ocupacionais, nutricionistas, farmacêuticos e educadores físico), foram criadas Coordenações Pedagógicas. Estas possuem seu escopo de ação restrito a organização das atividades de ensino que acontecem no local, com mínima ou nenhuma governança sobre os processos de assistência à saúde.

O Pró-Saúde empoderou a universidade com recursos financeiros para a ampliação, estruturação e adequação de unidades básicas de saúde, fazendo com que a gestão municipal necessitasse inserir a universidade dentro das discussões sobre o sistema de saúde municipal, criando colegiados de gestão de integração ensino-serviço dentro do seu organograma. O PET-Saúde legitimou e contribuiu para a valorização da graduação dentro dos serviços de saúde. Ele vem orientando à sustentabilidade do processo de mudanças e fortalecendo as linhas de pesquisa relacionadas às necessidades da comunidade, sem deixar de lado o ensino.¹⁵

No planejamento e a implantação dos programas de EBC na Unifor, o curso teve que vencer inúmeros desafios. Desde a desconfiança inicial das instituições envolvidas quanto aos reais objetivos dos projetos, até a dificuldade dos alunos e pais, principalmente nas fases iniciais do curso de Medicina, de entender a importância desta vivência na comunidade e o temor de violência nos diversos cenários de prática. Com a orientação, esclarecimento e apoio constante dos preceptores quanto a questão da violência nas comunidades, aos poucos os alunos foram interagindo de forma natural. O conhecimento e a vivência de outras realidades favoreceram o amadurecimento e o desenvolvimento humanístico dos alunos.

As dificuldades de interlocução nas diversas instâncias e as pressões políticas tornaram todo o processo mais demorado e trabalhoso para os gestores da universidade. Além disso, em muitos dos cenários não havia um acolhimento adequado dos alunos, dificuldade de aceitação pelos profissionais e pelos outros frequentadores das unidades de saúde.

Com o início do internato médico, em 2010 foram estabelecidas novas parcerias com outros municípios do Estado, nos quais foi implementado o Estágio Rural. Nestes municípios, inicialmente os preceptores eram remunerados diretamente pela Universidade e os pacientes que necessitavam de atendimento especializado eram agendados diretamente no Núcleo de Atenção Médica Integral (unidade de atendimento secundário da Unifor), além da realização do Projeto Mutirão que objetiva o atendimento das filas de espera de determinadas especialidades através do deslocamento, para o município, de professores especialistas na área, em conjunto com alunos num determinado dia da semana. Posteriormente, alegando o fato de que, apenas uma parcela dos profissionais das unidades foram contratados como preceptores, gerou descontentamento dos outros profissionais “não preceptores”. Desta forma, por solicitação dos municípios, foi mudado o sistema de pagamento que passou a ser *per capita* (por aluno) diretamente para o município, que se responsabiliza pelos preceptores. Muitas vezes nos deparamos com rompimento de acordos ainda em vigência de contratos, frutos de ingerências políticas em diversos municípios participantes do projeto, problemas estes que são rapidamente equacionados pela gestão da universidade, que passou a ter um plano de contingência para resolução imediata dos problemas (realocação dos alunos em outros cenários de prática).

Na busca por cenários inovadores de prática foi realizado convênio com uma Instituição de Longa Permanência para Idosos, filantrópica. No convênio, a Universidade se comprometia a manter atendimento interdisciplinar pelos diversos cursos da área de saúde, fornecer exames complementares (laboratoriais, radiológicos e cardiológicos), atendimento especializado no Núcleo de Atenção Médica Integrada, além de material permanente e material médico

de consumo semestralmente. Os problemas principais que ocorreram foram o envolvimento apenas parcial dos outros cursos da área de saúde (somente o curso de Medicina manteve estágio supervisionado o ano todo); o cenário de prática gerou desconfiança inicial nos alunos/internos de Medicina que recebiam que este tipo de cenário não fosse adequado para o aprendizado. Essa desconfiança se dissipou gradativamente com a realização das atividades programadas, que levou a melhoria do atendimento dos idosos da comunidade que lá residem e proporcionou aos alunos uma visão realista da situação dos idosos do Estado, seja do ponto de vista da saúde quanto social.

A gestão dos cursos do CCS participa ativamente de reuniões semestrais com a Coordenação e Gestores do Distrito de Saúde e com os Gestores das Unidades de Atenção Básica, Hospitais Distritais e CAPS da Regional VI, onde está inserida a Universidade, para planejar o modelo de atenção para o semestre letivo seguinte, e apresentar os projetos desenvolvidos durante o semestre pela parceria universidade e Sistema de Saúde.

Outra dificuldade observada nestes cenários é a falta de preparo de muitos profissionais (preceptores e professores) para realizarem avaliação adequada dos alunos/internos. Para resolver esta questão vem sendo realizados treinamento contínuo dos preceptores e professores na área pedagógica e de formação docente.

Conclusão

A EBC, a educação interprofissional e a prática colaborativa podem exercer considerável papel na contenção de muitos desafios enfrentados pelos Sistemas de Saúde. Os principais aprendizados com todo processo foram: devemos traçar objetivos factíveis, ter clareza de intenções e estabelecer convênios justos com contrapartidas bem definidas que sejam realmente cumpridas por ambas as partes. Outro fator importante é a Universidade proporcionar a formação e o treinamento pedagógico continuado de seus professores e preceptores para que atendam as demandas de forma adequada.

Estabelecer relações horizontalizadas entre universidade, serviços de saúde e comunidades cria espaços reais de troca, interlocução e transformação mútua. A parceria envolve mudanças nas posturas e nos valores existentes, como por exemplo, ruptura das barreiras de comunicação, do isolamento entre as instituições e aproximação da instituição de ensino com a comunidade.

O aprimoramento e a consolidação destas parcerias continuam sendo um desafio fundamental para o desenho, a implantação e a avaliação dos programas de educação, pesquisa e prestação de serviços da Unifor.

Referências

- 1 Wiers RW, Van-de-Wiel MJ, Carmo Sa HL, Mamede S, Batista Tomaz J, Schmidt HG. Design of a problem-based curriculum: a general approach and a case study in the domain of public health. *Medical Teacher*. 2002;24(1):45-51.
- 2 Mennin S, Gordan P, Majoor G, Osman HAS. Position Paper on Problem-Based Learning. *Education for Health*. 2003;16(1):98-113.
- 3 B. What is community-based education? Evolution, definition and rationale. In: Schmidt H, Magzoub M, Felletti G, Nooman Z, Vluggen P, editors. *Handbook of Community-Based Education: Theory and Practices*. Maastricht: Network Publications; 2000. p. 11-26.
- 4 Ladhani Z, Scherpbier AJJA, Stevens FCJ. Competencies for undergraduate community-based education for the health professions--a systematic review. *Medical Teacher*. 2012;34(9):733-43. PubMed PMID: 22905658.
- 5 Kristina TN, Majoor GD, van Der Vleuten CPM. Undergraduate medical education Defining generic objectives for community-based education in undergraduate medical programmes. *Medical Education*. 2004;38(5):510-21. PubMed PMID: 12934601.
- 6 Engel, C.; Majoor, G.; Vluggen, P. Educação de profissionais de saúde orientada para a comunidade. Seleção das Publicações da Network – Instituições de Ciências da Saúde. Ed. Em português. Maastricht, The Netherlands, 1999.
- 7 Ministério da Saúde. Aprender SUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/aprendersus.pdf>. Acessado em 18 de maio de 2014.
- 8 General Medical Council, United Kingdom. *Tomorrow's Doctors*, London, 2003.
- 9 Feuerwerker, LCM. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. Hucitec; Londrina, 2002, 306 p..
- 10 Marins, J J N. Rego S. Lampert, J B. Araujo, J G C. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. Hucitec, 2004, 390 p..
- 11 Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Disponível <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf>. Acessado em 18 de maio de 2014.
- 12 Universidade de Fortaleza. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina, 2011.
- 13 Barnes D, Carpenter J, Dickinson C.. Interprofessional education for community mental health: attitudes to community care and professional stereotypes. *Social Work Education*. 2010; 19 (6): 565–583.
- 14 Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2011). Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel. Washington, D.C.: Interprofessional Education Collaborative.
- 15 Almeida MM de, Moraes RP, Guimarães DF, Machado MFAS, Diniz RCM, Nuto SAS. Da Teoria à Prática da Interdisciplinaridade: a Experiência do Pró-Saúde Unifor e Seus Nove Cursos de Graduação. *Rev Bras Educ Med*. 2012;36(1):119–26.

CAPÍTULO

19

A Integração Ensino-Serviço-Comunidade
No Ensino Da Atenção Primária À Saúde:
Lições E Desafios Da
Faculdade De Medicina Da USP

Ana Claudia Camargo Gonçalves Germani
Ana Paula Andreotti Amorim
Ademir Lopes Júnior
Valéria Menezes P. Machado

O contexto da Universidade de São Paulo - Campus São Paulo e o Curso de Medicina

A Universidade de São Paulo está localizada no Município de São Paulo, cidade tida como centro financeiro e econômico do país. Com quase 12 milhões de habitantes, apresenta grande desigualdade social, refletida na ocupação do espaço urbano com núcleos centrais de maior desenvolvimento sócio-econômico em detrimento das regiões periféricas.

Oferece anualmente 14 cursos da saúde no Campus Capital (incluindo a Escola de Artes, Ciências e Humanidades - EACH - USP Leste): Ciências Farmacêuticas, Enfermagem, Educação Física, Educação Física e Saúde, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Gerontologia, Medicina, Nutrição, Obstetrícia, Odontologia, Psicologia, Saúde Pública e Terapia Ocupacional.

Desde 2006, Unidades de Ensino da USP (Escola de Enfermagem, Faculdades de Medicina e Odontologia) vêm conduzindo processos de reorientação curricular, apoiados pelo Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde). A partir de 2009, um número crescente de cursos foi incluído nas propostas submetidas e contempladas pelo Programa de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde). O quadro 1 reflete de forma bastante sintética as características dos cursos que atualmente fazem parte do Edital PRO-PET Saúde.

É válido neste momento ressaltar que embora o escopo de tais políticas indutoras traga benefícios claros para a formação, nota-se um problema de escala, posto que os grupos formados atingem uma proporção bastante pequena de profissionais da saúde, estudantes e docentes. Outro aspecto é a institucionalização dessas iniciativas, que nem sempre se agregam aos currículos da área de saúde.

Cada um dos cursos tem, a seu modo, buscado aprimorar o ensino baseado na comunidade, seguindo as diretrizes curriculares nacionais(DCN). Simultaneamente são crescentes os esforços para a articulação entre os cursos na atenção primária, mediante trabalho dos grupos PET¹ e ao longo do tempo, crescem as iniciativas pontuais de integração entre alguns cursos ao longo de seus currículos nucleares. Como resultados, vale destacar, mesmo que de forma breve, a aprovação do Mestrado Interprofissional, em implan-

Quadro 1. Resumo do número de vagas, da inserção do ensino na comunidade nas atividades curriculares e participação no PRO-PET, em 10 cursos da saúde oferecidos pela USP-Campus Capital.

Curso oferecido no campus USP capital	Número de vagas por ano	Atividades de ensino na comunidade no currículo formal	Participação no PRO-PET-saúde
Ciências Farmacêuticas	75 - diurno 75 - noturno	Não	Sim
Enfermagem	80	Sim	Sim
Educação Física	100	Não	Sim
Fisioterapia	25	Sim	Sim
Fonoaudiologia	25	Sim	Sim
Medicina	175	Sim	Sim
Nutrição	40 - diurno 40 - noturno	Sim	Sim
Odontologia	83 - integral 50 - noturno	Sim	Sim
Psicologia	70	Não	Sim
Terapia Ocupacional	25	Sim	Sim

tação, cujo foco é preparar docentes para as práticas colaborativas e estimular a qualificação dos profissionais da rede e a instituição das Residências Multiprofissionais em diferentes áreas, a partir de 2013.

Frente a amplitude do tema, o presente capítulo detalha apenas a experiência do curso de medicina no ensino baseado na comunidade, com ênfase nos aspectos facilitadores e nos desafios para a integração ensino-serviço-comunidade. Esta escolha reflete tanto o cenário macropolítico, que resultou nas mudanças a partir das DCNs, quanto o momento institucional, no qual o currículo ainda hospitalocêntrico está sendo reformado.

Fundada em 1913, com apoio da Fundação Rockefeller, a Faculdade de Medicina da USP (FMUSP) atualmente recebe 175 alunos de medicina e oferece 1000 vagas de residência médica, por ano. Tem larga tradição de ensino e pesquisa no cenário hospitalar, sendo responsável pelo maior complexo hospitalar da América Latina, sistema HC-FMUSP, localizado no quadrilátero saúde-direito (Região que congrega: Escola de Enfermagem, Faculdades de Medicina, Saúde Pública e Direito, e o Instituto de Medicina Tropical da USP).

A missão institucional “prende-se ao ensino de graduação e pós-graduação, à pesquisa e à cultura e extensão de serviços à comunidade, dentro dos mais elevados preceitos éticos e morais”. Inicialmente, é oportuno pontuar, a diversidade de olhares sobre o próprio conceito de comunidade, muitas vezes atrelado ao “diferente”, a periferia da cidade.

Frente a pertinência e a relevância do debate atual sobre o conceito de comunidade, optamos por adotar neste trabalho a seguinte definição: *“um grupo de indivíduos ou famílias que residem em determinada área geográfica e que agrega pessoas com interesses em comum”*.²

Outro esclarecimento necessário é a busca da relação do ensino na comunidade, para a comunidade e com a comunidade, sendo o último componente o mais desafiador até o momento (fator reforçado por revisão sistemática realizada entre cursos dos EUA).³

Privilegiando novamente o debate atual, abordaremos aqui o ensino baseado na comunidade no contexto da atenção primária.

O Projeto Região Oeste

Antes de adentrar nas questões do ensino propriamente dito, é necessário tecer considerações que caracterizem o município na perspectiva da oferta (e procura) de estabelecimentos para a formação de profissionais da saúde, bem como se deu a delimitação da área geográfica na qual acontecem as ações de ensino da atenção primária da FMUSP.

Segundo o IBGE, a cidade de São Paulo concentra 2001 serviços de saúde - incluindo equipamentos das 3 esferas de governo e serviços privados. Tendo como foco os serviços de atenção primária, em setembro de 2012, estavam implantadas 1277 equipes da Estratégia Saúde da Família, distribuídas em 270 Unidades Básicas de Saúde (UBS), representando uma cobertura de 45%. Ainda no território do município, estão localizadas 10 instituições de ensino superior que oferecem formação em medicina, totalizando 1176 vagas.

A partir de 2008, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São Paulo começa a realizar a gestão de sua rede de serviços por meio de parcerias público-privadas. Nesta direção, a FMUSP, a SMS e a Fundação Faculdade de Medicina, assinaram, em outubro de 2008, um convênio para a gestão dos serviços de saúde na região do Butantã, denominado Projeto Região Oeste (PRO) (Fig.1). Tal parceria almeja a criação de uma plataforma de ensino e pesquisa, convergente com os princípios da Universidade.

O PRO disponibiliza também recursos comunicacionais e de informação (tais como site institucional, boletins periódicos, georeferenciamento - GeoHealth) além de monitorar indicadores assistenciais.

Equipamentos de Saúde- PRO

Unidades: Contrato de Gestão nº 12/2008 / Contrato de Gestão nº 28/2010

EQUIPAMENTOS	ESTRATÉGIA DA SAÚDE	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE – UBS	ESTRATÉGIA DA SAÚDE
Assistência Médica Ambulatorial - AMA		UBS Real Parque	Mista
AMA Jardim São Jorge		UBS Parque da Lapa	ESF
AMA Vila Nova Jaguaré		UBS Vila Piauí	ESF
AMA Paulo VI		UBS Vila Jaguara	ESF
AMA Vila Sônia		UBS Joaquim Manoel Pera	ESF
Unidade Básica de Saúde – UBS			
UBS Jardim Boa Vista	ESF		
UBS Jardim São Jorge	MISTA		
UBS Vila Dalva	MISTA		
UBS Vila Nova Jaguaré	MISTA		
UBS Paulo VI	ESF		
UBS Jardim D' Abril	ESF		
UBS Vila Sônia	Não Há		
UBS Malta Cardoso	ESF		
Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF		Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF	
NASF Jd. D' Abril		NASF Pq da Lapa	
NASF Paulo IV		NASF Piauí	
Pronto Socorro Municipal - PSM			
PSM Lapa			
PSM Butantã			
CONSOLIDADO			
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE - CONTRATO			8
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE – CONVÊNIO			5
AMAs			4
PRONTO SOCORROS			2
TOTAL DE EQUIPAMENTOS:			19
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - PSF			55
EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA			

Figura 1- Distribuição dos serviços que integram o Projeto Região Oeste, 2014

A mediação entre as pesquisas e disciplinas propostas pela Universidade com a gestão local dos serviços bem como com a SMS é facilitada pela gerência do **Núcleo de Ensino e Pesquisa** (NEP) do PRO. Tal núcleo é constituído por uma Gerência de Ensino e Pesquisa, que engloba entre suas responsabilidades a Educação Permanente dos profissionais e também as atividades referentes às contrapartidas para a SMS.

Nas UBS, o NEP se expressa pela presença de **Médicos de Ensino e Pesquisa** (MEP), cujas atribuições profissionais foram definidas em sucessivos encontros com participação dos gestores das unidades, coordenadores de diversas áreas afins, e finalizada com a Diretoria Executiva do PRO.

O campo de atuação dos MEPs coincide com os valores centrais do PRO, e abrange três eixos: apoio ao ensino da atenção primária (atividade que demanda grande carga horária), facilitação das pesquisas realizadas nas UBS e participação no cuidado da saúde do usuário e de sua família, assim como da promoção à saúde da comunidade e articulação com os equipamentos sociais nos territórios de cada UBS.

A atuação profissional dos MEPs mostra-se essencial para a real integração de estudantes e docentes (ou seja, das atividades pedagógicas em serviço) com o serviço e com a comunidade. Nesta direção, tais profissionais

participam tanto do planejamento quanto da execução de cursos e/ou aulas locais, sempre que solicitados.

Por iniciativa dos serviços de saúde, cada UBS possui, ainda, uma **Comissão de Ensino e Pesquisa** (CEP), com o propósito de preservar a assistência à comunidade diante das demandas de ensino e pesquisa. Tal comissão é composta por representantes de trabalhadores de todas as categorias profissionais da UBS, e mantêm contato direto com o Conselho Gestor local.

O Ensino de Atenção Primária na Comunidade

O currículo vigente em 2014 (e em processo de revisão) é composto por 100 disciplinas obrigatórias, totalizando carga horária de aproximadamente 11.000 horas. Dentre elas, estão incluídas 2 (duas) disciplinas de atenção primária à saúde (225 horas), nas quais há o ensino baseado na comunidade. Vale lembrar que vários estudantes tem contato com a comunidade em atividades de extensão universitária optativas, dentro ou fora do município de São Paulo.

O projeto pedagógico da instituição prevê que o processo de ensino-aprendizagem nas disciplinas de Atenção Primária à Saúde (APS) seja transcurricular, ou seja, a disciplina é apresentada ao longo do 1º ano (APS I- 34 aulas) e 3º ano (APS II - 16 aulas). Apesar de prevista, a inserção da atenção primária no internato ainda não foi concretizada.

Ao longo do 1º ano, o objetivo primordial é apresentar e favorecer a compreensão dos conceitos e estratégias da Atenção Primária no mundo e, sobretudo no Brasil, como parte do Sistema Único de Saúde (SUS). Sob a lógica do aprendizado em espiral, a APSII propõe promover o conhecimento e o desenvolvimento de habilidades para a busca e a execução de ações preventivas e resolutivas dos problemas de saúde de uma população de referência, nos planos individual, familiar e coletivo, através da atuação junto às equipes de saúde da família, no contexto da Unidade Básica de Saúde, considerando o perfil epidemiológico e a história social desta população.

Em ambas disciplinas, os estudantes participam de atividades, com grau crescente de responsabilidade, como: a) reconhecimento do território e das especificidades profissionais da equipe mínima e de saúde bucal (quando presente); b) visitas domiciliárias às famílias como ênfase no desenvolvimento de habilidades relacionais (**Fig.2**); c) planejamento, execução e avaliação de atividades de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos, de vigilância epidemiológica e educação em saúde e d) acompanhamento da assistência ao usuário na Estratégia de Saúde da Família sob a supervisão dos profissionais da rede.



Figura 2: Atividade de ensino com estudantes de medicina e profissionais de saúde, Unidade Básica de Saúde integrante do PRO- FMUSP, 2013

Inicialmente, as atividades das APS envolviam 3 UBS. Atualmente, os 175 estudantes de medicina (/disciplina) são divididos em pequenos grupos e alocados em 5 (cinco) UBSs: UBS Boa Vista (6 equipes de ESF, exclusivamente), UBS São Jorge (6 equipe de ESF/mista), UBS Jd. D’Abril (4 equipe de ESF, exclusivamente), UBS Vila Dalva (5 equipes de ESF/mista) todas localizadas na Supervisão Butantã, e UBS V. Nova Jaguaré (4 equipes de ESF/mista), localizada na Supervisão de Saúde Lapa-Pinheiros, todas pertencentes à Coordenação Centro-Oeste – CRSCO da Secretaria Municipal de Saúde.

A avaliação dos estudantes é feita com diferentes instrumentos (provas baseadas em situações vivenciadas para avaliação de conhecimentos, discussão de caso contemplando aspectos da família, elaboração de narrativas, desenvolvimento de ações coletivas). Também nesta fase, há contribuição dos MEPs e demais profissionais que os recebem nas UBS.

Por outro lado, os estudantes avaliam a disciplina, sua operacionalização, os professores, e também os recursos oferecidos. Já a SMS promove uma avaliação dos estágios no final de cada período pactuado, da qual participam os diferentes atores, com foco na participação dos profissionais dos serviços.

Com base nas avaliações realizadas pelos estudantes, docentes e pelos serviços, as atividades pedagógicas são revistas e reformuladas a cada ano. Gradualmente, observa-se maior pactuação entre a Universidade e a UBS a respeito dos conteúdos, habilidades e atitudes a serem trabalhados, de

forma a tentar assegurar benefícios para os estudantes e para o serviço, sem comprometimento da comunidade.

Facilitadores e Desafios da Integração Ensino - Serviço - Comunidade

Tratar de facilitadores e desafios foi o recurso encontrado pelos autores para apoiar iniciativas futuras. De forma alguma, temos como objetivo elencar fatores isolados e polarizados, uma vez que reconhecemos o funcionamento orgânico, dinâmico e interdependente que permeia as relações entre ensino, serviço e comunidade.

Institucionalmente, um fator fortalecedor foi a contratação de aproximadamente 12 docentes nos diferentes departamentos engajados com o desenvolvimento da APS, ao longo dos últimos 3 anos. Como forma de promover o diálogo entre os departamentos e também com outros cursos da saúde, foi estabelecida uma Subcomissão de Ensino de Atenção Primária à Saúde, subordinada ao Conselho de Graduação da Medicina. A dinâmica de trabalho prevê reuniões mensais envolvendo representantes docentes e discente e tem como uma de suas pautas (e desafios), estender a oportunidade de educação interprofissional na atenção primária, tema já trabalhado pelos grupos PET.

Na perspectiva dos serviços, o aumento do número de UBS, preparadas para receber os estudantes, também teve impacto positivo no ensino e na dinâmica dos serviços. Há o compromisso de inclusão gradual de outras UBS que compõem o PRO. Para tanto, um elemento crucial é a formação dos profissionais da rede, atrelada a qualidade da assistência e do ensino. Nesta direção, a presença de egressos da Residência de Família e Comunidade da FMUSP (10 vagas R1 e 10 R2) assegura a formação consistente do grupo de MEPs e tutores. Entretanto, nota-se alta rotatividade desses médicos nos serviços, apontando a necessidade de uma estratégia de valorização profissional.

Como dito anteriormente, a potência da integração ensino-serviço se materializa na figura dos MEPs, na conseqüente interação com os Gestores, e principalmente na construção junto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Ainda são raras as articulações junto às lideranças locais, que fortaleceriam o “fazer com”.

Como tentativa de vencer este distanciamento, as reuniões da Comissão de Ensino e Pesquisa de cada UBS figuram como espaço privilegiado de discussão sobre o impacto do ensino (e da pesquisa) no serviço e na assistência, uma vez que contam com a participação de profissionais e gestores comprometidos com o Conselho Gestor Local da Unidade.

Ao mesmo tempo que a presença de estudantes no serviço de saúde pode ampliar a quantidade e a qualidade da assistência oferecida à popula-

ção, as potenciais “iatrogenias” vem sendo discutidas por usuários de saúde, profissionais, gestores, docentes e acadêmicos. Acredita-se que este espaço de escuta mútua favoreça o ensino no ambiente aceitável e viável e contribua para formação de futuros profissionais com um olhar mais próximo da realidade e das necessidades (reais) da população.

Nesta direção, defendemos a inserção dos estudantes em atividades do Conselho Gestor de Saúde, da Associação Amigos do Bairro, de ONGs, da Pastoral e de diferentes equipamentos sociais atuantes no território de forma a trabalhar o desenvolvimento da participação social como resposta efetiva às necessidades e demandas da comunidade (Cotta e cols, 2007). Todavia, este movimento ainda é bastante acanhado em função de aspectos como número de estudantes por serviço, momento da formação, falta de flexibilidade para ajustes entre as agendas (muitas vezes, o período da semana de visita do estudante não é compatível com as reuniões acordadas com a comunidade) e sobretudo, da estrutura física de algumas UBS.

A sistematização do contato com experiências intersetoriais é outra lacuna a ser superada. Apesar das práticas fomentadas pela SMS (Cidades Saudáveis, Projeto Zeladores de Praças, Geo Saúde Cidade de São Paulo, Programa Ambientes Verdes e Saudáveis-PAVS, entre outras) e de sua forte interface com a atenção primária, ainda não há uma política intersetorial que assegure as ações de ensino. Isto posto, podemos afirmar que os estudantes por vezes conhecem exemplos de efetivação da intersetorialidade, quando estes são desencadeados pelo serviço de saúde. Em outras palavras, não há garantia de que os estudantes desenvolverão as habilidades voltadas à intersetorialidade, pois estas articulações dependem da iniciativa dos serviços que os recebem.

Por ora, alguns estudantes tem contato com outros setores durante o acompanhamento de casos clínicos (disciplina do terceiro ano) e outros interagem com serviços de Educação, Assistência Social, Esporte, Limpeza Urbana e outros, no planejamento ou execução de ações coletivas de promoção da saúde (desenvolvidas no primeiro ano).

Lições Aprendidas

Reforçamos alguns pontos exitosos que merecem esforços para sua manutenção e ampliação. O primeiro deles é o estabelecimento de um grupo permanente de discussão no serviço (CEP), uma vez que a criação de “espaços dialógicos e de co-gestão em que se privilegie o exercício do poder com-o-outro”, favorece o empoderamento comunitário⁵.

Um segundo aspecto é a presença de um profissional que conheça a realidade local e ao mesmo tempo esteja designado (e apoiado pelos demais

trabalhadores e gestores) para coordenar a inserção das ações de ensino no serviço (por exemplo, um MEP).

A presença de profissionais no serviço com formação específica em atenção primária (por exemplo, residência em Medicina de Família e Comunidade) também é essencial para o sucesso do ensino integrado à comunidade. A qualidade do ensino esta ligada a qualidade da atenção à saúde, realizada no trabalho cotidiano.

O planejamento conjunto e o consenso prévio das atividades de ensino e da bibliografia utilizada entre docentes e profissionais-gestores das UBS (e com a comunidade, a partir dos espaços de Controle Social e de Gestão Participativa) é passo decisivo para a real integração. Cabe frisar, a necessidade de um envolvimento docente com o serviço para além dos momentos compartilhados com os estudantes.

A abordagem específica de conteúdos como controle social potencializa o debate do papel de agente de transformação do médico. Outras atividades práticas efetivas estão relacionadas ao contato com os casos de atenção primária e a construção de projetos voltados ao enfrentamento de problema identificados e apontados pelo próprio serviço

Por fim, conscientes da complexidade implicada na integração ensino-serviço-comunidade, resgatamos o título deste capítulo na forma de um binômio lições/desafios. Lembrando da concepção de Paulo Freire sobre empoderamento, a experiência relatada congrega as lições apreendidas e os desafios reconhecidos por pessoas, grupos e pela própria instituição que busca “realizar as mudanças e ações que a levam a evoluir e fortalecer”⁶. Dito de outra forma, entendemos que a integração proposta ganha força e ao mesmo tempo depende do protagonismo harmônico de docentes, discentes, profissionais e da comunidade.

Referências

- 1 Chiesa AM, Ferraro AA, Oliver FC, Oliveira MAC, Araujo ME, Vieira SE, Junqueira SR, Casarotto RA, Nemes Filho A, Bagueira AER, Oliveira MR. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: A Experiência da Universidade de São Paulo e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Caderno FNEPAS, v 1, 2011.
- 2 Habbick BF, Leeder SR. Orienting medical education to community need: a review. *Med educ.* 1996. 30(3): 136-171.
- 3 Hunt JB, Bonhan C, Jones L. Understanding the Goals of Service Learning and Community-Based Medical Education: A Systematic Review. *Acad Med.* 2011 Feb;86(2):246-51
- 4 Vieira JE; Elias PEM, Bensenor IJM, Grisi SJE. Instalação da disciplina de Atenção Básica em Saúde na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2003-2006). *Rev bras educ med.* 2007, vol.31, n.3, pp. 236-244.
- 5 Carvalho, S.R. Cad. Os múltiplos sentidos da categoria “EMPOWERMENT” no Projeto de Promoção à Saúde. *Cad.Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(4):1088-1095, 2004.

- 6 Castro Valoura, Leila. "Paulo Freire, o educador brasileiro, autor do termo Empoderamento, em seu sentido transformador." (2010).
- 7 Cotta RMM, Gomes AP, Maia TM, Magalhães KA, Marques ES, Siqueira-Batista R. Pobreza, Injustiça, e Desigualdade Social: repensando a formação de Profissionais de Saúde. Rev Bras Ed Méd, 31(3) :278-286, 2007.

CAPÍTULO

20

A Experiência Da EBC Nos
Módulos De Saúde Coletiva Do
Curso De Medicina Da
Universidade De Passo Fundo

Carla Beatrice Crivellaro Gonçalves

Cristiane Barelli

José Ivo Scherer

Júlio Augusto de Souza Mota

Luiz Artur Rosa Filho

Maria Lúcia Dal Magro

Na Universidade de Passo Fundo (UPF), a educação baseada na comunidade, considerando sua definição “modelo pedagógico que conecta sala de aula e trabalho com o envolvimento de trocas significativas com a comunidade”¹, ocorre principalmente em atividades de ensino de graduação e de extensão. Na área da saúde, as atividades de ensino ocorrem em geral nas disciplinas e/ou módulos de saúde coletiva. Neste capítulo relataremos as experiências efetivadas nos módulos de Saúde Coletiva do Curso de Medicina.

No Curso de Medicina da UPF, as atividades de ensino na comunidade foram introduzidas na década de 1970, por meio da disciplina de Medicina Preventiva que era ofertada no terceiro ano do curso, através do atendimento ambulatorial em dois locais da cidade. Na década de 1980, além das atividades assistenciais, passaram a ser desenvolvidas ações de prevenção focadas na saúde da criança e saúde da mulher; as aulas práticas eram ministradas por três docentes, com atuação específica na saúde pública.

A partir de 2004, com o projeto de autotransformação da escola médica, que adequou o Projeto Pedagógico do Curso às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2001², houve mudanças significativas no currículo e os módulos de saúde coletiva passaram a integrar os quatro primeiros anos do curso, com carga horária extensa. Além de atender às DCN, a direção apostava que estes módulos seriam articuladores de interdisciplinaridade com os demais. Com a semestralização do curso, posteriormente implementada, foram estruturados oito módulos semestrais de saúde coletiva, sendo a EBC desenvolvida nas atividades dos mesmos.

Assim, as atividades sobre Educação na Comunidade se desenvolvem do primeiro ao oitavo semestre, nos módulos de Saúde Coletiva e ocorrem duas vezes na semana, perfazendo seis a oito horas semanais, com exceção da Saúde Coletiva I. A EBC também está presente no internato e será descrita posteriormente.

Na graduação em medicina, há várias experiências relatadas de que a integração do curso médico com a atenção básica permite inserir o estudante, de modo mais participativo, em uma realidade que possa formar um profissional mais preparado tecnicamente, mais humanizado, ético e comprometido com a comunidade. Na percepção de Anjos et al³, esta integração permite que a universidade cumpra o seu papel de produtora de

conhecimentos e estratégias de novos modos de operar em saúde, modos estes mais cuidadosos, integralizáveis, com vínculos de responsabilização e resolubilidade que venham a colaborar para a construção de um sistema de saúde mais atuante, justo e ético.

Albuquerque et al.⁴ avaliaram três grupos do Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET-Saúde), onde são desenvolvidas práticas de EBC, e identificaram que, em dois grupos, as experiências vivenciadas contribuíram para a formação de trabalhadores flexíveis, efetivos na aplicação da tecnologia para a solução dos problemas nos limites impostos pela ordem vigente. No terceiro grupo observaram que a experiência contribuiu para a formação de sujeitos críticos, capazes de questionar os limites impostos pelo Estado e pela sociedade à plena realização da vida. Na área de Odontologia, cujo interesse dos estudantes é principalmente pelas disciplinas clínicas e clínicas integradas, a realização de Estágio Supervisionado, foi apontada e compreendida pelos estudantes como instrumento de integração e conhecimento da realidade social e econômica de sua região e do trabalho de sua área.⁵

A área da educação também fornece evidências de que a inserção precoce dos estudantes nos cenários de práticas profissionais é efetiva para o processo de ensino-aprendizagem. Isso está perfeitamente alinhado com a EBC na área da saúde, pois indica que a preparação do futuro profissional deve ser realizada na realidade e complexidade do dia-a-dia. A universidade deve prover o conteúdo e, promover o diálogo com as comunidades onde as escolas estão localizadas e que o ensino no serviço oferece uma oportunidade excepcional para envolver o estudante em diversas comunidades, a fim de contextualizar as suas experiências de sala de aula e refletir sobre os estereótipos e suposições que eles trazem⁷.

As atividades na comunidade, apesar de já existirem no curso de medicina, eram focadas no atendimento ambulatorial. Com a mudança do currículo, atendendo às DCN, estas atividades passaram a apresentar características mais alinhadas ao conceito de EBC. Para o desenvolvimento dos módulos de Saúde Coletiva, na área de abrangência das unidades básicas de saúde (UBS), inicialmente os contatos foram realizados diretamente com o secretário municipal da saúde, a fim de identificar as UBS que poderiam receber os alunos e seus docentes. As UBS em geral apresentavam infraestrutura bastante precária, funcionavam em casas alugadas que muitas vezes eram de madeira e não tinham espaço suficiente para acolher os grupos; muitas vezes as atividades eram realizadas em ginásios, salas de aula das escolas do território ou em salões comunitários. A aproximação da comunidade e de suas lideranças foi proporcionada pelas equipes de saúde da família, principalmente pela atuação dos agentes comunitários de saúde, parceiros essenciais para a realização da EBC.

Dentre as dificuldades vivenciadas no desenvolvimento da EBC e a aproximação com a comunidade, destacamos a sensibilização das lideranças locais e a disponibilidade das mesmas para participarem das atividades propostas, considerando que devem ser realizadas em dias e horários pré-determinados pelo calendário acadêmico. Nesse sentido, identificamos dois desafios principais: 1) As atividades propostas e realizadas de acordo com o conteúdo programático dos módulos devem ter significado tanto para os estudantes quanto para a comunidade e que as mesmas proporcionem produtos que possam ser compartilhados; 2) O outro desafio diz respeito aos docentes, que precisam realizar as atividades em um ambiente e contexto reais, onde por vezes uma atividade planejada não pode ser realizada. Este cenário exige flexibilidade, capacidade de improvisação e a existência de um “plano B” e até o “plano C”, por parte do docente/preceptor.

Costa e colaboradores (2012), na avaliação qualitativa da percepção dos estudantes de Medicina a respeito das práticas realizadas na Unidade de Saúde da Família (USF), demonstrou que os elementos relacionados à falta de organização e planejamento do estágio, comunicação insuficiente entre a coordenação do curso e estágios e a USF foram os temas bastante citados, quando perguntados sobre os desafios de se aprender na comunidade⁸. Portanto, o detalhamento prévio da atividade, a criatividade e a flexibilidade devem estar presentes no planejamento das ações junto à comunidade. Este plano deve ser explicitado para os estudantes, que em geral, entendem os desafios e costumam ser parceiros na implementação e na identificação das soluções, quando estas se fazem necessárias.

É importante ressaltar que todas as atividades desenvolvidas na USF e na comunidade, na nossa realidade, são acompanhadas por docentes, o que possibilita que os objetivos de aprendizagem sejam alcançados. O ausência do preceptor indicado pela instituição de ensino tem sido apontado também como um fator que cria dificuldades para viabilização de um estágio na comunidade, como observado por Costa et al. (2012).⁸

As atividades de ensino desenvolvidas por meio de práticas interprofissionais, em nossa escola, ainda são tímidas. As interações com estudantes ou profissionais dos demais cursos da área da saúde ocorrem pontualmente, por meio de atividades realizadas no PET-Saúde, Ligas Acadêmicas ou outros projetos de extensão. O desenvolvimento da educação interprofissional, quando duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para a efetiva colaboração e melhora dos resultados na saúde⁹, está sendo gradativamente inserido na UPF, inicialmente pelas disciplinas de Sociologia da Saúde e Ética Geral. No momento, está sendo discutida a introdução da saúde coletiva em todos os cursos da área da saúde (doze ao todo), com a programação de atividades na perspectiva da educação inter-

profissional. Esta proposta visa práticas colaborativas, onde profissionais de saúde de diferentes áreas prestam serviços com base na integralidade da saúde, envolvendo os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidades. Uma das metas desta proposta é oferecer atenção à saúde da mais alta qualidade em todos os níveis da rede de serviços, incluindo o trabalho clínico e não clínico relacionado à saúde.⁹

As atividades de EBC inicialmente eram realizadas com a participação do setor saúde gradativamente tem sido firmada parceria com a Secretaria da Educação, principalmente quando são realizadas atividades de promoção à saúde, orientadas pela Política Nacional de Promoção à Saúde, por meio do Programa Saúde na Escola. Estas ações consideram os Projetos Pedagógicos das escolas e sempre são efetuadas após pactuação com as equipes das unidades de saúde, coordenação pedagógica das escolas e comunidade.

A gestão participativa entre universidades, serviços de saúde e comunidade, para formação profissional na Atenção Primária à Saúde, favorece a integração ensino-serviço-comunidade, atendendo a uma perspectiva de gestão participativa e dialógica¹⁰. A pactuação é prática essencial para evitar achados como os descritos por Hunt e colaboradores¹¹. Os autores realizaram uma revisão sistemática sobre relatos de atuação na comunidade de estudantes de escolas médicas americanas e identificaram uma pequena ênfase na natureza de reciprocidade e parceria entre as comunidades e as escolas médicas, elemento essencial para a formação de profissionais que compreendam as práticas de saúde em um cenário que vem apresentando rápidas mudanças, presente na importante agenda da promoção da responsabilidade social.^{12,13}

Devemos considerar também que as pactuações devem se alinhar às políticas públicas prioritárias, tanto relativas à saúde quanto à educação, tendo em vista o melhor aproveitamento das possibilidades de financiamento das ações.

Inicialmente, para diversificar cenários de prática no curso de medicina e implementar um currículo que contemplasse princípios da EBC, uma das principais dificuldade era a criação de disciplinas/estágios na área de abrangência da ESF. Havia muita dificuldade para estabelecer uma parceria sólida com as equipes, o que gerava um sentimento de intromissão (invasão da escola) em um ambiente que acreditava não ter qualquer relação com o espaço de formação dos futuros profissionais da saúde do país. Gradativamente estas barreiras foram sendo quebradas, principalmente pela preocupação dos docentes e a prática de pactuar previamente com as equipes de saúde da família as ações que seriam desenvolvidas, tendo o cuidado de atender tanto as necessidades de ensino quanto as serviço.

Apesar da disposição e disponibilização de um espaço reservado para o diálogo e a pactuação, houve dificuldades de participação efetiva das equi-

pes das unidades de saúde nas ações, seja no momento do planejamento, execução ou até mesmo nos seminários de apresentação dos resultados. Podemos interpretar este comportamento como uma percepção deficiente da potência desta parceria, tanto no que se refere à qualificação dos serviços quanto de educação permanente. Para enfrentar este desafio, a universidade tem proposto e oferecido cursos de formação pedagógica para preceptores, o que se deve configurar em potente catalisador na sensibilização dos profissionais para o desenvolvimento das parcerias e ações integradas.

A partir das primeiras experiências de inserção precoce dos alunos nos cenários de prática na atenção básica, foi sendo construída esta parceria com profissionais das unidades de saúde e com os gestores do município. As relações de parceria possibilitaram que alguns docentes também atuassem no serviço, e resultaram em melhoria da estrutura física das unidades. Gradativamente, foram sendo criadas novas UBS que passaram a ser definidas pelo gestor municipal como unidades de ensino, para as quais estão sendo direcionados recursos e projetos, como os do Pró-Saúde, PET-Saúde, Residência Multiprofissional, Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), Telessaúde e Saúde na Escola; algumas dessas funcionando como piloto, como no caso do PMAQ, Saúde na Escola e Telessaúde.

Julgamos importante compartilhar nossas experiências pois, no momento em que fomos desafiados a implementar os módulos de saúde coletiva no curso de medicina, há 10 anos, tivemos muitas dúvidas e poucas certezas. Uma das certezas que tivemos era de que as ações deveriam obrigatoriamente ser realizadas em parceria com os profissionais dos serviços, nunca descoladas das necessidades locais, que deveriam conduzir a produtos de interesse para a comunidade e que estimulassem e proporcionassem o protagonismo dos estudantes (e futuros profissionais), sempre que possível utilizando metodologias de ensino centradas naqueles que aprendem.

A UPF definiu sua missão a partir de sua percepção do ambiente acadêmico, da qual é protagonista, e do ambiente externo, o qual pretende transformar. Com essa premissa, definiu-se para a UPF a seguinte missão: “Produzir e difundir conhecimentos que promovam a melhoria da qualidade de vida e formar cidadãos competentes, com postura crítica, ética e humanista, preparados para atuarem como agentes de transformação”.¹⁴ Seguindo esta concepção, a faculdade de medicina desenvolve suas ações de ensino, pesquisa e extensão focadas nas necessidades locais. Os profissionais formados pela instituição não somente cumprem suas expectativas individuais no que se refere a trajetória de vida, mas também respondem de diversas formas, às expectativas geradas em torno deles por diversos setores da sociedade, desde o grupo social familiar até as gerações futuras que de seu legado dependem. Isso significa que a formação recebida nos cursos ofe-

recidos, nas práticas proporcionadas e na convivência mantida desdobra-se em direções diversas, que não devem ser desconsideradas no estabelecimento de políticas e ações em seu âmbito interno. É desse modo que aqui se entende o compromisso social.

Há mais de dez anos professores desta unidade representam a instituição no Conselho Municipal de Saúde e na Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES-regional), buscando articular o controle social com o espaço da formação. Integra a Associação Brasileira de Educação Médica para se manter alinhada as diretrizes nacionais da formação médica no Brasil. Também se envolve com outros espaços representativos e de liderança relacionados com a carreira médica, tais como regional do Conselho Regional de Medicina, do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul e da Associação Médica do Rio Grande do Sul.

Quanto à responsabilidade social relacionada aos projetos de reorientação da formação profissional em saúde, executa-se o controle social da aplicação dos recursos por meio da Comissão Gestora Local de acompanhamento dos programas PRO-SAÚDE e PET-SAÚDE e pela prestação de contas no Conselho Municipal de Saúde. Na prática, os preceitos da EBC têm sido considerados e ponderados para o planejamento das atividades didáticas.

Consideramos que o desenvolvimento de parcerias entre a Universidade, serviços de saúde e comunidade podem contribuir para o empoderamento dos diferentes atores, e que as ações de ensino possam proporcionar o desenvolvimento tanto da comunidade quanto da universidade em diferentes temáticas. O compartilhamento de saberes e experiências de todos os atores desse processo é que representam a fortaleza da educação baseada na comunidade.

Referências

- 1 Talaar W, Ladhani Z. Community Based Education in Health Professions: Global Perspectives. The Eastern Mediterranean Regional Office of the World Health Organization. January 2014. [http://mesau.mak.ac.ug/sites/default/files/Community %20Based%20Education%20in%20Health%20Professions%20Global%20Perspectives%20Electronic%20Copy_0.pdf](http://mesau.mak.ac.ug/sites/default/files/Community%20Based%20Education%20in%20Health%20Professions%20Global%20Perspectives%20Electronic%20Copy_0.pdf)
- 2 Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES Nº 4, de 7 de novembro de 2001. http://www.abem-educmed.org.br/pdf/diretrizes_curriculares.pdf
- 3 Anjos RMP, Gianini RJ, Minari FC et al. Vivendo o SU”: Uma experiência prática no cenário da atenção básica. Rev. Bras. Educ. Med., 34 (1), 172-183, 2010.
- 4 Albuquerque GSC, Torres AAR, Nascimento B, Martin BM, Gracia DFK, Orlando JMM et al. Educação pelo Trabalho para a Formação do Médico. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, 11(2), 411-430, 2013

- 5 Fadel CB, Baldani MH. Percepções de formandos do curso de odontologia sobre as diretrizes curriculares nacionais. *Trab. Educ. Saúde* [online] 11(2), 339-354, 2013.
- 6 Fraga AB, Carvalho YM, Gomes IM. Políticas de formação em educação física e saúde coletiva. *Trab. Educ. Saúde*, 10(3); 367-386, 2012.
- 7 Coffey H. 'They taught me': The benefits of early community-based field experiences in teacher education. *Teach Teach Educat*, 26, 335–342, 2010.
- 8 Costa JRB, Romano VF, Costa RR, Vitorino RR, Alves LA, Gomes AP, Siqueira-Batista Ret al. Formação Médica na Estratégia de Saúde da Família: Percepções Discentes. *Rev. Bras. Educ. Med* 36 (3): 387 – 400 ; 2012.
- 9 Organização Mundial da Saúde. Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa (WHO/HRH/HPN/10.3). 2010. http://www.fnepas.org.br/oms_traduzido_2010.pdf
- 10 ICHC, Andrade LOM, Moreira AEMM, Machado MMT, Silva MRF, Oliveira LC et al. Gestão participativa no SUS e a integração ensino, serviço e comunidade: a experiência da Liga de Saúde da Família, Fortaleza, CE. *Saude e Sociedade*, 21 (1), 80-93, 2012.
- 11 Hunt JB, Bonham C, Jones L, MA. Understanding the Goals of Service Learning and Community-Based Medical Education: a Systematic Review. *Acad Med*, 86(2), 2011.
- 12 Brasil. Presidência da República. Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004. Institui o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.72, seção 1, p. 3-4, 2004.*
- 13 Calderón AI, Pedro RF, Vargas M.C. Social Responsibility of Higher Education: the metamorphosis of Unesco discourse in focus. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 15(39), 1185-98, 2011.
- 14 Universidade de Passo Fundo. Plano Quinquenal para o Desenvolvimento Institucional da UPF 2012 - 2016. Editora UPF. Passo Fundo. 2012.

CAPÍTULO

21

Fortalezas E Desafios Do Ensino Na
Comunidade Para Os Cursos Da Saúde:
A Experiência Da Preceptoría
Do Grupo Tutorial

José Diniz Júnior

Ricardo Henrique Vieira de Melo

Márcia Lélis Rocha Corrêa

Hugo Funakoshy Ribeiro de Oliveira

Maria José Pereira Vilar

Ricardo Alexandro de Medeiros Valentim

Rosiane Viana Zuza Diniz

O aumento da demanda de formação baseada nas competências necessárias para os profissionais da saúde vem crescendo, sobretudo nas últimas décadas, visando atender às necessidades da população em termos de atenção e cuidado integral à saúde.^{1,2} Com isso, os gestores do Curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) têm repensado nas estratégias de aprendizagem e nos cenários de prática. Isso resultou em uma revisão que tem movimentado o Curso de Medicina para outros locais de prática, além daqueles oferecidos pelos nossos hospitais universitários, quatro no total. A diversificação dos cenários tem se dado com a inserção de docentes e alunos em Unidades de Saúde da estratégia de Saúde da Família, composta por médicos, dentistas e enfermeiros, egressos da UFRN e que desempenham suas atividades na periferia da capital.

O ensino na comunidade do Curso de Medicina da UFRN iniciou em 1966, com o projeto CRUTAC - (Centro Rural Universitário de Treinamento e Ação Comunitária, com o objetivo de promover a extensão da Universidade às cidades interioranas, sendo instalado inicialmente na região do Trairi, no município de Santa Cruz/RN. Tal iniciativa teve como apoio a instituição da “Associação de Proteção à Maternidade e a Infância de Santa Cruz”, hoje denominada Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB). Embora esta primeira iniciativa tenha mostrado o senso de responsabilidade social da instituição e certa vanguarda no desenvolvimento de atividades de ensino na comunidade, foi somente a partir de 2002, com a conquista do projeto Pró-Saúde pelo Curso de Medicina da UFRN, que as iniciativas de real articulação da Universidade e os serviços de saúde/comunidade foram fortalecidos, visando à melhoria do desempenho do Sistema de Saúde. Dentre outros motivos, esta decisão buscava potencializar os benefícios recíprocos que poderiam advir da integração entre o ensino e os serviços de saúde.

Esse capítulo mostra a experiência da UFRN no sentido da institucionalização da educação baseada na comunidade, como parte da estrutura curricular de seu Curso de Medicina.

Ensino na Comunidade nos Anos Iniciais do Curso de Medicina.

Em 2002 foi implementada uma atividade complementar, a Atividade Integrada de Atenção Saúde e Cidadania (SACI), oferecida aos estudantes dos cursos da saúde, aqui incluindo Medicina, Enfermagem, Nutrição, Farmácia, Psicologia, Odontologia e Fisioterapia, cujas ações são desenvolvidas na comunidade com a presença do docente. Essa atividade hoje figura como disciplina da estrutura curricular no primeiro ano, ofertando 300 vagas por semestre, distribuídas em 15 turmas, que atuam em 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS) distintas. O texto a seguir relata parte da experiência do Grupo Tutorial Cidade Praia (SMS Natal e UFRN) no PET-Saúde e PROPET-3, que representa uma das 15 turmas da disciplina SACI, nos últimos cinco anos.

A Estratégia Saúde da Família, enquanto cenário privilegiado de práticas cotidianas, tem contribuído para a inserção precoce dos graduandos dos cursos da área de saúde, na condição de sujeitos ativos de seu processo de ensino-aprendizagem, pela vivência reflexiva da realidade durante metodologias pedagógicas ativas centradas na problematização.

O diálogo de saberes entre a Academia (tutores), Serviços (preceptores e demais profissionais) e Comunidade (lideranças, coletivos informais e demais usuários) tem por objetivo estimular, além da competência técnica, o compromisso moral e ético do papel de mediação social em busca de uma responsabilidade interessada na coletividade^{1,3,4} embora ainda persista, nos departamentos, uma formação profissional fragmentada, centrada em hospitais e em especialidades médicas.⁵

O trânsito dos participantes por entre as teias do ensino, pesquisa e extensão, tem proporcionado uma rota dupla, na qual a Comunidade (Sociedade) dialoga com a Universidade (Academia), integrando a prática e a teoria de forma não excludente, reelaborando saberes (práxis) através de um processo dialético permanente. O quadro 1 traz um exemplo dessa integração e mostra os objetivos de aprendizagem desenvolvidos na disciplina.

Compreendemos que cada situação comum é vivenciada de forma singular por cada pessoa, de acordo com sua experiência e suas expectativas, nas interações em redes de relacionamento, dinamizada pela reciprocidade de motivações e interesses diversos. Um pensar e agir político, inspirado na valorização do espaço comum para a produção de visibilidades a partir de narrações do vivido, e na responsabilização coletiva, pelo desenvolvimento da capacidade de se deixar afetar pelo que é público, em busca de uma sociedade mais fraterna e solidária. Cidadania ao vivo, buscando vivenciar a saúde, que no nosso país é um direito constitucional.

Quadro 1: Síntese das principais atividades de pesquisa, ensino e extensão desenvolvidas no Grupo Tutorial Cidade Praia, na Estratégia Saúde da Família, no período 2009-2014.

Atividades	Objetivos
Educação em saúde bucal e sexualidade*	Promover a conscientização dos jovens e adolescentes quanto a prática sexual responsável, fornecendo informações a respeito de métodos contraceptivos, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência; realizar ações de promoção de saúde bucal e prevenção de Câncer de Boca.
Vida sem manchas: prevenindo Hanseníase/ Verminose*.	Levar informações sobre prevenção e tratamento de Verminoses e Hanseníase, através de roda de conversa nas próprias salas de aula; aplicação de vermífugo em todos os estudantes; verificar a presença de manchas indicadoras de hanseníase e, dessa forma, realizar seleção de pacientes para encaminhamento à Unidade de Saúde da Família.
A vida em nove luas: Educação em Saúde com Gestantes***	Vivenciar uma prática educativa capaz de cooperar com a tessitura de uma melhor atenção à saúde da mulher no contexto da Estratégia saúde da Família; Articular a formação do grupo de Gestantes na perspectiva de integração entre as usuárias, profissionais de saúde e discentes; Formar multiplicadores de saúde para troca de experiências e apoio em cursos futuros; Contribuir para o fortalecimento dos laços entre a comunidade, os serviços e a academia.
Segunda opinião formativa em Otorrinolaringologia*.	Prestar segunda opinião em otorrinolaringologia para os Universitários e Profissionais da Unidade de Saúde da Família; compartilhar saberes de forma matricial e práticas de saúde no território (entre Tutor, que é também otorrinolaringologista, Preceptores, Universitários, Equipe de Saúde, comunidade); ampliar a resolutividade e a integralidade das ações locais; revisar a prática do encaminhamento burocrático para a referência e contra-referência via telessaúde e presencialmente. Da UBS para o hospital universitário da UFRN (HUOL-EBSERH), integrando o internato de medicina da família com a residência médica.
Oficina para cuidadores de acamados*.	Compartilhar conhecimentos atualizados com os cuidadores de acamados sobre as doenças comuns e os cuidados necessários para a manutenção da autonomia e qualidade de vida das pessoas nesta situação; aproximar as equipes de saúde, cuidadores e familiares para favorecer a continuidade no cuidado, no território.

Continua

Continuação

Análise de risco familiar na ESF*	Aplicar a Escala de Risco Familiar proposta por Coelho e Savassi (2003) para priorização de visitas domiciliares na Estratégia Saúde da Família; conhecer os graus de risco das famílias adscritas; propor o uso deste instrumento como rotina; contribuir com o fortalecimento dos laços entre a academia, os serviços e a comunidade.
Rede de conversa: diálogo que ensina a viver*	Estimular vivências de práticas de promoção da saúde compartilhadas entre Discentes, Profissionais da Estratégia Saúde da Família e Comunidade; conhecer as redes sociais locais do território; transitar por essas redes do cotidiano; desenvolver atividades participativas de promoção da saúde e prevenção de doenças nestes espaços.
Ferramentas de abordagem familiar*	Aprofundar o conhecimento da dinâmica da familiar; Vivenciar a aplicação de ferramentas de abordagem familiar (genograma, ecomapa, practice, firo) nas famílias com maior vulnerabilidade social.
Cabelos de prata: a maturidade em movimento*.	Melhorar a qualidade de vida do participante; Articular a formação do grupo de idosos; facilitar o acesso ao cuidado buscando a integralidade de forma multidisciplinar; promover eventualmente atividades integradas de educação participativa através de rodas de conversa; contribuir para a redução da taxa de incidência de doenças e agravos não transmissíveis; prevenir a ociosidade e o sedentarismo.
O dom do reconhecimento social**.	Introduzir ao cenário local discussões sobre o Paradigma do Dom e Reconhecimento Social através de aportes Sociológicos para a Estratégia Saúde da Família.
Atividade integrada de educação, saúde e cidadania (SACI)**.*.	Mobilizar os estudantes num conjunto de conhecimentos e habilidades no campo das relações interpessoais que possibilitem trabalhar em equipe interdisciplinar e multiprofissional; compreender o conceito ampliado, os determinantes e condicionantes do processo-saúde doença e sua relação com a cidadania; discutir sobre o movimento para construção da Cidadania no Setor Saúde; aprender a identificar, refletir e priorizar problemas de uma comunidade e a agir de forma estratégica sobre suas causas; refletir sobre os princípios e valores que orientam o aprimoramento ético e cidadão.

Continua

Continuação

<p>Programa de orientação tutorial para o trabalho integrado em saúde (POTI)***</p>	<p>Favorecer uma primeira aproximação com os conceitos básicos que organizam o trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família e a reflexão sobre as competências gerais comuns a todos os profissionais de saúde, e específicas de cada profissão; propiciar ao aluno vivenciar a dinâmica da organização da Atenção Básica à Saúde em sua relação com a rede de serviços de saúde; discutir os fundamentos da pesquisa-ação no sentido de mobilizar o pensamento coletivo, crítico e reflexivo, sobre a realidade vivenciada; promover a aproximação dos alunos dos cursos da área da saúde ao modelo assistencial no qual se ancora a Estratégia Saúde da Família; trabalhar em projetos conjuntos com as equipes multiprofissionais, famílias e grupos sociais envolvidos face às necessidades da população e a partir da compreensão multidimensional do processo saúde-doença e de sua responsabilidade social; compreender a importância das informações e indicadores de saúde e dos resultados das ações de atenção primária à saúde.</p>
<p>Análise de Redes Sociais do Cotidiano****.</p>	<p>Analisar as redes sociais locais em saúde a partir da interação de usuários e profissionais da Estratégia Saúde da Família; mapear as redes sociais locais em saúde existentes no território adscrito; identificar os tipos de interações cotidianas entre os sujeitos; compreender a percepção dos sujeitos sobre o processo de formação de redes sociais a partir das interações.</p>
<p>Redes Sociais como novas formas de interação****.</p>	<p>Mapear as redes sociais locais existentes no território adscrito; identificar os tipos de rede e sua relação com a Unidade de Saúde; analisar as potencialidades das referidas redes para a promoção da saúde e para as práticas educativas na formação em saúde.</p>
<p>Estudo qualitativo da satisfação de usuários nas áreas cobertas pela ESF****.</p>	<p>Constatar a satisfação ou não de usuários da ESF nas dimensões relacional, organizacional, profissional e cognitiva, nos distritos sanitários da cidade de Natal; conhecer o ponto de vista de usuários acerca da assistência prestada na Unidade de Saúde da Família; identificar no discurso de usuários de saúde ideias centrais ou expressões chave que indiquem sentimentos de satisfação ou insatisfação sobre a ESF, considerando as dimensões relacional, organizacional, profissional e cognitiva; diferenciar os fatores que contribuem para a satisfação e insatisfação de usuários acerca da ESF.</p>
<p>Observações</p>	<p>*Projeto de Extensão;** Curso de Extensão,*** Ensino;**** Pesquisa.</p>

As principais dificuldades desta empreitada representam algumas bandeiras de luta, sustentadas pela vontade de enfrentar o desafio de promover uma integração mais longitudinal e uniforme (durante a graduação) do aluno aos cenários de prática do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa experiência tem sido consistente e significativa, principalmente durante os primeiros períodos dos cursos, onde existem facilitadores do processo ensino/aprendizagem através do acompanhamento de duas disciplinas institucionalizadas no currículo: “saúde e cidadania” (SACI) com carga horária de 60 horas/semestral cada, com atividades na Unidade de saúde da família e Programa de Orientação Tutorial para o Trabalho Integrado em Saúde (POTI), ambas no primeiro ano do curso.

Experiência do Aluno de Medicina na Comunidade

A inserção da comunidade como cenário de aprendizagem, está contribuindo para a formação profissional de uma maneira não convencional, porque insere o aluno diretamente nas comunidades de periferia. É uma atividade interativa, que acontece junto com os moradores e os profissionais de saúde, por meio da parceria entre a universidade e as unidades de saúde. Além disso, permite o contato direto entre alunos de diferentes cursos da saúde. O trabalho em equipe é estimulado desde o início, aprendendo a compartilhar habilidades comuns e reconhecer habilidades específicas de cada profissão.

No grupo tutorial de Cidade-Praia, atuam nove estudantes, sendo três da Medicina, três da Enfermagem, dois da Odontologia e um da Fisioterapia e Nutrição. Os estudantes discutem princípios do trabalho em equipe que irão nortear o seu comportamento durante as atividades. Os profissionais de saúde locais compartilham conosco suas experiências no trabalho da Equipe de Saúde da Família, quando discutimos toda a dinâmica do Sistema Único de Saúde.

A visita domiciliar é um momento em que o aluno sai da unidade básica, acompanhado por um profissional, para visitar as casas das famílias do bairro, especialmente aquelas mais vulneráveis. Espera-se que o estudante aprenda a direcionar o olhar para o território e aplicar conceitos epidemiológicos. Assim, é possível ver de perto as condições que vivem as pessoas da comunidade e estreitar os laços com elas. Observando as condições locais da comunidade, é possível adequar as ações de saúde para que sejam mais eficazes.

O contato com a comunidade viabiliza a compreensão da importância da equidade para os sistemas de saúde. Percebe-se a relevância dos

programas de Atenção Básica em facilitar o acesso a serviços de saúde e diminuir as complicações por morbididades comuns, melhorando o bem-estar da comunidade (Fig. 1).



Figura 1. Intervenção junto ao grupo de idosos da comunidade.

Ensino na Comunidade, no Internato, do Curso de Medicina.

Atualmente o curso de Medicina da UFRN tem dois momentos curriculares de educação na comunidade durante o internato. O primeiro é o Internato em Saúde coletiva, que desenvolve atividades tutoriais envolvendo dois municípios do Estado, e o Internato de Medicina de Família e Comunidade, ambos no quinto ano do curso. As atividades do Internato em Medicina de Família e Comunidade acontecem prioritariamente nas Unidades de Saúde da Família (USF) onde já acontecem as disciplinas SACI e POTI.

Desafios da Inserção Curricular do Ensino na Comunidade

A inserção do eixo de ensino na comunidade na estrutura curricular do curso de Medicina da UFRN vem acontecendo progressivamente, sobretudo nos últimos cinco anos, entretanto é notória a dificuldade desta inserção no período intermediário do curso, onde estão, predominantemente, as clínicas especializadas. Este fato representa a dificuldade em revisar e repensar a carga horária e os conteúdos mínimos relevantes, adequando as necessidades da formação médica, no contexto de uma universidade tradicional. Em relação

aos componentes curriculares iniciais do curso é importante destacar como desafios perenes que têm provocado descontinuações em algumas ações: a falta de sincronia entre os horários dos alunos bolsistas (monitores) e as atividades rotineiras do serviço de saúde; a ocorrência frequente de greves nos setores da saúde (serviços) e educação (equipamentos sociais); a dificuldade de inclusão da comunidade com o protagonista da ação; os problemas infra estruturais da unidade de saúde; a baixa ênfase no controle social; o perfil dos preceptores; a frágil adesão dos demais profissionais de saúde, pela não recepção da bolsa, reconhecimento da universidade, e do gestor, entre outros.

Apesar das limitações, esta iniciativa tem gerado ricas experiências, muitas já consolidadas no cotidiano dos usuários, entretanto, a mais difícil delas, aconteceu em decorrência de um problema de acessibilidade cultural, em relação a um grupo de ciganos, moradores da área de abrangência da unidade de saúde durante oito anos, uma verdadeira comunidade, pelo conceito americano, e que merece ser detalhada nos parágrafos seguintes.

Eram cerca de 60 pessoas de todas as faixas etárias, do bebê ao idoso, com hábitos de vida bastante diversos dos demais moradores e dos profissionais de saúde, que moravam em três domicílios, que para eles era um só, e que chamavam de *Rancho*. Existia um líder dos ciganos que, inicialmente, discutia as demandas da comunidade cigana com um “líder” da unidade de saúde, que para eles era o profissional médico (gênero masculino), pois não confiavam em mulheres médicas.

É possível, então, imaginar que vários conflitos culturais aconteceram durante este período, motivados pela falta de interesse pelo outro, preconceito e radicalismo das partes envolvidas, em relação à possibilidade de um reconhecimento mútuo quanto ao respeito aos valores culturais.

Os ciganos não aceitavam o agendamento prévio para as consultas e procedimentos; não esperavam a ordem de chamada para o preparo, não esperavam a vez de entrada; levavam pessoas que não eram cadastradas na Unidade de Saúde da Família para atendimento; e sempre queriam levar medicamentos para toda a família, etc.

A população não cigana reclamava que não queria se misturar com eles (ciganos), diziam que eles vendiam os medicamentos, que realizavam pequenos furtos, que tinham a higiene precária e juntavam muito lixo na vizinhança. De fato muitas vezes foi observado que em dia de atendimento aos ciganos, as pessoas se afastavam deles até na sala de espera.

Por sua vez, os profissionais de saúde não tinham paciência no trato com eles, explicavam mal as informações, por vezes eram autoritários quanto às normas e protocolos de atendimento da Unidade e não demonstravam o devido respeito a esta racionalidade cultural. Os maiores conflitos aconteciam quanto ao seguimento de condutas terapêuticas.

O grupo mais radical dos ciganos não aceitava que suas mulheres fossem examinadas e não concordavam com procedimentos invasivos (punção, corte, coleta para prevenção de câncer de colo de útero, etc). Aceitavam a realização de vacinas apenas devido à obrigação do cumprimento das condicionalidades da saúde para o recebimento do benefício do Programa Bolsa Família.

As condições de moradia e de higiene eram realmente impactantes, e frequentemente as crianças e os idosos dormiam no chão. Algumas tentativas de aproximação ocorreram, porém com poucos resultados práticos. Foram feitas rodas de conversa no próprio rancho, entre os ciganos, os profissionais da equipe local de saúde, do Distrito Sanitário, da Secretaria Municipal de Trabalho e Assistência Social (SEMTAS), que resultaram em certa melhoria no fluxo do atendimento a eles e certa compreensão e empatia por parte de alguns profissionais de saúde.

No ano de 2011, um dos ciganos se envolveu em confusão numa comunidade vizinha e, pouco tempo depois, foram embora para outro município, todos de uma vez. Assim, conhecemos na prática cotidiana, a problemática da interferência da acessibilidade cultural no desenvolvimento do cuidado humanizado e integral.

O que aprendemos e que deve ficar com mensagem principal diz respeito a relevância do ensino na comunidade, respeitando os diversos níveis de atenção, integração USF, UPA, SAMU e rede hospitalar como cenários de prática, atendendo as necessidades do Sistema de Saúde vigente no país e a formação do aluno nas competências propostas pelas Diretrizes Nacionais Curriculares do Curso de Medicina^{6,7,8} (DCN), como exemplificado na citação de Menin⁹.

“Educação na comunidade, combinado com a educação de base hospitalar é um estratégia de sucesso para ajudar a reorientar e integrar a formação médica mais completamente, bem como promover um melhor relacionamento entre as escolas médicas, população e profissionais.”

Agradecimentos

Aos Profs. George Dantas de Azevedo e Elaine Medeiros, Coordenadores do Curso de Medicina; Ao Prof. Thiago Trindade, Coordenador do Internato e da Residência de Medicina de Família e Comunidade pelo esforço e dedicação para o fortalecimento do eixo de Ensino na Comunidade no curso de Medicina da UFRN; Às Profas. Francis Tourinho e Hilarina Diniz, pela coordenação do Pet saúde integrando os cursos de enfermagem e medicina; Ao FAIMER, que capacitou, apoiou e iluminou a todos nós no desenvolvimento

do eixo de ensino na comunidade na UFRN; À Secretaria Municipal de Saúde de Natal; À comunidade da ESF de Cidade Praia, que até hoje acolhe os docentes e estudantes da UFRN.

Referências:

01. Valsangkar B, Chen C, Wohltjen H. et al. Medical School Mission Statements Align With the Nation's Health Care Needs? *Acad Med*, 89(6):892-5, 2014.
02. Bollela VR, Machado JLM. Internato Baseado em Competências. *MEDVANCE*. Belo Horizonte, 1-99, 2010.
03. Poncelet AN, Mazotti LA, Blumberg B et al. Creating a Longitudinal Integrated Clerkship with Mutual Benefits for an Academic Medical Center and a Community Health System. *Perm J*, 18(2):50-56, 2014.
04. Mann, KV. Theoretical perspectives in medical education: past experience and future possibilities. *Med Ed*, 45: 60–68, 2011.
05. Flexner, A. *Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie foundation for advancement of teacher*. Nova York. Carnegie foundation for advancement of teaching, 1910.
06. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n 04 , de 7 de novembro de 2001. Institui as diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em medicina. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivo/pdf/CES04.pdf>. Acessado em 06-05-2014.
07. Steiner BD, Pathman DE, Jones B et al. Care Physicians' Training and Their Community Involvement. *Fam Med*, 31(4):257-62, 1999.
08. Anastasiou. L.G.C. *Metodologia do ensino superior: da prática docente a uma possível teoria pedagógica*. Curitiba: IBPEX, 1998
09. Stewart. M. Complexity and health professions education: a basic glossary. *Journal of evaluation in clinical practice*, 16: 838-40, 2010.

CAPÍTULO

22

Aprendendo E Ensinando Suporte
Básico De Vida Para A Criança,
Adolescente E Família Na Comunidade

Francis Solange Vieira Tourinho

Adson Vale

Rosiane Viana Zuza Diniz

José Diniz Junior

Viviane Euzébia Pereira Santos

Por que Ensinar e Aprender sobre Reanimação Cardiopulmonar (RCP) na Escola?

Uma das principais causas de mortes, por ano, no Brasil e no mundo são as doenças cardiovasculares, predominantemente as cardiopatias isquêmicas. O não reconhecimento dos sintomas e a desvalorização da situação evidenciada levam a 80% dos óbitos no ambiente extra-hospitalar, como também acarretam atraso no acionamento de atendimento especializado.^{1,2}

Sobreviver a uma Parada Cardíaca (PC) depende de diversos fatores diferentes. A ação imediata e a reanimação cardiopulmonar (RCP) desempenhada por leigos são fundamentais para o sucesso. Embora uma grande quantidade de PC ocorra em ambiente extra hospitalar, em apenas um terço destes casos os espectadores fazem uso da RCP, evidenciando a necessidade da formação da comunidade.³

A RCP é uma terapia cuja finalidade principal é manter o fluxo de sangue oxigenado para o cérebro e outros órgãos essenciais para a homeostase, até as funções vitais retornarem espontaneamente. O fluxo sanguíneo e a oxigenação sustentada devem manter um estado estável até o cuidado definitivo. Na grande maioria das causas de morte súbita, a capacidade e a vontade de um espectador realizar a RCP irão aumentar a chance de sobrevivência da vítima de duas a três vezes e, no caso de afogamento, a RCP é fundamental para reanimar a vítima.⁴

Objetivando uma maior sobrevivência e a diminuição de sequelas em situações de emergência, tanto a avaliação da vítima quanto o seu atendimento devem ser eficazes. Nessas circunstâncias, o envolvimento do cidadão comum é a única forma de se reverter a atual realidade, especialmente em países de notadas carências no atendimento à saúde, como o Brasil. Para tal, é desejável que o maior número de pessoas da comunidade detenham conhecimentos e habilidades para executar a RCP.^{5,6}

Destarte a este contexto o perfil do profissional da saúde, historicamente ocupado com a doença, tem se mostrado ineficiente frente às demandas da sociedade. As novas estratégias de atenção à saúde levam-nos a ultrapassar os muros institucionais para chegarmos até as pessoas onde elas estão antes de se considerarem doentes, ou seja, nas famílias, escolas e outros.

Assim acredita-se que para o avanço de um programa de ensino em Ressuscitação Cardiopulmonar, parece ser necessária a formação do máximo de pessoas possíveis, expondo as manobras aos leigos em uma idade jovem sensibilizando e estimulando o seu interesse, explicando, assim, a importância da RCP. Desta forma, diversas organizações e sociedades têm recomendado que as habilidades de suporte básico de vida deveriam ser ensinadas nas escolas⁷⁻⁹.

Diante deste contexto, a escolha de trabalhar com o escolar e com o adolescente se deu por considerar importante a promoção da saúde e a prevenção de danos, por sua necessidade imediata e pelas repercussões que podem ter ações de risco para a saúde na fase adulta e produtiva do indivíduo.

Além disto, estes estão em fase apropriada para aprendizagem, discussão e reflexão de valores e práticas de saúde, podendo formar ou reformular valores como, respeito, cidadania, solidariedade, responsabilidade; assumirem o autocuidado e atuarem como multiplicadores dos cuidados de saúde.

Assim, o treinamento em RCP vem se tornando obrigatório em alguns países, afim de orientar uma grande quantidade de jovens às habilidades de ressuscitação.⁽³⁾ Experiências internacionais têm evidenciado que crianças em idade escolar são mais tendenciosas a aceitar a formação em RCP do que pessoas mais velhas, uma vez que são motivados a aprender, e pôr em prática mais rapidamente e facilmente⁽⁵⁾.

O ensino deve ser projetado para ensinar habilidades adequadas ao nível de desenvolvimento da criança e sua faixa etária. Além disso, as estratégias de ensino devem levar em consideração o gênero, cultura e diversidade étnica da população estudantil.⁽⁶⁾ Diante deste contexto, o Conselho Europeu de Ressuscitação, a Academia Americana de Pediatria e a Associação Cardíaca Americana indicam que a Reanimação Cardiopulmonar deva ser ensinada a todas as crianças das escolas.⁽⁵⁾

Comprometido com a melhoria da qualidade de vida da população em geral e, em especial, da criança, dos adolescentes e suas famílias, o curso de graduação em enfermagem da UFRN, junto com os demais cursos de saúde procuram atuar no sentido de promover a saúde, prevenir riscos de doenças prevalentes e atender às necessidades de saúde da população, somando esforços com instituições de educação e de saúde do município de Natal.

Este relato de experiência surge, pois entendemos que um escolar treinado pode atuar nos primeiros minutos, reconhecendo os primeiros sinais e sintomas de emergências, pedir ajuda e atuar como prestador de primeiros socorros em qualquer local. A criança que aprende o “abc” da ressuscitação no suporte básico de vida pode e deve fazer parte do primeiro elo da corrente da sobrevivência.

Como Acontece o Ensino Baseado na Comunidade (EBC) na UFRN?

Em conformidade com os pressupostos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Ministério da Saúde, os profissionais das Unidades Básicas de Saúde têm como desafio imediato (além da reorganização, ampliação e efetivação das ações básicas de saúde) a apropriação do território pelos atores sociais envolvidos. Ou seja, os profissionais de saúde devem estabelecer com os equipamentos sociais locais (escolas, associações de moradores) e com a população (famílias) relações profissionais de confiança, que os co-responsabilizem pela melhoria da qualidade de vida.

A parceria entre a UFRN e as Secretarias de Saúde do Município de Natal e do Estado do Rio Grande do Norte tem histórico de muitos anos, mas, como um acordo de alguns cursos e projetos isolados. Nos últimos cinco anos o PET-Saúde da Família veio gradativamente integrando-se aos programas fomentados pelos Ministérios da Educação e Saúde do Brasil. Tal parceria vem constituindo-se como um instrumento importante para a qualificação do ensino baseado na comunidade, através de investimento na infraestrutura para a recepção dos grupos tutoriais constituídos, envolvendo profissionais da Estratégia de Saúde da Família, escolas, centros comunitários, professores, monitores e alunos para o redirecionamento da formação de estudantes dos cursos de graduação da área da saúde, sintonizada com as necessidades da população e a responsabilidade social dos cursos de graduação, levando em conta as dimensões históricas, econômicas e culturais da população, em consonância com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação e as Diretrizes Curriculares Nacionais.

Destacamos que os programas Pró-Saúde e PET-Saúde trouxeram um incremento no potencial dessas relações, principalmente por terem fomentado a recepção de alunos nas UBSs e ESFs, escolas e demais equipamentos sociais adscritos garantindo uma inserção mais ordenada dos alunos em formação em saúde na rede SUS.

Assim, a UFRN entende que uma formação interdisciplinar e mais além a transdisciplinar, requer, além de um redimensionamento das relações entre diferentes conteúdos, um redimensionamento das relações práticas, com ênfase na integração. Integrar também implica pensar em novas interações no trabalho em equipe multiprofissional, configurando um lócus de convivência comum.

Quais os Pressupostos Básicos para Ensinar e Aprender Suporte Básico de Vida na Escola?

1. O projeto de saúde que norteia os Cursos de Saúde da UFRN pressupõe construção e fortalecimento de **vínculo de confiança e res-**

- ponsabilização** entre professores e alunos, que deve servir de referência para as relações que se estabelecem entre profissionais e usuários dos serviços de saúde.
2. Tanto as ações acadêmicas como as dos serviços de saúde a elas vinculados devem ser promotoras de **autonomia**, seja de profissionais comprometidos com sua práxis cotidiana, seja de usuários no cuidado de sua saúde, seja de alunos críticos, reflexivos, sujeitos da construção do seu conhecimento.
 3. As **ações educativas** em questão pressupõem dois sujeitos que, simultaneamente, ensinam e aprendem. **Educar em saúde** pressupõe, portanto, ocupar-se do que o “outro” pensa e sente sobre o tema, ou de como experiência o fenômeno ou o problema em pauta.

Quais os Objetivos de Ensinar e Aprender?

1. Qualificar os estudantes dos cursos da área da saúde da UFRN para atuarem no ensino do SBV, estando esses preparados para realizar avaliação prévia;
2. Utilizar dados de morbimortalidade disponíveis e as doenças emergentes, como favorecedor do processo de aprendizagem do atendimento às urgências e emergências e continuidade do atendimento de acordo com o grau de complexidade e fortalecendo o trabalho nas Redes de Assistência à saúde;
3. Implementar a atuação dos estudantes da área da saúde integrados para discutir, planejar e organizar ações que favoreçam esse primeiro atendimento.
4. Promoção da saúde global e prevenção de situações de risco na comunidade através de oficinas educativas sobre suporte básico de vida.
5. Favorecer que os graduandos em saúde possam vivenciar a construção, fortalecimento e qualificação de vínculos de confiança e responsabilidade entre os profissionais da saúde e o corpo discente e docente da escola de referência, enquanto apropriação territorial da equipe de saúde.

Como se dá o Ensinar e Aprender?

Através da Disciplina “Saúde da Criança e do Adolescente” do Curso de Enfermagem da UFRN unido ao projeto de extensão “Aprendendo e Ensinando RCP na Escola foi proposto realizar Oficinas Educativas por graduan-

dos com escolares de 5ª a 9ª séries e ainda realizar a avaliação de saúde de cada escolar individualmente.

A prática é realizada em escolas com proximidade do Campus da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e da Unidade Básica de Saúde.

A operacionalização do projeto se deu com a realização de oficinas educativas com escolares e com a comunidade. A cada dia das oficinas os participantes participaram de oficinas educativas com o tema Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP), pressupostos, conteúdos e estratégias definidos de acordo com sua faixa etária (duração de aproximadamente 2 horas), atuando no sentido de ensinar medidas preventivas aos alunos para evitar acidentes e reconhecer emergências potencialmente fatais em adultos: ataque cardíaco, parada cardíaca, asfixia e acidente cerebral, realizar a RCP e conhecer o DEA (desfibrilador automático portátil).

Além disso, durante todo o andamento das atividades do projeto foram realizadas reuniões científicas e encontros semanais dos integrantes do projeto, visando a discussão dos dados levantados, das atividades executadas, trocas de informações e experiências com o objetivo de facilitar o desenvolvimento e seguimento do trabalho.

O projeto também desenvolveu atividade durante a Feira Cultural de Extensão da UFRN- CIENTEC, com a atividade em conjunto com o PET-Saúde, oferecendo aos visitantes oficinas de RCP que contaram com a participação de mais de 100 pessoas durante os dias do evento.

Quais as estratégias de integração utilizadas no ensino baseado na comunidade?

Os Professores, Diretores, Coordenadores, Secretários, Bibliotecários, Copeiras, Cozinheiras e Seguranças/Porteiros: Todos eram convidados a participar das oficinas com os alunos para apropriar-se dos conteúdos trabalhados e integrá-los à sua disciplina, atividades, conversas do dia a dia da escola;

Os profissionais das Unidades de saúde próximas à escola (enfermeiros, médicos, dentistas, nutricionistas, farmacêuticos, agentes comunitários de saúde, psicóloga, entre outros) eram convidados a participar das oficinas de saúde, bem como da avaliação da saúde dos escolares. Desta forma, a interação se dava com a participação nas oficinas, elaboração de avaliação de saúde dos escolares, encaminhamentos com referência e contra-referência de casos necessários de atendimento pelo serviço de saúde e apropriação dos conteúdos teóricos e dos recursos metodológicos utilizados.

Com as famílias através de reuniões onde eram discutidos temas como adolecer, doenças, primeiros socorros e oficinas de RCP.

Com os escolares os graduandos interagem nas salas de aula, no recreio e durante as oficinas e avaliações de saúde, o que permitiu a construção de vínculo. Os escolares podem sugerir através de bilhetes as situações e temas que gostariam de discutir além do Suporte Básico de vida, ou terem respostas e esclarecimentos pelos profissionais da escola, das Unidades de saúde ou da UFRN, constituindo assim um canal de comunicação entre alunos, professores e profissionais das 3 instituições parceiras.

Ao final de cada período os graduandos se reúnem para avaliar o processo, assim a formação profissional dos graduandos acontece na relação direta com a realidade de saúde da população, no sentido de favorecer a reflexão crítica sobre seus condicionantes e desdobramentos.

E os resultados qualitativos e quantitativos obtidos com esta estratégia de EBC?

O estágio na escola, distintamente dos demais estágios em serviços de saúde, não é familiar aos graduandos. No entanto, ao abrirem-se para o desafio metodológico de buscar saber o que o adolescente sente e pensa sobre o tema, entraram em contato com a realidade dos adolescentes e conquistando a confiança dos adolescentes.

Como resultados qualitativos destacamos que as atividades desenvolvidas possibilitaram identificar as necessidades e o nível de conhecimento da comunidade de Natal, a respeito do Suporte Básico de vida. Isso permitiu conhecer as principais urgências nas quais se requer a realização do SBV e divulgar em toda a comunidade como ele pode e deve ser feito no cotidiano, seja em casa ou na rua, para que muitas vidas possam ser salvas na comunidade.

Como resultados quantitativos destacamos que as atividades deste relato possibilitaram a aplicação do suporte básico de vida pelas crianças familiares e comunidade que participou das oficinas, o que possibilitou informar cerca de 800 pessoas sobre esta temática. Assim, contribui para a diminuição da quebra da corrente da sobrevivência em situações de parada cardiopulmonar e outros agravos.

Aconteceram desdobramentos desta atividade de ensino na Comunidade?

Destacamos como desdobramentos positivos desta iniciativa:

1. A aprovação do projeto da UFRN Pet-Redes de Assistência à Saúde – Urgência e Emergência onde o trabalho foi ampliado para o en-

sino na rede de assistência com os cursos de graduação, residências, pós-graduação *Strictu Sensu* e os atores das práticas clínicas e da comunidade.

2. Ampliação das oficinas educativas sobre suporte básico de vida (Resuscitação Cardiopulmonar - RCP) com a participação da comunidade
3. Oferta do componente curricular: Atividade de Formação Integral e Multiprofissional em Urgência e Emergência (60 horas), aos alunos dos cursos da saúde, junto com o SAMU- NATAL.
5. Reuniões científicas e encontros semanais com o objetivo de discutir os dados levantados, as atividades executadas, trocas de informações e experiências que possam facilitar o desenvolvimento e seguimento do trabalho.

Quais as dificuldades encontradas?

Vale salientar que no decorrer da realização das oficinas educativas com os escolares e adolescentes perceberam-se alguns obstáculos: o desinteresse de alguns escolares e o índice de faltosos acentuado, o que comprometia o andamento das oficinas. Outra dificuldade foi a compra do material permanente aprovado no orçamento do projeto.

Foram realizados ajustes durante a execução devido às dificuldades enfrentadas?

Quanto à evasão dos estudantes foi necessário um tempo superior com as classes para aprofundamento e entendimento do tema. Para suprir a falta do material, contamos com o apoio da Secretaria de Saúde de Natal, utilizando os equipamentos do Núcleo de Educação Permanente do Samu de Natal.

O que concluímos com esta prática de ensino baseado na Comunidade?

As exigências dos paradigmas atuais de saúde fazem com que o profissional de saúde se ocupe da promoção da saúde, sobretudo, com aquele que se considera saudável e não procura o serviço de saúde.

A atividade mostrou-se um campo de aprendizado e ensino permanentemente construído e reconstruído, contando sobretudo com a experiên-

cia comprometida e criativa de cada participante envolvido, fortalecendo o crescimento e apropriações de saberes, responsabilidade social dos cursos de graduação em saúde, que participaram desta construção coletiva de educação, saúde, qualidade de vida e cidadania.

Para que qualquer atividade de ensino centrada na comunidade seja satisfatória é indispensável que os graduandos e docentes cuidem de qualificar as relações de confiança e responsabilização que estabelecem entre si como o companheirismo e a sintonia de pensamentos e práticas, com os conteúdos, escolares, professores da escola, agentes de saúde e demais coparticipantes, estabelecendo vínculo com estes e mais ainda favorecendo o empoderamento para a continuidade das ações de cuidado.

Pretende-se, com isso, que a formação profissional dos graduandos ocorra pautada na realidade de saúde da população, favorecendo a reflexão crítica sobre seus condicionantes, desdobramentos e o estabelecimento do vínculo de compromisso e co-responsabilização no desafio de construir soluções competentes e criativas para os problemas identificados.

Referências

- 1 Miyadahira AMK, Quilici AP, Martins CC et al. Ressuscitação cardiopulmonar com a utilização do desfibrilador externo semi-automático: avaliação do processo ensino-aprendizagem. *Rev Esc Enferm USP*, 42(3), 2008.
- 2 López-Messa, JB ; Martín-Hernández, H. ; Pérez-Vela et al. Novelities em métodos de treinamento de ressuscitação. *Med Intens*, 35 : 433-41, 2011.
- 3 M M Parnell, J Pearson, D C Galletly, and P D Larsen. Knowledge of and attitudes towards resuscitation in New Zealand high-school students. *Emerg Med J*. 23(12): 899–902, 2006.
- 4 Connolly M, Toner P, Connolly D, et al. The ‘ABC for life’ programme – Teaching basic life support in schools. *Resuscitation*, 72 (2) 2007.
- 5 Toner P, Connolly M, Laverty L et al. Teaching basic life support to school children using medical students and teachers in a ‘peer-training’ model-Results of the ‘ABC for life’ programme. *Resuscitation*, 75(1), 2007.
- 6 Maino PA, Muglia AIE. O leigo e o suporte básico de vida. *Rev Esc Enferm*, 21 (43: 2, 2010.
- 7 Miró O, Jiménez-Fábrega X, Espigol G, Culla A, Escalada-Roig X, Díaz N, et al. Teaching basic life support to 12–16 year olds in Barcelona schools: Views of head teachers. *Resuscitation*, 70 (1), 2006.
- 8 Bollig G, Wahlc H A, Svendsend MV. Primary school children are able to perform basic life-saving first aid measures. *Resuscitation*, 80(6): 689-92, 2009.
- 9 K. Hilla C, Mohana M, Stevensonb D. et al. Objective assessment of cardiopulmonary resuscitation skills of 10–11-year-old schoolchildren using two different external chest compression to ventilation ratios. *Resuscitation*, 80(1): 96-99, 2009.
- 10 Meissner TM, Cordula K, Christoph H. Basic life support skills of high school students before and after cardiopulmonary resuscitation training: a longitudinal investigation. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, 20:31, 2012.

- 11 Mori S, Whitaker IY, Marin HF. Estratégias tecnológicas de ensino associadas ao treinamento em Suporte Básico de Vida. *Acta Paul Enferm*, 24(5): 721-725, 2011.
- 12 Bentley J, Bobrow, MD, Tyler F et al. The Effectiveness of Ultrabrief and Brief Educational Videos for Training Lay Responders in Hands-Only Cardiopulmonary Resuscitation, Implications for the Future of Citizen Cardiopulmonary Resuscitation Training. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* published online March 8, 2011.
- 13 Ministério da Educação (BR), Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Enfermagem. Brasília: Diário Oficial da União, 2001.

CAPÍTULO

23

Síntese Final E As Perspectivas Para
O Futuro Da Educação Baseada Na
Comunidade No Contexto Brasileiro

Valdes R. Bollela

Ana Claudia Camargo G Germani

Eliana Amaral

Encerramos o livro com uma síntese das experiências brasileiras em Educação Baseada na Comunidade (EBC), e a partir desta síntese lançamos um olhar para o futuro da formação profissional em saúde no Brasil.

Os relatos aqui reunidos mostram a criação e viabilização de inúmeras oportunidades para a educação/formação em parceria com os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). O contato íntimo, continuado e significativo com os diversos cenários de prática de sua futura profissão, oferece oportunidades concretas ao estudante, para dar sentido ao conhecimento, habilidades e atitudes trabalhadas durante a graduação. Muitas dessas experiências de EBC foram possíveis a partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde, em 2003 e, obviamente, a partir da publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), de 2001. A SGTES tem sido uma instância de fomento à formação socialmente responsável, de qualidade, e que prepara os futuros profissionais para o desafio da educação permanente e da gestão do trabalho na saúde. Uma boa amostra desta ação indutora pôde ser conferida nos capítulos 2 e 3 deste livro, que descrevem as principais políticas públicas que têm representado um potente facilitador para a revisão do currículo dos cursos de graduação da área da saúde, na direção da EBC.

Os relatos de experiência retratam as lições aprendidas e os desafios da implementação de currículos que valorizem a EBC. Utilizando a analogia usada por alguns autores, acreditamos que, ao olhar para os “caminhos já trilhados” na reorientação da formação dos profissionais da saúde, seja possível ampliar a discussão sobre o tema no presente, e iluminar os nossos passos no futuro.

A maioria das experiências abordam a inserção dos estudantes na atenção primária à saúde e nos serviços de urgências/emergências, temas destacados no texto das novas DCN para a medicina, recém publicadas em 2014. Ao final, reunimos 17 instituições de ensino, de dez estados e de quatro regiões brasileiras, o que destaca e valoriza as peculiaridades da educação para as profissões da saúde no país.

As experiências elencadas envolvem cursos de medicina, enfermagem, farmácia e odontologia, bem como iniciativas interprofissionais, que gradativamente ganham força na organização curricular e na assistência à saúde

no SUS. Além da EBC, voltada para a graduação, alguns autores antecipam um debate necessário, que é a discussão e incorporação de conceitos e práticas da EBC também na residência médica e multiprofissional. Quem sabe, assunto para um outro livro?

Aprendemos que um ingrediente essencial para o sucesso do processo de mudança é a institucionalização da proposta, mesclando participantes vindos da escola (gestão acadêmica e áreas envolvidas), da gestão do serviço de saúde, profissionais da rede e da comunidade.

O desenho e a implementação do currículo devem articular objetivos de aprendizagem com cenários de prática capazes de oferecer as oportunidades necessárias para o efetivo aprendizado ao longo dos anos, em especial, durante o internato.

Várias experiências destacam a importância de uma avaliação diagnóstica, com professores e estudantes, antes e na fase inicial da implementação de um novo componente curricular que valoriza a EBC. Neste sentido, sempre que possível, recomenda-se iniciar com um projeto “piloto”, em menor escala, que auxilie na sensibilização dos interessados. Além disso, o “projeto piloto” é uma oportunidade única para aquisição de conhecimentos e delineamento dos melhores caminhos para a implementação da mudança em escala ampliada (projeto completo).

Experimentação e inovação: conceitos-chave para a EBC! Alguns dos relatos trazem a articulação entre atividades simuladas como preparativos e aproximação para a prática no cenário real. Outros valorizam metodologias inovadoras. A experiência de implementação de um eixo de urgências e emergências, articulando várias especialidades, antecipa também a proposta das DCN para os cursos de medicina, de 2014. Todas as outras experiências que ampliaram a inserção dos estudantes de diferentes cursos na atenção primária em saúde, também vão na mesma direção.

Os relatos endossam a formação de um profissional de saúde competente, cidadão consciente de sua responsabilidade social.

Dentre os principais desafios descritos pelos autores, merecem destaque a pouca valorização das atividades de ensino nos cenários extramuros da universidade, aliada a uma visão ainda preconceituosa sobre a atenção primária em saúde. A EBC desafia os docentes a compreenderem que realizar atividades didáticas em um “ambiente real”, de forma integrada à comunidade, é diferente de fazê-lo em sala de aula, no ambiente hospitalar ou no laboratório. Trata-se de um espaço de troca e transformação mútua e sobre o qual não temos controle. Muitas vezes uma atividade programada não poderá ser realizada tal como foi planejada, sendo necessárias a flexibilidade e a capacidade de “improvisação”. É nesta hora que precisamos lançar mão dos famosos, “plano B”, “plano C” e “plano Z”.

Em relação à equipe envolvida na EBC, um enorme desafio tem sido a alta rotatividade dos profissionais de saúde que atuam como preceptores nas UBS, em especial do Médico da Equipe de Saúde da família. Em alguns casos associa-se a isto, a falta de infraestrutura das unidades de saúde para receber e acomodar os grupos de alunos. Por isso, encontramos relatos sobre atividades realizadas em ginásios, igrejas, salas de aula das escolas municipais, salões comunitários, entre outros.

Uma lição fundamental que tiramos é que a qualidade do ensino está diretamente relacionada à qualidade da assistência à saúde que é prestada à comunidade, assim como depende da qualificação do preceptor que supervisiona e orienta os estudantes nos cenários da prática. Esta percepção nos remete, automaticamente, à necessidade imperativa da escola garantir oportunidades de desenvolvimento e formação docente para professores e preceptores que atuam na comunidade.

A articulação do ensino com a comunidade, desafia a academia e seus professores a realizar pesquisas e produzir conhecimento neste contexto. Este foi um ponto mencionado em alguns dos capítulos e, sem dúvida, é uma forma efetiva de valorizar e qualificar as práticas de educação na comunidade.

Finalmente, é preciso reconhecer que nem sempre uma nova proposta de EBC será imediatamente incorporada ao currículo de graduação, e em alguns casos será possível apenas oferecê-la como uma “disciplina eletiva” ou como atividade complementar. Isto não deve ser tomado como fracasso, mas sim como uma etapa necessária ao processo de mudança. Cada instituição tem o seu próprio tempo para mudar, e é preciso respeitá-lo. Mais importante que mudar, é fazê-lo com qualidade, de modo que a mudança seja percebida como um ganho real para os envolvidos, em especial para a comunidade - É isto que dá sustentabilidade ao processo!

Finalmente, encerramos esta jornada pedindo emprestado e adaptando o título poético do capítulo da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, que expressa a essência da proposta deste livro sobre EBC: “Idéias e ideais: Saúde e Educação como Compromisso Social”.



FUNPEC-Editora

Editor Chefe

Prof. Dr. Francisco A. Moura Duarte

Editor Associado

Prof. Dr. David De Jong

**Coordenador de Produção Gráfica,
Diagramação e Capa**

Edmundo Cruz Canado

R. Floriano Peixoto, 2444 – Alto da Boa Vista

14025-220 Ribeirão Preto, SP

Tel.: (16) 3620-1251 · Fax: (16) 3621-1991

www.livrariafunpecrp.com.br

livros@funpecrp.com.br

Este livro foi impresso pela **Paym Gráfica e Editora** para
FUNPEC-Editora em outubro de 2014.

A fonte utilizada no texto foi Calibri no corpo 11/13,4
e o papel do miolo é Off Set 75g.

Profissões da Saúde
experiência
sus
comunidade
educação
saúde
baseada
universidade
educação
federal
profissões
ensino
graduação
faculdade
ebc
futuro
estadual
eixo
desafios
indutoras
curso
contexto
cursos
síntese
baseado
coletiva
atenção
brasileira
políticas
perspectivas

ISBN 978-85-7747-100-3



9 788577 1471003



FUNPEC-Editora
www.funpecrp.com.br