

SP 058

FLÁVIA HENRIQUE

**CONCEPÇÕES DE SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
ENTRE PROFESSORES DO CURSO DE MEDICINA
DA UFSC**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, para a conclusão do Curso
de Graduação em Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina.
2002**

FLÁVIA HENRIQUE

**CONCEPÇÕES DE SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
ENTRE PROFESSORES DO CURSO DE MEDICINA
DA UFSC**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, para a conclusão do Curso
de Graduação em Medicina.**

**Coordenador do curso: Prof. Edson José Cardoso
Orientador: Prof. Marco Aurélio Da Ros
Co-orientador: Prof. Luis Ágea Cutolo**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2002**

Henrique, Flávia.

Concepções de sistema único de saúde entre professores do curso medicina da UFSC / Flávia Henrique. - Florianópolis, 2002.
46p.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Santa Catarina - Curso de Graduação em Medicina.

1.SUS 2.Educação Médica 3.Docência.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pelo apoio, carinho, paciência e por me proporcionarem a possibilidade de fazer um curso universitário.

Aos meus familiares pelo carinho e compreensão.

Ao meu namorado, Fábio de Oliveira, pela paciência e pelo apoio nesta caminhada.

Aos amigos do GESC, do movimento estudantil e do curso, que me proporcionaram olhar o mundo sobre um novo ponto de vista.

Aos meus orientadores, especialmente ao Marcão nestes tantos anos de formação, desde o estágio de vivência no MST até aqui, pela amizade e por me possibilitar conhecer a saúde coletiva.

Enfim, a todos aqueles que contribuíram para esta longa caminhada.

RESUMO

Concepção que os professores do curso de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina possuem acerca do Sistema Único de Saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) nasce com a constituição de 1988 tendo como premissa oferecer saúde de qualidade à todos os brasileiros. Para que se dê a implementação efetiva do SUS é necessário, entre outros, capacitação de recursos humanos.

A formação de profissionais para o setor saúde, especialmente a médica vem sendo alvo de grandes debates atuais em virtude da necessidade de transformar o ensino médico na busca de um novo perfil de profissionais que atendam a demanda do SUS com resolutividade e qualidade. Conforme a Lei de Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina a formação acadêmica deve se dar pautada pelos princípios do SUS e se voltar para suprir a necessidade deste sistema.

Segundo o relatório da Comissão Institucional Nacional de Ensino Médico um dos principais determinantes da formação médica são os docentes do ensino superior. Em virtude do exposto acima estudar os professores universitários é de fundamental importância para desenvolver mais um instrumento para a superação das deficiências do ensino.

Assim desenvolveu-se uma pesquisa na Universidade Federal de Santa Catarina com o objetivo de compreender as concepções que os professores de medicina possuem acerca do SUS.

Realizou-se uma pesquisa qualitativa que através da análise do conteúdo de fala de nove entrevistados foi pesquisado sua concepção acerca de quatro questões: estrutura e organização do SUS, direito à saúde, princípios e constituição e controle social.

Verificou-se que os professores desconhecem os princípios do SUS e o que a constituição diz a respeito da saúde, discordam da abrangência da atenção oferecida pelo SUS e desconhecem como se dá o controle social do sistema.

ABSTRACT

Professors of Medicine Course of Santa Catarina Federal University have following conception about Single Health System.

Single Health System (SUS) was created with Constitution of 1988, and its objective is to give qualified health assistance for all Brazilians. To effectively implement the SUS, it is necessary, in addition to others, to capacitate human resources.

The way professionals are trained at health sector, specially medical teaching is being target of actual great debates, due to need of transforming medical teaching, looking for a new profile of professionals attending demand of SUS with quality and resolution capacity. According to Law of National Curricular Guidelines for Medicine Course, academic training must be guided by SUS principles and must be oriented to fulfill this system's needs.

According to Report of National Institutional Commission of Medical Teaching, some of main determining factors of medical teaching are teachers of superior level. Therefore, to study university teachers is of major relevance to develop one more instrument to overtake teaching deficiencies.

Thus, we developed a research at Federal University of Santa Catarina in order to comprehend conceptions that medicine professors have about SUS.

We performed a qualitative research, in which 9 respondents set their conception about 4 issues: SUS structure and organization, right of health, principles and constitution and social control.

We verified that professors do not know SUS' principles and what Constitution tells about health, they do not agree with coverage of actual assistance offered by SUS and they do not know how is social control of system.

1 – INTRODUÇÃO

A Constituição Federal Brasileira de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual tem como premissa oferecer saúde de qualidade a todos os brasileiros. Em quatorze anos de existência, mesmo apresentando alguns avanços e bons resultados, o SUS ainda está muito distante do que pretendem seus princípios básicos.

Várias questões figuram entre as possíveis explicações para a não implementação do SUS tal como idealizado no texto constitucional de 1988, como a falta de financiamento para o sistema, a centralização de programas que não levam em conta as diferenças locais, a falta de política efetiva de medicamentos, o número insuficiente de trabalhadores capacitados, entre outros. Dentre estes uma questão levantada repetidas vezes é a da capacitação de profissionais para o SUS, especialmente dos médicos. Esta vem sendo alvo de debates por várias organizações, como sindicatos, universidades, movimento estudantil e governo, que apontam a necessidade de formação de um novo perfil profissional que atenda a demanda do SUS com resolutividade e qualidade.

Neste sentido, várias ações foram tentadas e passos importantes foram dados como a formação da Comissão Institucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), em 1991. Os relatórios daquela comissão tem oferecido uma importante contribuição para o entendimento da situação do ensino médico no Brasil.

Outros avanços foram dados como por exemplo a criação das Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina, que reafirmou a necessidade da formação acadêmica ser pautada e direcionado para o SUS. Para assegurar o financiamento necessário à implementação efetiva das propostas contidas nas novas diretrizes curriculares, criou-se o PROMED, que financia cursos que apontam em direção a atenção básica do SUS.

O consenso em torno da necessidade de alterações curriculares demanda, por outro lado, a identificação dos pontos falhos no processo de formação dos profissionais médicos. Cumpre assim entender quais os aspectos determinantes da educação médica no Brasil.

O relatório da CINAEM, mencionado acima, apresenta como principais determinantes da formação os recursos humanos e o modelo pedagógico adotado por cada

escola. Assim sendo, é de extrema importância compreender como pensam e agem os educadores das escolas médicas e o currículo adotado.

Algumas pesquisas foram desenvolvidas nesse sentido na Universidade Federal de Santa Catarina, investigando que concepções os professores possuem acerca da saúde, ou ainda os diferentes estilos de pensamento existentes num mesmo departamento de ensino, portanto pesquisar a concepção que professores do curso de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina possuem acerca do SUS significa mais um passo no sentido de compreender como se dá o ensino médico na UFSC e obter assim mais um instrumento para as mudanças curriculares tão almejadas.

Para melhor caracterizar os pressupostos/referencial teórico, entendo que uma investigação como esta deve ser precedida pelo entendimento de algumas questões como: as origens, princípios e diretrizes do SUS, SUS e formação profissional, docência em medicina e educação médica ontem e Hoje.

1.1 – As origens do SUS.

O sistema público de saúde, hoje conhecido como Sistema Único de Saúde, foi promulgado na constituição de 1988, possuindo como dever garantir saúde à todos os brasileiros.

Atende 75,55% da população, ou seja 119 milhões de pessoas, que necessitam exclusivamente do sistema público como forma de garantir sua assistência à saúde.¹

Para compreender o SUS e o que ele representa, é necessário contextualizá-lo historicamente; No início do século vinte, até por volta da década de setenta, o Ministério da Saúde, possuía como política de atenção ações de caráter campanhistas destinadas ao controle de epidemias, não se responsabilizando portanto pela assistência médica.

A assistência médica individual ficava então reservada às casas de caridade que eram dirigidas pela igreja católica, ao atendimento particular e aos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs).

Os IAPs foram a forma que categorias organizadas obtinham, entre outras ações, a assistência à saúde, através de sua rede hospitalar. As casas de caridade, no entanto, eram instituições comandadas pela igreja católica que atendiam àqueles que não possuíam nenhuma outra forma de assistência, como os desempregados, subempregados e categorias desorganizadas.

Com a reforma flexneriana, que toma força no Brasil na década de sessenta e originária dos Estados Unidos da América, houve uma supervalorização da tecnologia aplicada à saúde, o aumento dos procedimentos de caráter intervencionistas e a medicalização da população, transformando a assistência à saúde em produto de elevados custos.²

Havia grandes interesses na adoção do modelo americano de assistência representados pelo interesse da indústria farmacêutica, equipamentos médicos, setores privados hospitalares, planos de saúde e de categorias, que formam uma organização conhecida como Complexo Médico Industrial.

“Este termo: complexo médico-industrial tem sido usado convencionalmente para assinalar o modelo hegemônico do sistema de saúde, implantado no pós-64, e é formado basicamente: pelas indústrias de equipamentos médicos-hospitalares sofisticados tecnologicamente; pela Indústria Farmacêutica; pelo setor privado hospitalar; pelas empresas multinacionais de assistência médica; pelos seguros-saúde bancários e pelo setor privado prestador de serviços de saúde (em especial pelas empresas de Med. De Grupo), todos atendendo aos interesses de acumulação de capital investindo na área de saúde.”(CORDONI apud DA ROS, 1994)³

A década de sessenta é marcada pela ditadura militar no Brasil que para se sustentar necessita fazer alianças. Nesta busca, na área da saúde, com o intuito de se legitimar e garantir os interesses do Complexo Médico Industrial no Brasil, o regime militar cria durante a década de setenta, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que se

apossou dos antigos IAPs e passou a oferecer assistência a saúde a todos que possuíssem carteira assinada⁴.

Com o aumento da demanda de atendimento proporcionado com a criação do INPS tornou-se necessário investir na construção de mais unidades de atendimento, porém para suprir o interesse do Complexo Médico Industrial, mudou-se a forma de investimento público em saúde, passou-se a se financiar hospitais para a iniciativa privada, comprando posteriormente seus serviços⁴.

Este investimento público só foi possível na década de setenta pois ela representa um período histórico conhecido como “milagre brasileiro”, quando houve uma grande entrada de capital estrangeiro no Brasil, que serviu entre outros para o financiamento do setor privado em saúde.²

Esta lógica de atenção, individualizada e tecnocrática, de priorização da assistência em detrimento da prevenção e reabilitação, de custos crescentes e baixa resolutividade, deu origem a insatisfações de várias organizações e movimentos sociais e se potencializou pelo descontentamento crescente da sociedade em geral com o regime militar.

“A Previdência Social, um dos órgãos efetores das políticas sociais no país e, particularmente efector da assistência médica pública no Brasil, observa que seus gastos ascendem de 21% para 31,5% em assistência médica, sobre o total das despesas da Previdência entre 1967 e 1976, sem contudo operacionalizar quase nada, em relação á melhoria das condições de saúde da população brasileira, ou agilizar um programa eficaz de cobertura.” (DA ROS, 1994)⁴

Os movimentos sociais na área da saúde, então, aliaram-se estrategicamente contra a Ditadura Militar e o Complexo Médico Industrial em um movimento conhecido como “Reforma Sanitária”.

“No contexto nacional, houve a crise da ditadura, a falência do milagre econômico, a precariedade das políticas sociais, o movimento popular pelos direitos dos cidadãos. Seguiram-se, assim, a VII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1980, com o PREV-SAÚDE, as Ações Integradas de Saúde (AIS), a VIII CNS, os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) e, com a promulgação da Constituição de 1.988, o Sistema Único de Saúde (SUS) (Noronha e Levcovitz, 1994).

Lado a lado com a luta contra a ditadura, desenvolveu-se a formulação de um pensamento crítico em saúde, com discussões em torno da determinação social do processo saúde-doença, reflexão crítica em relação aos modelos de atenção e formação, discussão sobre estilos de vida e promoção da saúde, aproximação da clínica em relação à saúde pública. Ocuparam-se todos os espaços que possibilitassem a articulação das forças políticas de oposição . Os eventos científicos e políticos, a mobilização estudantil, os movimentos urbanos constituíram-se em momentos de acumulação conceitual e política, que contribuíram para a formulação de alternativas e para a formação de quadros essenciais aos atuais processos de mudança.” (FEUERWERKER, 2000)⁵

O movimento “Reforma Sanitária” teve sua origem de múltiplas vertentes, destacam-se, os publicistas, movimento estudantil, intelectuais da área da saúde, preventivistas, pastorais da saúde e o movimento da medicina comunitária, formando um grupo de interesses diversos mas que compreendiam a necessidade de uma nova proposta para a atenção à saúde.⁶

Os publicistas representavam antigos funcionários do Ministério da Saúde descontentes com a diminuição do financiamento dado ao ministério para o investimento em saúde pública.

O movimento estudantil que se insurgia com força através da União Nacional dos Estudantes tinha como bandeira de lutas as melhorias das condições de saúde da população e compreendiam a necessidade de superar o INPS.

“O movimento estudantil, especificamente do setor saúde, que nas universidades não era contemplado com conteúdos relativos às necessidades básicas da população, começava a agrupar estudantes insatisfeitos em discussões sobre práticas alternativas (por ex Medicina comunitária), e a aprofundar a relação saúde - realidade social. Estas discussões passaram a ter fóruns de nível nacional, modificando a visão tecnicista do ECEM (Encontro Científico dos Estudantes de Medicina) e, posteriormente, no SESACs (Semanas de Estudos sobre Saúde Comunitária)”. (DA ROS, 1994)⁴

Os intelectuais da saúde eram compostos por professores universitários e profissionais da área, que pensavam e discutiam saúde, através dos fóruns universitários e encontro de categorias.

Os preventivistas eram profissionais da área de saúde preventiva que compreendiam ação em saúde como campanhas sanitárias e que perderam espaço junto ao Ministério da Saúde frente à mudança de lógica da atenção pública, de campanhista para assistencial.²

“Este modelo — preventivista — embora de leitura liberal, desenhava uma proposta alternativa à intervenção estatal, normatizando a conduta profissional do médico ao invés de seguir com os pressupostos da higiene tradicional, que tentava normatizar a atitude dos indivíduos e que de certa forma, reforçava a doença como fruto de um a única causa.

Os conceitos básicos do discurso preventivista eram: estabelecer uma história natural das doenças, um concerto ecológico para o promoção da saúde—doença (desequilíbrio na interação entre o hóspede e seu

meio—ambiente), e a ampliação do entendimento de uni, para multicausalidade como geradores de doença. Nestes três conceitos, o social é mistificado, reduzido ou simplificado a tal ponto que surge como meio ambiente, onde existe agentes causais, e não fruto das relações de produção, que efetivamente determinam o estado”. (DA ROS, 1994)⁴

Da união das forças acima citadas constituiu-se a proposta de um sistema de saúde que fosse único no Brasil integrando medicina curativa e preventiva, com o propósito de atender toda a população em todos os níveis de atenção de forma universal e de fácil acesso.

Na constituição de 1988 o País presenciou a avanço deste movimento social pois, em virtude de sua organização e articulação, na carta magna da nação brasileira a saúde passou a ser “direito de todos e dever do estado”.

1.2 – Princípios e Diretrizes do SUS.

Apesar da garantia constitucional o SUS ainda é um sistema em construção, mesmo apresentando diferenças regionais de forma geral a atenção a saúde no Brasil ainda apresenta índices epidemiológicos alarmantes, comparados aos dos países africanos.

Para que efetivamente o SUS deixe de ser um “conjunto de artigos” e passe a ser implementado tal qual foi idealizado é necessário conhecimento e comprometimento de todos os usuários e profissionais de saúde em torno da implementação de seus princípios e diretrizes.

Conforme documentos da secretaria nacional de assistência/SNAS do MS e leis orgânicas da saúde o SUS se baseia nos princípios doutrinários da Universalidade, Equidade e Integralidade; em relação a organização do sistema tem-se a Regionalização e Hierarquização, Resolutibilidade, Descentralização, Controle Social e Complementariedade do setor privado.⁷

A universalidade é a garantia de assistência a toda a população em qualquer estabelecimento público ou privado contratado.

Equidade significa garantia de acesso em igualdade de condições a qualquer pessoa em qualquer nível de atenção dependendo das necessidades que cada caso requeira.

Integralidade se refere a atenção do indivíduo como um todo, biopsicossocial, e na totalidade do sistema, prevenindo, promovendo e recuperando a saúde.

Regionalização e Hierarquização refere-se ao sistema organizado com uma complexidade crescente e com tecnologia apropriada em cada nível para uma boa resolutibilidade dentro de uma área determinada, atendendo a uma parcela da população.

Resolutibilidade é a exigência que o sistema de saúde esteja apto a resolver os problemas inerentes a cada nível de atenção.

Descentralização é o movimento de repasse das instâncias de ação e competência decisória para próximo da população. Assim os municípios passam a ser entidade organizadora e executora das ações e serviços de saúde.

Controle social refere-se a participação da população organizada na deliberação das políticas de saúde no nível municipal, estadual e federal.

Participação complementar do setor privado é a contratação de serviços privados para atender a rede pública quando não houver serviço público capacitado ou em quantidade adequada para atender a população.⁸

A compreensão destes pressupostos que norteiam o sistema público brasileiro se faz estritamente necessária aos profissionais de saúde, pois são eles que veicularão através do cotidiano de suas ações a concretização desses princípios.

1.3 - SUS e Formação Profissional

Sabe-se que o setor saúde no Brasil absorve cerca de dois milhões de trabalhadores, destes mais de um milhão lidam diretamente com assistência médica e, conforme dados de 1992, 43,6% possuem terceiro grau, ou seja, são oriundos do ensino superior, sendo as universidades, portanto, um dos grandes espaços de formação dos profissionais de saúde.⁹

Cabe ao SUS a ordenação da formação destes profissionais, a articulação com os órgãos educacionais e fiscalização do exercício profissional segundo a Lei Orgânica no Título IV – Dos Recursos Humanos, a política de formação de pessoal em saúde por diferentes esferas de governo, prevendo:

“-A organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive pós-graduação, além da elaboração de programas permanentes de aperfeiçoamento de pessoal;

-Os serviços públicos que integram o SUS devem constituir campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas em conjunto com o sistema educacional”.(CORDEIRO, 2001)¹¹

Porém na prática verificou-se que os processos de reforma no setor saúde assim como a legislação demarcaram momentos de formulação de propostas pontuais e não resultaram em transformação na formação profissional.¹¹

Segundo Laura Fauerwerker, o Ministério da Saúde, a Coordenação de Atenção Básica e o Conselho Nacional de Saúde vêm demonstrando interesse de dizer claramente às Universidades quais são as necessidades do SUS e qual o perfil profissional desejado.

“Pode-se dizer que existe quase uma exigência social de que se mude o processo de formação para que se produzam médicos diferentes. Médicos com formação geral, capazes de prestar uma atenção integral e humanizada às pessoas, que trabalhem em equipe, que saibam tomar suas decisões considerando não somente a situação clínica individual, mas o contexto em que vivem os pacientes, os recursos disponíveis, as medidas mais eficazes”.(FEUERWERKER, 2000)¹²

Em especial a formação médica é alvo de debates por movimentos e instituições como a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina, Associação Brasileira de Educação Médica, Rede Unida, Comissão Institucional Nacional de Ensino Médico, Conselho Federal de Medicina, ^{CFM} Organização Panamericana de Saúde, entre outros.

O perfil destes profissionais que ao se formarem irão, em sua maioria, se dedicar ao serviço público de saúde, sendo os responsáveis pelo atendimento da maior parte da população vem sendo discutida e pensada há algum tempo pelas organizações citadas acima.

“O profissional atualmente formado pelas escolas médicas é distante, incapaz de ouvir e de cuidar, incapaz de olhar o paciente como um todo, excessivamente intervencionista, desperdiçador de recursos e pouco resolutivo. Não atende nem aos anseios da população, nem às necessidades expressas pelo SUS.”.(FEUERWERKER, 2000)¹²

Segundo estas organizações, estes profissionais devem não somente ter competência técnica em sua área, mas também, ser sabedores da sua história do SUS e comprometidos com sua aplicação.

“Do ponto de vista gerencial, a adesão dos trabalhadores de saúde, principalmente a dos médicos, é uma questão fundamental para que as instituições de saúde possam adequar-se ao modelo de atenção integral proposta pelo SUS. O papel diretivo desempenhado pelo médico o torna um ator organizacional de suma importância nessa nova ordem, sua alienação ou seu engajamento na estrutura das instituições de saúde representa a possibilidade ou não de viabilizar esse projeto integrador. O fato é que não há notícias de se ter inventado, no mundo ocidental, um sistema de saúde, um hospital, um pronto-socorro ou um ambulatório sem a presença de médicos”.(MACHADO, 1996)¹⁰

Estas organizações, respeitando diferenças entre si, compreendem que o perfil do médico formado pelas Universidades não está de acordo com o profissional necessário às demandas sociais.

“Apesar de estarmos em pleno processo de implantação e consolidação do SUS no Brasil, reconhece-se que, atualmente, a formação de recursos humanos em saúde permanece uma área crítica. A construção do SUS nos últimos anos vem evidenciando antigos problemas e colocando novos desafios para o processo de formação e capacitação de pessoal. (TEIXEIRA e PAIM apud FEUERWERKER, 1996)¹³

Para Juan César Garcia, refletindo sobre o perfil dos profissionais de saúde, a educação médica não é um processo isolado, fazendo parte de uma prática universitária de formação intelectual e dependente até certo grau da prática médica. Possuindo certa autonomia, a Universidade pode optar pela formação de um novo perfil profissional, no entanto na maioria das vezes limita-se em reproduzir o atual.¹⁴

“...as mudanças na prática médica partem do questionamento social do exercício profissional vigente e que a universidade pode incidir sobre a transformação desta prática mediante uma estratégia educacional adequada, que permita a reordenação do saber acumulado, a construção de um novo saber, a compreensão da inserção social da prática médica e da incidência sobre as relações sociais de produção em que está imersa a prática médica e seu objeto.” (GARCIA, 1989)¹⁴

Portanto, a prática médica exerce grande influência no perfil profissional, sendo repassada aos estudantes principalmente através dos professores de medicina, sem desconsiderar a importância do modelo pedagógico, os docentes são considerados atores sociais fundamentais na produção e reprodução das deficiências de ensino.

“Recursos humanos e modelo pedagógico são os determinantes que mais influenciam no perfil do médico formado” (CINAEM, 1997).¹⁵

Estes educadores transmitem aos estudantes os valores recebidos de sua própria formação e dos anos de prática, em virtude de uma conjunção de fatores dentre os quais os mais importantes são baixa remuneração do setor público de saúde, formação sob a égide do modelo flexneriano, pequena dedicação a atividade docente e a número deficiente de professores com pós-graduação *stricto sensu*¹².

“Embora a pós-graduação médica seja das mais antigas no País, a formação *stricto sensu* não tem tradição no Brasil. A ênfase na formação para o mercado e para os serviços sempre teve amparo na falta de políticas específicas para a produção científica na medicina e no baixo nível de exigências de escolaridade formal acadêmica que caracterizou a criação e o desenvolvimento de cursos de nível superior (Sucupira, 1995:10). Somente em 1965, por meio de Parecer 977/65, o Conselho Federal de Educação regulamentou pela primeira vez a pós-graduação no Brasil”. (MACHADO, 1996)¹⁰

“O critério de admissão, freqüentemente, passa a ser a capacitação técnica específica. Supõe-se que uma vez habilitado sobre o conteúdo, se está habilitado a ensiná-lo. Um bom médico não é necessariamente, um bom professor.” (CUTOLO, 2001)¹⁷

A opção pedagógica reproduzida por estes professores é conhecida como pedagogia da transmissão ou educação bancária e esta, parte da premissa que as idéias e conhecimentos são os principais fatores da educação e portanto a experiência fundamental do aluno é receber informações e pode ser caracterizada ao nível individual pela elevada

absorção de informações, hábito de tomar nota e memorizar, passividade do aluno e falta de atitude crítica, entre outros¹⁶.

Segundo o relatório “Avaliação do Ensino Médico no Brasil” existe uma correlação entre docentes com doutorado, inseridos por 10 ou mais horas em pesquisa, com publicação nos últimos dois anos e o desempenho melhor dos alunos das escolas em que trabalha. Este achado estabeleceu uma associação direta entre formação senso estrito dos docentes e melhor desempenho cognitivo dos alunos das escolas, e uma associação indireta, mas não menos importante entre regime de trabalho e a referida performance dos alunos.

1.4 – Docência em Medicina, Uma Profissão?

Para compreender o perfil do médico formando se faz necessário analisar os fatores determinantes na construção deste perfil, um destes fatores é o docente do curso de medicina.

Assim utilizou-se do relatório da Comissão Institucional Nacional de Ensino Médico (CINAEM) que na segunda fase de seu projeto caracterizou detalhadamente os professores das escolas médicas.

A CINAEM nasceu em 1991 com o objetivo de compreender e transformar o ensino médico no Brasil, pautada pelos preceitos éticos da Reforma Sanitária Brasileira.

Segundo o relatório “Avaliação do Ensino Médico no Brasil” de 1997, de acordo com os parâmetros analisados, os docente obtiveram apenas 40% do desempenho desejável.

Como o regime de trabalho e a formação senso estrito demonstraram ser as variáveis de maior centralidade e poder de determinação na avaliação docente vamos discuti-las em detalhes.

Em relação à formação observou-se que cerca de 31% da amostra possuía mestrado, 20% doutorado e apenas 6,6% eram especialistas em educação. A formação senso estrito foi mais freqüente entre os docentes que não desenvolviam atividade fora da escola, coincidindo com o regime de dedicação exclusiva.

Sobre o regime de trabalho apenas 20% dos docentes trabalhava em regime de dedicação exclusiva, enquanto quase 63% trabalhava de 20 a 40 horas semanais. Cerca de ¾ dos docentes realizava atividades fora da escola.

Apenas 20% dos docentes consideraram-se satisfeitos com o salário, no entanto cerca de 76% consideraram-se satisfeitos com a situação financeira global. Destes a maioria não possuíam formação senso estrito, possuíam atividade fora da escola com um regime de trabalho de até 39 horas semanais. No entanto, os docentes com formação senso estrito e maior dedicação à escola avaliaram de maneira negativa sua situação financeira global.

“Em outras palavras uma menor dedicação à carreira docente parece associar-se a um maior êxito financeiro e a um maior conformismo com a infra-estrutura disponível na escola.”(CINAEM, 1997)¹⁵

Observou-se que os professores com formação senso-estrito, dedicação exclusiva e insatisfeitos com o salário proferiram mais palestras, tinham projeto de pesquisa financiados e publicaram mais trabalhos nos últimos 2 anos.

“Os achados anteriores e o pequeno vínculo da amostra estudada com a produção do conhecimento, parecem indicar que o trabalho médico como docente não se configura plenamente como uma profissão. Em outras palavras, para a grande maioria dos entrevistados, a docência constitui-se como atividade complementar à profissão médica”.(CINAEM, 1997)¹⁵

Percebe-se também que os professores com maior dedicação à carreira e maior formação uma justa insatisfação com o salário e com a situação financeira global.

“Estes achados revelam o desestímulo absurdo a que estão sendo submetidos os docentes que optam pela carreira científica.”(CINAEM, 1997)¹⁵

Outro dado importante da pesquisa demonstra que o ensino e a assistência recai sobre professores mais jovens, 20 horas, sem formação, mais insatisfeitos com o salário o que demonstra a situação crítica que se dá a maioria das atividades de ensino dos estudantes de graduação.

“Como decorrência deste perfil docente, a educação médica parece caracterizar-se como um processo de reprodução endógena, sem ênfase na produção do conhecimento, e levado a cabo em uma estrutura administrativa patrimonial.”(CINAEM, 1997)¹⁵

Segundo o relatório a formação dos docentes em um sistema semelhante ao atualmente vigente, bem como sua inserção na docência de maneira secundária em relação a atuação profissional fora da escola, tendem a, por inércia, estimular a manutenção do modelo de formação hegemônico.

O sistema de gestão, capitaneado por estes docentes é vertical, centralizador e de forma previsível, reprodutivo, ratificando o sistema de formação por eles próprios vivenciado, apontando assim para a hipótese a ser investigada.

1.5 – A Educação Médica.

Segundo Garcia, a formação médica tem se modificado no decorrer dos séculos, No período anterior à idade média o pretendente a médico se tornava discípulo-ajudante de outro profissional, tornando a aprendizagem e o trabalho intimamente relacionados. Durante a idade média, no entanto, ocorre a separação entre prática e a educação médica, originária da divisão entre trabalho manual e intelectual, transformando o aprendiz em

categoria social que não intervém no processo saúde-doença se tornando distante da resolução dos problemas da população.

“A categoria “estudante” implica uma série de concessões com respeito a outros grupos da sociedade, como, por exemplo, o eximir-se de realizar um trabalho produtivo. Esta dissociação entre estudo e trabalho constitui um dos problemas mais importantes da educação médica atual, e sua superação, junto com mudanças nas relações de ensino, levará a profundas transformações na formação dos médicos.” (GARCIA, 1989)¹⁴

Para Garcia há duas formas de educação do médico, uma em que o profissional forma-se trabalhando como aprendiz de outro médico, e a dos dias atuais em que o médico forma-se em grupos, separado do trabalho dedicando-se somente a estudar. Garcia coloca um esquema teórico que explica como se dá a formação médica em que ocorre separado o trabalho da educação médica, segundo ele há dois componentes inseparáveis:

- a) Processo de ensino, que define-se como “conjunto de etapas sucessivas pelas quais passa o estudante ao transformar-se em médico. Neste processo distingue-se atividades, meios e objetos de ensino”. As atividades de ensino são aquelas desenvolvidas pelo professor ou pelo aluno que exigem meios materiais, métodos e técnicas de ensino, enquanto o objeto de ensino se refere ao estudante.
- b) Relações de ensino, que são as “conexões ou vínculos que se estabelecem entre as pessoas que participam no processo de produção de médicos, e são as resultantes do papel que estes indivíduos desempenham no ensino médico”. Estas relações podem se dar entre os agentes de ensino e o processo de ensino ou entre as categorias que se dividem os agentes de ensino.

São considerados agentes de ensino os indivíduos que participam na educação médica e que ocupam uma determinada posição. O agente de ensino mais característico hoje na educação médica é o professor universitário. (GARCIA, 1989)¹⁴

Demonstra-se assim a importância de compreender como pensam e agem os professores de medicina, sendo eles os mais importantes agentes de ensino, presume-se que não se transformará o ensino médico sem conhecê-los e transformá-los.

1.6 – A Educação Médica Atualmente

As transformações ocorridas no Sistema de Saúde oriundas das propostas da Reforma Sanitária não tiveram grande impacto sobre a formação de um novo perfil de profissional médico. Algumas mudanças pontuais no entanto podem ser destacadas: a incorporação do ensino de medicina preventiva, o movimento de medicina comunitária possibilitando os estudantes a vivência em comunidades carentes, a ênfase na atenção primária como repercussão da Conferência de Alma-Ata (1978), a inclusão de disciplinas das Ciências do Comportamento, as experiências de integração docente assistencial e a inclusão do internato obrigatório de 12 a 18 meses.¹⁸

Sendo essas iniciativas de caráter parcial e restrito, não representaram mudanças substantivas na educação médica, sendo severamente criticadas durante a conferência de Edimburgo em 1983.

Surge na década de 80 a oportunidade de experimentar transformações em algumas escolas médicas através do Programa UNI, financiado pela Fundação Kellogg, desenvolveu-se em 13 países Latino Americanos totalizando 23 experiências que incorporaram diversas metodologias em pauta como a integração docente assistencial, atenção primária à saúde, o ensino baseado em problemas e o trabalho interdisciplinar.¹⁸

A Associação Médica Brasileira em conjunto com a Associação Brasileira de Educação Médica entre outros, realizaram um fórum em 1989 reunindo médicos, professores e estudantes para examinar alternativas de diretrizes curriculares para o curso de medicina afirmando a necessidade de integração teoria e prática, preferencialmente em

áreas docente assistencial, dando prioridade ao ensino de maior prevalência na população. Porém estas recomendações não tiveram uma aplicação difundida nas escolas médicas encontrando barreiras e resistências, sem conseguir ser implementada.

Em 1991 surge a Comissão Institucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) compostas por várias entidades estudantis e de categoria que elabora a pesquisa Avaliação do Ensino Médico no Brasil (1991-1997) trazendo importantíssimas contribuições para as discussões em torno da transformação do ensino médico.¹⁵

A CINAEM desde 1991 vem desenvolvendo diversos fóruns de discussão, avaliação e difusão de práticas de transformação culminando em sua quarta-fase com a adesão da maior parte das escolas médicas a implementação das mudanças curriculares.

A partir da lei 9.394/96 que instituiu a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação foi posto a termo os currículos mínimos padronizados e de âmbito nacional que tornavam as propostas inovadoras impraticáveis.¹⁸

“No passado, os currículos mínimos fixados foram de um detalhamento excessivo, tornando muito rígidas as possibilidades de gerar inovações. Muitas vezes, estes currículos traduziram mais o prestígio acadêmico de determinado especialista ou a capacidade corporativa de pressão de uma categoria profissional do que a definição de prioridades educacionais e profissionais de formação. Isto é, certamente, verdade na área das Ciências da Saúde e da Medicina, em particular”(CORDEIRO, 2001)¹¹

Sem ter que cumprir a rigidez dos currículos mínimos o Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior desenvolveu as novas diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em medicina que foram aprovadas, muito recentemente, em 07/08/01, definindo o perfil do formando das Escolas Médicas:

“Médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção; com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.” (CNE, 2001)²⁰

Entre outros princípios as diretrizes curriculares também salientam a necessidade de “vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais em saúde, com **ênfase no SUS.**” (CNE, 2001 - grifo meu)²⁰

Desta forma observa-se que a educação médica está cada vez mais em pauta, fruto dos esforços das organizações profissionais, estudantis e sociais, não obstante há muito que caminhar para conseguir de fato as transformações tão almejadas para a construção do perfil profissional assinalado nas atuais diretrizes curriculares para o curso de medicina.

Um passo importante para incentivar as escolas médicas a fazer mudanças é o Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina (PROMED), aprovado no dia 26 de Março de 2002, este programa pretende investir 8 milhões de reais até 2003 para adequar o currículo médico à realidade do atual sistema de saúde brasileiro.(INFORME SAÚDE, 2002)²¹

Com intuito de participar do programa e concorrer ao incentivo dado pelo Ministério à 80 escolas médicas brasileiras, a Universidade Federal de Santa Catarina está se organizando através de reuniões semanais onde um colegiado formado por professores de todos os departamentos bem como um representante discente estão elaborando o Projeto de Mudança Curricular do Curso de Medicina (PMC).

Cabe assinalar ainda que o PROMED já cumpriu com sua primeira fase onde houve uma primeira seleção de escolas entre as participantes sendo que a UFSC foi uma das selecionadas.

Em virtude da problemática acima descrita, da importância do tema para o curso de medicina e para servir de modelo para comparação com outras faculdades, visando contribuir para as mudanças curriculares já em curso, este trabalho desenvolveu uma pesquisa qualitativa junto a alguns professores de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina.

Busca-se assim com a compreensão de como se dá e qual o processo de formação dos médicos, mais uma ferramenta na construção de futuros profissionais comprometidos com as reais necessidades de saúde da população.

2 - OBJETIVOS

Analisar concepções e conhecimentos que professores do curso de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina possuem acerca das diretrizes do Sistema Único de Saúde, no sentido de colaborar para o entendimento do processo de formação de estudantes para o SUS

3 - METODOLOGIA

Compreendendo que a concepção que influencia de maneira determinante a formação de profissionais distantes das necessidades do Sistema Único de Saúde não deve ser mensurado quantitativamente, pois concepção se avalia através da análise da profundidade do discurso, utilizou-se do método qualitativo através de análise do conteúdo de fala. (MINAYO, 1994)²²

Para tanto, realizou-se entrevista semi-estruturada em uma amostra intencional de docentes do curso de medicina da UFSC.

Segundo o currículo escolar de 1997 desta universidade, que não incluía o internato em saúde coletiva, iniciado em 1998, o curso de medicina possuía no mínimo 7938 horas aulas obrigatórias e 108 horas aulas optativas e poderia ser didaticamente dividido em ciclo básico e profissionalizante, sendo que o profissionalizante se compõe das cinco grandes áreas da medicina divididos em cinco departamentos: clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria, tocoginecologia e saúde pública, enquanto o ciclo básico do restante dos departamentos que dão aulas para o curso de medicina.²³

A carga horária do ciclo básico de 1890 horas aula corresponderia a 23,8% do currículo enquanto do ciclo profissionalizante com 6048 horas aula seria responsável por 76,2%.²³

Dos 76,2% do curso destinado ao ciclo profissionalizante, 26,07% eram de disciplinas da clínica médica, 19,27% eram de clínica cirúrgica, 14,51% da pediatria, 12,92% da tocoginecologia e 3,4% da Saúde Pública.²³ A partir de 1998 foi criado o internato e com ele se expandiu a carga horária destinada ao departamento de saúde pública.

Após levantamento minucioso de todos os professores que dão aula para o curso de medicina, seus telefones de contato e seus respectivos departamentos de atuação junto a coordenadoria do curso, foi realizada escolha dos professores a serem entrevistados.

A amostra de uma pesquisa qualitativa se dá pela exaustão das respostas encontradas, sendo assim, baseando-se na proporção departamental selecionou-se 20

possíveis entrevistados, 5 do departamento de clínica médica, 5 do departamento de clínica cirúrgica, 3 do departamento de ginecologia/obstetrícia, 3 do departamento de pediatria e 1 do departamento de saúde pública e 3 da área básica.

Os entrevistados foram escolhidos com base na experiência dos orientadores da pesquisa em virtude de serem considerados os representantes da concepção pesquisada. Orientadores estes que possuem tese de doutorado em educação junto aos professores do curso de medicina da UFSC analisando os diversos estilos de pensamento.

Iniciou-se as entrevistas com um professor de cada área e um do ciclo básico, pela repetição das respostas encontradas finalizou-se a amostra com o número de 9 entrevistados, sendo que o maior departamento, a clínica médica, teve apenas um professor entrevistado, em virtude da dificuldade de contato.

3.1 A fase do pré-teste

Para testar o instrumento utilizado na coleta dos dados da pesquisa realizou-se uma fase piloto, através de uma entrevista aberta, com três professores do curso de medicina da FURB.

Estes professores foram escolhidos através de contato prévio com estudante do internato da FURB que os indicou por representarem, após exposição da pesquisa e seus objetivos, o perfil dos professores daquela instituição.

Assim realizou-se o contato prévio com dois professores do departamento de cirurgia e um da clínica médica através de telefone.

A entrevista com os professores se deu em hospitais de Blumenau, dois deles de caráter privado. Como para o entrevistador existiam dificuldades de deslocamento foi solicitado a cada um que levantassem os dias interessantes para acontecimento da pesquisa, e após análise do entrevistador verificou-se a possibilidade de entrevista-los em um mesmo dia, dispensando desta forma vários deslocamentos.

Para que as respostas correspondessem à verdadeira concepção, acerca do sistema de saúde brasileiro, que os professores transmitem aos seus alunos buscou-se coloca-los frente a uma questão de ordem prática.

Para tanto, utilizou-se da estratégia de elaborar uma pergunta endereçada aos professores caso fossem dar a primeira aula do curso de medicina para calouros, que não necessitam portanto de respostas muito elaboradas, e lhes fosse perguntado por um destes como funciona ou se organiza o sistema de saúde brasileiro.

O informante (Inf.) 1 iniciou sua explanação referindo haver no Brasil o sistema público e o privado de saúde.

“O sistema de saúde no Brasil é dividido em duas partes, uma parte estatal, pública que é feita pelo INPS ou INSS e uma parte privada feita por planos de saúde, seguros e particulares em menor número.”

Frente a sua colocação faz-se importante assinalar que indicou como representante do sistema público o INPS/INSS e não o SUS que existe desde que a constituição foi promulgada em 1988.

Em outras falas porém o inf. 1 se refere ao sistema público de saúde como SUS, utilizando todos esses termos (SUS/INPS/INSS) como sinônimos, dando a entender que desconsidera as diferenças entre o INPS, SUS e INSS.

Suas outras considerações sobre o sistema público se referem principalmente aos baixos honorários pagos aos médicos e hospitais e ao descontentamento dos pacientes com as filas de espera.

“Os médicos são descontentes com seus honorários, as pessoas são descontentes com as filas de marcação de consultas os hospitais são descontentes com os honorários irrisórios que eles recebem, isto cria um conflito muito grande, e é muito difícil trabalhar nessa estrutura (...)”.

Percebe-se que o inf. 1, não só nesta, como em várias falas durante a entrevista acentua como problema os baixos honorários médicos evidenciando preocupação corporativa.

Mesmo considerando as filas de espera dos pacientes como um problema do sistema, o entrevistado não citou como forma de resolve-la o cumprimento dos princípios do SUS.

Para resolver os problemas do sistema de saúde o inf. 1 se reporta à informatização, democratização da aplicação das verbas e pela solidariedade dos médicos.

“(…) Na minha opinião é perfeitamente possível organizar esse sistema, isso passa por uma informatização, uma organização, uma democratização na aplicação das verbas e eu acrescentaria um fator de maior importância que não dá para organizar, a solidariedade”.

Ao se referir ao sistema público ou privado, em nenhum momento o inf. 1 discutiu sua forma de organização, hierarquização, gestão dos recursos, acesso ou participação dos usuários demonstrando desconhecimento à respeito ou necessidade de maiores esclarecimentos sobre o perguntado.

O inf. 2 inicialmente questionou a metodologia da pesquisa considerando que uma pergunta única dificultaria a resposta pelos entrevistados principalmente sendo tão ampla como sobre o sistema de saúde brasileiro, que em sua opinião possui muitas diferenças regionais.

Após esta consideração solicitou-me delimitar melhor a pergunta e sugeriu o sistema de saúde de Blumenau com o qual concordei.

O entrevistado ao ser questionado sobre o sistema de saúde referiu-se repetidamente a importância do programa saúde da família no diagnóstico e tratamento das enfermidades básicas e no encaminhamento dos pacientes para um especialista correto.

“Há uma triagem já, se resolve o problema dentro de seu ambiente de vida e levando em conta as próprias condições locais. (...) No ambulatório da FURB hoje eu não recebo paciente para investigar, eu recebo paciente triado para tratar, e eventualmente para alguma triagem, mas já definido que o foco do problema está no intestino”.

O inf. 3 passa a discutir a questão da educação médica questionando o grande número de escolas médicas e o grande número de médicos no mercado que de formação questionável promoveriam diminuição na qualidade do atendimento.

“Antes só tinha uma faculdade de medicina no estado, agora tem umas cinco ou mais, então o que acontece é que está aumentando de uma maneira desenfreada o número de cursos médicos. (...) se saísse só pessoas boas, ótimo, mas eu acho que nem todas as pessoas que entram no curso de medicina são capacitadas para entrar.”

Demonstra assim novamente sua preocupação com a qualidade do atendimento médico, porém não discute os princípios que norteiam o sistema.

O inf. 3 questiona o governo e o ministério da saúde dizendo que:

“(…)fica muito bonito na constituição dizer que todo mundo tem acesso a saúde irrestrito e ilimitado, como tem a educação e a alimentação, e na prática não tem nada haver com isso, então de certa forma isso, de liberar tudo, para todo mundo acaba havendo que tem algumas pessoas que nesse bolo comum são privilegiadas, e conseguem ter acesso a tudo e tem quem não tem acesso a nada”

Pondera assim que seria mais interessante, face aos poucos recursos priorizar as doenças mais comuns.

“Melhor seja priorizar o atendimento mais básico, vamos dizer assim, que vai atender o maior número de pessoas, do que disponibilizar qualquer tipo de recursos com custos ilimitados, como o SUS faz hoje teoricamente, sem limite para gastos para qualquer patologia”.

Mais considera ser eticamente mais correto o acesso universal à saúde.

“Esse acesso irrestrito e ilimitado apesar de ser eticamente correto, se o governo não consegue bancar isso acaba ocorrendo fazendo uma péssima distribuição de saúde”.

Assim sendo demonstra nas suas falas que conhece a carta constitucional e os direitos dos usuários do sistema de saúde, mesmo sem citar os princípios do SUS que buscamos com a realização da entrevista.

Analisando as falas percebe-se que os entrevistados não citaram ou buscaram descrever como se organiza o sistema de saúde brasileiro, seus princípios ou diretrizes, o inf. 1 apenas o dividiu em público e privado, não descrevendo as peculiaridades de nenhum deles, somente o que compete aos pagamentos de honorários.

O inf. 2 em relação ao sistema público fez referência somente ao PSF que ao exemplificar demonstrou fazer parte do seu cotidiano de trabalho.

O inf. 3 porém demonstrou conhecer a carta constitucional e os direitos dos usuários do sistema.

Nenhum dos entrevistados porém sequer citou os princípios ou a forma que se organiza o sistema de saúde brasileiro, fazendo supor que no caso do inf. 1 e 2 a entrevista aberta pode não ter sido adequada para a obtenção dos objetivos ou eles não o conheciam. Porém no caso do inf. 3 ficou claro que a entrevista aberta não é a mais adequada para avaliação das concepções dos professores através da categorização descrita no capítulo 3.

Em função desta análise do pré teste foi possível avaliar que a entrevista aberta, da forma que foi realizada, não foi a mais adequada para análise do conteúdo de fala em função dos objetivos da pesquisa, portanto reestruturou-se o instrumento da pesquisa.

Utilizou-se assim de uma entrevista semi-aberta onde se questionou a organização, estruturação, acesso, princípios, constituição e participação popular do SUS e realizou-se novo piloto que por ter tido sucesso foi incluído na amostra da pesquisa. (Anexo)

4 - DISCUSSÃO

Após análise do pré teste se fez necessário um novo piloto, realizado com três professores da Universidade Federal de Santa Catarina, desta vez optou-se pela entrevista semi-estruturada, ou seja, apesar das respostas serem abertas, um roteiro de perguntas foi utilizado.(Em anexo)

Como este novo piloto revelou-se mais adequado para os objetivos propostos foi utilizado em todas as entrevistas e os professores submetidos à ele foram incluídos na discussão e serão tratadas neste capítulo.

Para caracterizar a concepção de sistema de saúde responsável pela formação dos estudantes distantes do SUS buscou-se com as entrevistas conhecer o que os professores sabem e a sua opinião acerca dos princípios do SUS e do direito à saúde, de acordo com que foi categorizado no capítulo 2.

Para esta nova etapa foram escolhidos os professores segundo à experiência dos orientadores da pesquisa, sendo realizados dez entrevistas.

Cada professor pesquisado segundo a ordem de realização das entrevistas será caracterizado como informantes (1, 2, 3...), intencionalmente também não caracterizou-se o departamento de cada professor faz parte, para reservar a identidade dos entrevistados.

A entrevista completa contem os seguintes tópicos a serem respondidos: Organização, Estrutura e Funcionamento do SUS; Direito à saúde, Princípios e Constituição do SUS e Controle Social do SUS.

4.1 - Organização, Estrutura e Funcionamento do SUS

Ao realizar este questionamento buscou-se compreender se os professores conhecem a hierarquização e descentralização do sistema de saúde.

Algumas respostas, como do inf. 2, restringiam-se a dizer que o SUS funciona mal:

“Sei que não funciona, o sistema de saúde tem posto de saúde para o atendimento básico da população, hospitais públicos mais especializados, hospitais clínicos e a rede particular”.

Alguns outros professores, inf. 3 e 7 respectivamente, dividiram o sistema de saúde em público e privado sem responder como se estrutura ou se organiza o sistema:

“O sistema de saúde do Brasil é dividido em duas partes, tem a parte privada, que é a parte particular de cada profissional, através de consultórios em hospitais que também muitas vezes são particulares, estas são um tratamento à parte, a maior parte da população não tem condições disso, se a gente for ver a população brasileira fica relacionada ao sistema público que é o sistema único da parte da saúde, o SUS (...)”.

“Eu dividiria o sistema de saúde basicamente em dois sistemas, o sistema público ou previdenciário e o sistema privado ou de mútuas ou seguro, O sistema previdenciário, seria basicamente representado pelo SUS, e o sistema que oferece em alguns locais do país principalmente na região sul e também na região sudeste condições para que a maior parte da população possa ser atendida em doenças importantes, entretanto é muito defasado o SUS em várias áreas da medicina (...)”.

Observa-se também que estes professores não buscaram traçar uma relação de complementariedade do setor público com o privado, como diz a constituição:

“Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.”

“§1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as

entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.” (CONSTITUIÇÃO, 1998)²⁴

Ainda outros professores, inf. 4, 5, 8 e 9 respectivamente, apenas citaram muito superficialmente a forma de organização do sistema de saúde brasileiro:

“Se estrutura em centros de referência e contrarreferência, então tu tens uns centros que organizados por bairros os PAMs, os postos de saúde que fazem aquele atendimento básico, da triagem básica, tem alguns centros de referência para algumas patologias”.

“O sistema de saúde é ineficiente e caro, porque ele não tem uma hierarquia, uma valorização da assistência primária, então ele acaba tratando a doença e não o doente(...). O sistema deveria ser municipalizado, se depende de verbas que vem lá de cima passa por muita gente, a possibilidade de corrupção é maior, por isso que eu disse no início eu acho que o sistema é caro porque trata doente, não previne, trata doença e é muito corrupto”.

“O sistema de saúde no Brasil, ele é centralizado no MS que dita as normas, transmite essas normas para a secretaria estaduais de saúde que são os órgãos regionais que ditam as normas para secretaria municipal de saúde que são os órgãos locais de execução dos programas, é o SUS, foi criado após a constituição de 88, já faz parte da constituição de 88 dizendo que saúde é responsabilidade do estado e organizada hierarquicamente do governo federal até os governos municipais”.

“(...)minha resposta começaria pelo SUS (Sistema Único de Saúde) tentaria colocar para o aluno que o SUS, ele se estrutura numa, creio que ocorra isso, num atendimento primário, secundário, e terciário.”

O inf., 9 admitiu ter dificuldade de responder como funciona se estrutura e organiza o sistema de saúde:

“Eu teria bastante dificuldade em responder esta pergunta, quanto ao aspecto econômico que envolve o sistema eu realmente não saberia falar nada.”

Porém nenhum dos professores conseguiu explicar a descentralização das ações de saúde e a hierarquização do sistema conforme discutido no capítulo 2.

Vê-se dessa forma que mesmo os professores que atuam profissionalmente no sistema de saúde (sete) ou aqueles que se dedicam somente à docência desconhecem ou pelo menos não citam, como se dá a hierarquização e descentralização do sistema.

Observa-se ainda que os professores muitas vezes fazem uso de certas terminologias como “PAMs” e “sistema previdenciário” remontando ao antigo e extinto INAMPS, demonstrando que estes profissionais não acompanharam as transformações do sistema de saúde.

4.2 - Direito à saúde

Ao perguntar aos professores sobre sua concepção em relação ao direito à saúde, esperava-se que todos conhecessem o princípio da universalidade e da integralidade da atenção, bem como se posicionassem defensores incontestes deste pressuposto:

“Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de

doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.(CONSTITUIÇÃO, 1998)²⁴

Porém um dos entrevistados, o inf. 2, demonstrou não conhecer, mesmo que teoricamente, que todos tem acesso integralmente ao sistema de saúde:

“Sei que em hipótese todo cidadão tem acesso, direito e acesso a um sistema **básico** de saúde (...)”.

Os outros entrevistados deixaram claro que conheciam este direito constitucional, porém muitos deles discordaram deste preceito, como os inf. 6 e 3:

“Eu acho que o serviço deveria ser de saúde pago para quem tem dinheiro, gratuito desde internação, remédio e transporte para pessoas que não tem dinheiro e serem atendidas no mesmo sistema mais o pobre não deveria pagar e o rico com condições para pagar deveria pagar”.

“Olha, pela constituição todo mundo tem direito, só que o que eu acho é que a gente tem que botar o pé no chão para o que o SUS pode fornecer(...). Acesso tem que ser global mas de saúde básica (...)”.

Os outros professores declaram conhecer o direito à saúde, bem como concordar com ele.

Esta forma de conceber o sistema de saúde com universalidade mas sem equidade ou integralidade, demonstra um posicionamento claro de alguns professores em desacordo com os princípios do SUS, cultivando entre os estudantes um descrédito em relação à todo o sistema, sem discutir sua viabilidade teórica perante os recursos financeiros disponibilizados, entre outras questões mínimas necessárias a sua implementação.

4.3 - Princípios e Constituição

Ao analisar as respostas encontradas observa-se que os inf. 2, 5, 7 e 9 declaram não saber o que diz os princípios do SUS ou a constituição:

“Acho que não sei bem o que a constituição diz a respeito da saúde”.

“Eu desconheço os meandros desses princípios mas pelo que agente vê na prática, não conheço, mais que está executado ali, o que agente vê é o médico tem que atender um número x de doentes (...)”.

“Olha sinceramente eu desconheço como é feito a hierarquização do SUS, do que eu tenho idéia a tendência é municipalizar esse atendimento à saúde”.

“Eu desconheço, em profundidade eu desconheço, não tenho maiores conhecimentos.”

Os inf. 3, 6 e 8 respectivamente, não deixaram claro se sabiam ou não compreenderam o que foi perguntado, pois não discutiram seu conteúdo e apenas colocaram que teoricamente concordam mas que na prática não funcionava, porém se contradiziam quando tentavam explicar o porque que não funcionava, ou ainda davam explicações simplistas demais:

“Os princípios do SUS, teoricamente né, na prática é uma coisa, na teoria é outra, na teoria não tenho nada contra, na prática eu acho que as coisas não podem ser privilégios de algumas pessoas, isso não podem,

quando a gente está falando de saúde pública nós temos que dar o básico(...).”

“Teoricamente ótimo, mas na prática não funciona, é por desonestidade do farmacêutico, desonestidade do atendente, do médico, e aí vai.... o atendente no posto de saúde diz que o médico só vai aparecer das cinco para as onze às onze e trinta, a enfermeira que não aparece, ocorre troca de atendente dia sim dia não, às vezes tem a medicação e diz que não tem para não trabalhar, falta educação e motivação(...).”

“Os princípios do SUS estão corretíssimos desde que o País seja sério, no nosso caso em que, o País não é sério, então embora a legislação esteja toda bem montada na pratica não funciona”.

Alguns inf. como o 4 davam respostas vagas sem relação com a pergunta, que nos faz supor que não compreenderam o que foi perguntado ou que não sabiam do que se tratava a pergunta:

“Eu acho que aquele sistema de saúde básico está pecando em tudo, porque tu basta ver um paciente às vezes que não tem condições sobretudo intelectual você vê que ele é enrolado, jogado de um lado para outro(...).”

O informante 9 ao ser questionado fez menção a importância da integralidade do sistema porém questiona o princípio da universalidade da atenção, quando refere que o povo precisa mais de prevenção:

“Eu acho que do meu entendimento que se fosse dado uma atenção global para paciente, não só em relação ao atendimento da doença, mas eu acho que o nosso povo precisa mais e da parte preventiva

e se o princípio do SUS estivesse nisso, não destinando tanta verba para doença, mas que pudesse contemplar o preventivo, eu acho que seria um princípio mais digno, nesse sentido.”

Outros, como o inf. 1, declararam que concordavam com os princípios comentando-os superficialmente, porém sem explicá-los e comentá-los totalmente:

“O SUS foi concebido respeitando os preceitos constitucionais que ofereceu saúde com um dever do estado e um direito de todos os brasileiros. Ele foi montado e concebido com essa premissa constitucional. É difícil conseguir num País tão grande com tanta dificuldade sócio-econômica. Um País pobre dizer assim, eu vou tratar todo mundo e cabe a mim tratar e tenho direito e tal, é muito fácil escrever isso na constituição mas na hora de colocar em prática isso até hoje não se consegue, você pode ver que existe uma faixa de pessoas alijadas desse processo, ou alijadas por falta de conhecimento ou alijadas porque o sistema ainda não conseguiu ser tão eficaz para atender todo mundo.”

É interessante observar as explicações encontradas pelos inf. 1, 4 e 6 para o fato do sistema de saúde, mesmo que correto teoricamente, não funcione:

“(…)Alijadas por falta de conhecimento ou alijadas porque o sistema ainda não conseguiu ser tão eficaz para atender todo mundo, ouvi dizer mesmo em país rico tem dificuldade de oferecer saúde gratuita para todos os seus habitantes, isso para país de densidade demográfica grande”

“Eu acho que aquele sistema de saúde básico está pecando em tudo, porque tu basta ver um paciente às vezes que não tem condições

sobretudo intelectual você vê que ele é enrolado, jogado de um lado para outro (...)"

"Teoricamente ótimo, mas na prática não funciona, é por desonestidade do farmacêutico, desonestidade do atendente, do médico, e aí vai....o atendente no posto de saúde diz que o médico só vai aparecer das cinco para as onze às onze e trinta, a enfermeira que não aparece, ocorre troca de atendente dia sim dia não, às vezes tem a medicação e diz que não tem para não trabalhar, falta educação e motivação".

Uma das repetições mais encontradas, que diz respeito ao princípio da integralidade da atenção, já foi citada no subtítulo do direito à saúde, porém merece ser melhor analisada; observando os inf. 2, 3 e 4:

"Sei que em hipótese todo cidadão tem acesso, direito e acesso a um sistema **básico** de saúde (...)"

"Olha, pela constituição todo mundo tem direito, só que o que eu acho é que a gente tem que botar o pé no chão para o que o SUS pode fornecer(...). Acesso tem que ser global **mas de saúde básica** (...). Os princípios do SUS, teoricamente né, na prática é uma coisa, na teoria é outra, na teoria não tenho nada contra, na prática eu acho que as coisas não podem ser privilégios de algumas pessoas, isso não podem, quando a gente está falando de saúde pública nós temos que **dar o básico**(...)."

"Eu acho que aquele sistema de saúde **básico** está pecando em tudo, porque tu basta ver um paciente às vezes que não tem condições sobretudo intelectual você vê que ele é enrolado, jogado de um lado para outro(...)"

Percebe-se que existe entre entrevistados a compreensão de que apenas o sistema de saúde básico deve ser público, contrariando o princípio da integralidade do sistema, reservando somente aqueles com condições sócio econômicas favoráveis a possibilidade de atendimento especializado.

Enfim observa-se que nenhum dos entrevistados discutiu qualquer dos princípios, apenas citaram alguns e ainda em relação à constituição alguns entrevistados fizeram alusão ao direito universal à saúde, porém sem discutir todos os outros artigos constitucionais.

4.4 - Controle Social

Ao analisar as respostas encontradas quando questionou-se os entrevistados acerca de como as pessoas poderiam intervir para melhorar o sistema de saúde, poucos professores, apenas dois, o inf. 8 e 1, citaram a figura do conselho municipal de saúde:

“(...)Existe a comissão municipal de saúde, o conselho municipal de saúde, o conselho estadual de saúde, e o conselho Federal de saúde, então no conselho municipal de saúde deveriam participar das reuniões todos os cidadãos que são atingidos da unidade sanitária para levarem as suas reivindicações(...)”.

“Pessoas da comunidade integram o Conselho, não sei bem como as pessoas são escolhidas, mas sei que no município é o prefeito, o secretário municipal de saúde e um conselho de pessoas da comunidade, líderes comunitários provavelmente”.

No entanto a maioria dos entrevistados não citou os conselhos de saúde, órgãos oficiais de controle do sistema de saúde que existem desde 1991 com a lei 8080 que o regulamenta.

Isto parece demonstrar o distanciamento destes professores com o órgão legítimo de planejamento do sistema de saúde nas três esferas de governo, onde há representantes não só de usuários do sistema mas também de prestadores de serviço, governo e trabalhadores da saúde, corporação a qual pertence a maioria dos entrevistados.

Analisando as outras respostas descobrimos como se dá o controle social par o inf.3:

“Isso acho que é na eleição, colocar pessoas boas, que tenham capacidade de gerenciar, não vejo outra coisa”

Percebe-se que para ele o cidadão só pode participar passivamente do sistema de saúde, através das eleições.

A maior parte dos entrevistados no entanto, inf. 2, 5, 7 e 9 responderam que as pessoas devem se organizar através de reuniões em bairros, ou hospitais:

“Em agremiações das comunidades, em associações de bairro, em associação seja ela qual for, e juntos cobrar do poder público(...)”.

“Eu acho que a coisa começa com a consciência do bairro, o líder da comunidade faz uma reunião com o pessoal do bairro e exige da prefeita, do prefeito, aquilo que está previsto(...)”.

“(...)Talvez se pudesse montar reuniões em hospitais com se faz com grupo de diabéticos, grupo de gestantes, etc..., retirar alguns lideres e fazer alguns tipo de movimento exigir algo melhor para a população”.

“Eu acho que tudo parte da consciência, de um trabalho de consciência, até mesmo de cada cidadão pelos seus direitos, lutar por seus direitos, se organizando em comunidades, representantes da comunidades, eu acho que a necessidade de 1 local em termos de saúde pode ser

diferente de outro, um precisa saneamento básico, trabalhar essa parte, outros precisam mais de outros aspectos da saúde, talvez uma mais na pediatria, outro mais na ginecologia”.

Vale a pena ressaltar que em nenhuma das respostas, nem entre os professores que demonstraram conhecer o conselho de saúde foi citado a participação do profissional de saúde como um agente ativo no processo de planejamento, avaliação e transformação do sistema de saúde.

Interessante observar que a resposta do inf. 3 levava a crer que somente pessoas com cargos de direção poderiam modificar o sistema:

“Eu conheço poucas pessoas, não tenho noção para te dizer isso aí, as pessoas que são meus superiores no lugar em que trabalho, são pessoas que sempre atuaram com muita boa vontade, dignamente, nunca que vi nada que pudesse ser contra qualquer procedimento deles, muito pelo contrário agente vê que eles querem arrumar as coisas, mas a gente vê que os problemas são acima deles e aí eles tem as mesmas dificuldades que nós”.

Enquanto a resposta do inf. 7 surpreendeu pela sinceridade e pela reflexão realizada pelo professor a cerca da participação do professor/profissional de saúde no sistema:

“É difícil isso de te responder acho que uma população se organizar, acho que tem que existir um conhecimento de como funciona, eu que trabalho na área da saúde, sou médico e desconheço basicamente os princípios do SUS, imagine um trabalhador que ganha um salário mínimo e tem 4 filhos para sustentar como ele vai conseguir ter uma informação desse tipo(...)”.

Assim fica claro que e a maior parte dos professores desconhecem a existência de conselhos de saúde, a representatividade dos profissionais e sua importância para o avanço do sistema.

Levando a crer que questões como legislação, regulamentação, organização e participação no sistema não tem significado frente a sua prática liberal.

Esta análise nos faz supor que, sendo assim, não transmitem em sala de aula para os estudantes o órgão legítimo de planejamento de todas as ações e serviços de saúde, informação fundamental, conforme a lei de diretrizes curriculares para o curso de medicina, na formação dos futuros profissionais de saúde¹⁸.

5 - CONCLUSÃO

Analisando as respostas encontradas pode-se inferir que os professores do curso de medicina da UFSC pesquisados:

- Tem deficiência de informações acerca do SUS.
- Tem conhecimentos ultrapassados com as modificações advindas da constituição.
- Não conhecem a forma de intervir e modificar o sistema.
- Não se incluem enquanto profissionais nos embates para o melhoramento do sistema.
- Não transmitem informações fundamentais para a formação dos estudantes.
- Desconhecem a legislação que norteia o funcionamento do Sistema Único de Saúde bem como as diretrizes curriculares para o curso de medicina.
- Compreendem que o sistema não deveria atender de forma integral o ser humano, somente nas suas necessidades básicas de saúde.

Portanto infere-se que os professores não repassam estas informações aos seus estudantes contribuindo com a perpetuação das deficiências do ensino ou ainda repassam outros valores em um currículo oculto.

Segundo Apple, o currículo oculto se manifesta independentemente do discurso, por gestos, vestimentos, comportamentos, induções, omissões de fala, etc.²⁵

Compreende-se assim a necessidade de capacitar os profissionais médicos e os docentes do curso de medicina, para que entendam o SUS, só assim as propostas de modificação do currículo terão sucesso.

Porém alguns entrevistados que fizeram parte da amostra por considerarmos como contribuintes para as deficiências de formação em relação ao SUS nos surpreenderam, não só conheciam mesmo que superficialmente os princípios do SUS, como os conselhos de saúde e as principais premissas constitucionais.

Assim concluiu-se que não basta conhecer o SUS, seus princípios e diretrizes, é necessário estar sensibilizado para o que ele verdadeiramente representa, uma estratégia de transformação social em busca de melhoras no atendimento a saúde da população.

Vale ressaltar ainda que o instrumento da pesquisa apresentou falhas quando não deixava claro se o entrevistado não sabia responder o que foi questionado mas entendia a pergunta, ou simplesmente não compreendia a pergunta e dava uma outra resposta.

Em relação ao método é importante dizer que pelo pouco uso da análise qualitativa nas Ciências da Saúde houve certo pré-conceito de alguns colegas e professores, questionando a cientificidade da pesquisa, trazendo certo constrangimento aos pesquisadores.

Esta pesquisa não pretende dar respostas prontas, ~~traz~~ sim alguns apontamentos e a pretensão de suscitar novos questionamentos e abrir caminhos para novas pesquisas acerca do ensino médico.

6 - REFERÊNCIAS

- 1) BRASIL. IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 1998.** (rendimento/pnad98/saúde/sb04_1.shtm).
- 2 – ROS, M. A. D. **Estilos de pensamento em saúde pública:** um estudo da produção do FSP-USP e ENSP-FIOCRUZ entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwik Fleck. 2000. 207p. Tese de Doutorado em Educação e Ciência. UFSC, Florianópolis.
- 3 – CORDONI, J. L. Medicina Comunitária: o conceito se materializa. In: **Espaço para a saúde.** Nesco, n. 0, 1989.
- 4 – ROS, M. A. D. **Fórum popular estadual de saúde:** Expressão catarinense do Movimento Sanitário, para os anos 90. Florianópolis, 1994, p.18.
- 5 – FEUERWERKER, L.C.M. Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre necessidades/ problemas da comunidade: **Saúde em Debate**, n.55, p. 92-103, 2000.
- 6 – ESCOREL, Sara. **Reviravolta da Saúde:** origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.
- 7) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Saúde. **ABC DO SUS,** doutrinas e princípios. Brasília, 1990.
- 8 – PUSTAI, O. J. **O sistema de saúde no Brasil. Medicina Ambulatorial:** Conduitas Clínicas em Atenção Primária. Porto Alegre: Artmed, 1996. p.17 a 21.
- 9 – TEIXEIRA, M. Et al. Trabalho e gestão em saúde – algumas considerações no contexto do SUS. In COSTA, N.R e RIBEIRO, J.M. (Orgs) **Política de saúde e inovação institucional:** uma agenda para os anos 90. Rio de Janeiro: Secretaria do Desenvolvimento Educacional/ENSP/FIOCRUZ. 1996. 106 p.
- 10 – MACHADO, M. H. **Os médicos no Brasil:** um retrato da realidade. 20 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 244 p.
- 11) CORDEIRO, H. *A escola médica e o novo modelo de cuidados de saúde do SUS: Saúde da Família.* In: *A educação profissional em saúde e a realidade social/Organizador: Bertold Kruse Grande de Arruda.* Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco. Ministério da Saúde: 2001. p. 87 a 117.
- 12 – FEUERWERKER, L. C. M. Cinco caminhos para não abrir espaços de transformação do ensino médico. **Revista da Associação Brasileira de Ensino Médico.** v. 24, n. 1, maio/setembro. 2000.

- 13 – TEIXEIRA, C. F. PAIM, J. S. Política de Formação de Recursos Humanos em Saúde: Conjuntura Atual e Perspectivas. **Divulgação em Saúde para Debate**. n 12 , p. 19-23. 1996.
- 14 – GARCIA, Juan César. **Pensamento Social em Saúde na América Latina**. São Paulo: Cortez, 1989.
- 15 – CINAEM, **Avaliação do Ensino Médico no Brasil: Relatório Geral**.1997.
- 16 – BRASIL. Ministério da Saúde. Anais do Encontro de Experiências de Educação e Saúde da Região Norte. **Ação participativa: Capacitação de Pessoal**. Belém, 1982.
- 17 - CUTOLO, L. R. A. **Estilo de pensamento em educação médica: um estudo do currículo do curso de graduação em medicina da UFSC**. 2001. 208p. Tese de Doutorado em Educação - CED/UFSC, Florianópolis.
- 18 – ARRUDA, B. K. G. (Org.) **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco. 2001.
- 19 – BRASIL. Lei 9394/96. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Art. 48, Brasília: DOU. 23 de Dezembro de 1996.
- 20 – BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina. Brasília. Parecer n. 1.133 de Agosto de 2001.
- 21 – BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INFORME SAÚDE. Lançado o programa para mudar currículo de medicina. Ano VI n. 158 – Abril de 2002.
- 22 – MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 3 ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.
- 23 – BRASIL. UFSC. Departamento de Administração Escolar. Currículo do Curso de Medicina. 1997.
- 24 - BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 22 ed. Saraiva, 1999. 111. p.
- 25 – APPLE, M. **Ideologia e Currículo**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1982.

ANEXO

Perguntas realizadas aos entrevistados:

- 1) Se você fosse convidado para dar a primeira aula do curso de medicina e um dos calouros lhe perguntasse: Como funciona, se estrutura e organiza o sistema de saúde no Brasil?

- 2) Em relação ao direito à saúde, quem você acha que deve ter direito à saúde no Brasil?

- 3) O que você acha do que a constituição diz à respeito da saúde?

- 4) O que você acha dos princípios do SUS?

- 5) Como você acha que as pessoas em geral podem se organizar para reivindicar um sistema de saúde melhor?

**TCC
UFSC
SP
0058**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC SP 0058

Autor: Henrique, Flávia

Título: Concepções de sistema único de s



972811297

Ac. 254136

Ex.1 UFSC BSCCSM