

# CAPÍTULO 1

## INTRODUÇÃO

O modelo de formação do médico no Brasil, atualmente vem sinalizando a necessidade de mudança em função das modificações ocorridas no mercado de trabalho e com a inserção de uma nova proposta de trabalho de educação profissional determinado tanto pelo MEC (Diretrizes Curriculares), como pelo Ministério da Saúde (Portaria nº 198).

Esta nova proposta vem calcada nos princípios do Sistema Único de Saúde, numa proposta articulada entre Instituições de Educação e Serviço de Saúde, adequadas às reais necessidades da população (MEC, 2001).

As universidades têm se preocupado com a formação de profissionais de saúde. Estes debates também estão ocorrendo na Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), na Rede UNIDA, entre outros.

Meu interesse em realizar esta dissertação nasceu da prática como preceptora de campo dos alunos da 10ª fase do Curso de Medicina, durante o Internato de Saúde Coletiva no campo da Atenção Primária.

Durante minha vida profissional em Atenção Primária, entre 1996 e 1998, foi me apresentada a proposta docente assistencial, onde fui convidada, em caráter não remunerado, a participar junto à equipe de profissionais, médicos e enfermeiros, a compor uma equipe para trabalhar com a docência e assistência, acompanhando como preceptora de campo, alunos da 10ª

fase do curso de medicina no Internato de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

A necessidade de capacitar o profissional para aprender a aprender e aprender fazendo deve permitir, ao longo da carreira/vida uma educação permanente, com ênfase na auto-aprendizagem. A prática profissional deve ser exercida sob as classes científicas e evidências válidas. Mas certamente com a percepção de que cada indivíduo possui característica própria, que exige uma conduta profissional-ético-humanística responsável [...] reforçamos nas Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação em saúde, a articulação entre Educação formação geral e específica dos egressos/profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recurepação e reabilitação da saúde, indicando as competências comuns gerais para esse perfil de formação. Dessa forma, adotamos o conceito de saúde e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) como elementos fundamentais dessa articulação. (DIRETRIZES CURRICULARES, 2002, p. 02-03).

Esta proposta docente assistencial foi construída através de um convênio entre Universidade e Prefeitura Municipal de Florianópolis.

Esse tinha como premissa, oportunizar campo de estágio em Centros de Saúde da Rede Básica de Saúde do Município, com o intuito de mostrar uma nova realidade de trabalho para o aluno em formação de todas as áreas de saúde. Esse processo iniciou formalmente com o Curso de Medicina (na 10ª fase), em janeiro de 1998.

A partir deste processo, inferimos que as necessidades assistenciais repercutiram no modelo de formação dos profissionais de saúde. Foi fundamental contemplar de forma significativa, na formação, o modelo de promoção à saúde preconizado para o País, a atenção integral da saúde num sistema hierarquizado de referência, contra-referência e de trabalho de equipe. Do profissional, esperava-se a capacidade de promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades individuais com as da comunidade, atuando aí como agente de transformação social. (DIRETRIZES CURRICULARES, 2002).

Nesta lógica, da nova proposta de formação dos profissionais de saúde, foi construído um distrito docente assistencial com a finalidade de articular serviço e ensino em uma área geograficamente definida, formada por sete Centros de Saúde, aos arredores da

Universidade, com equipes de saúde da Prefeitura e da Universidade, envolvidos como preceptores no chamado Programa Docente Assistencial.

O estágio Internato de Saúde Coletiva tinha como desafio mostrar uma proposta diferente, fora da realidade hospitalar, onde os alunos, junto com os docentes assistenciais, vivenciaram uma nova realidade, com práticas desiguais àquelas vividas no decorrer da formação eminentemente teórica e/ou hospitalares.

A prática vivida revelou diversas diferenciações do que acontece no decorrer do Curso “intramuros” na Universidade. Estas são, por exemplo, o acolhimento, as consultas e os retornos com hora marcada, as visitas domiciliares, os grupos terapêuticos, as reuniões com escolas e creches, sala de espera, o saber onde o paciente mora e suas condições de vida, a vivência de um trabalho interdisciplinar, a preocupação em promover saúde e prevenir doenças e o vivenciar doenças comuns no cotidiano de uma comunidade.

A proposta de estágio tinha como prioridade oferecer ao aluno uma compreensão maior sobre saúde, Sistema Único de Saúde, sem a monotonia das exposições teóricas, com um enfoque centrado na prática, no cotidiano da comunidade.

Nesta proposta, os profissionais de saúde envolvidos no campo de estágio, na ocasião, eu como enfermeira e o médico; ambos éramos preceptores de campo dos alunos do Internato.

No Centro de Saúde, onde éramos preceptores, construímos uma metodologia de trabalho, na qual o aluno chegava e se inseria no campo, tornando-se membro da equipe, desenvolvendo atividades programadas pelo serviço.

Esta metodologia de trabalho foi construída por nós profissionais envolvidos a partir da prática cotidiana, entendendo a proposta para o ensino e serviço. A mesma trazia como

premissa oferecer um atendimento de qualidade à população e envolver o aluno no dia a dia do serviço, dando oportunidade ao aluno de conhecer a forma de trabalhar no campo da Atenção Primária, construindo vínculo e comprometimento com a população do bairro.

A forma de trabalho no Centro de Saúde se dava através das seguintes ações:

- O **acolhimento**: diferentemente de como se fazia antes, que era chamado de triagem, o acolhimento, conceituado como uma “nova” forma de atender os usuários, tinha também como objetivo, além de atender a todos que procuravam o serviço de saúde daquele bairro, o exercício que o aluno desenvolvia diariamente. Esta atividade consistia em escutar o usuário, analisar o motivo que o levava ao Centro de Saúde e identificar se aquela procura demandava um atendimento, uma consulta ou um agendamento para um outro dia, de acordo com a agenda disponível.
- A **agenda do Centro de Saúde**: era organizada com consulta com a duração de meia hora. O objetivo do tempo de 30 minutos para cada consulta era o de estimular o diálogo entre aluno e usuário do serviço, com intuito de construir vínculo e propiciar ao aluno em formação as condições para fazer os passos de uma consulta médica.
- Os **retornos**: eram gerados pelos próprios alunos durante as consultas, onde, ao final detectavam a necessidade de rever o usuário para completar a assistência prestada; estes retornos tinham duração de 15 minutos.
- Os chamados **grupos terapêuticos**: eram feitos grupos de hipertensos, diabéticos, grupos de promoção à saúde, assim como os grupos de gestantes. Nesta atividade previa para cada grupo um aluno responsável, com o papel de mediador. As reuniões dos grupos aconteciam sistematicamente antes das consultas individuais, estes tinham duração de uma hora. Tinham como objetivo estimular a fala dos participantes com intuito de

promover a troca de experiências, onde, o aluno envolvido tinha o papel de desvelar dúvidas quando solicitado pelos membros dos respectivos grupos.

- As **visitas domiciliares**: havia no Centro de Saúde um livro onde eram anotadas as necessidades de visita. Este livro era preenchido pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pelos profissionais do Centro de Saúde e pelo aluno. As necessidades de visitas eram levantadas pelos ACS, pelos profissionais ou alunos, ou a pedido da família ou da comunidade. Estas eram feitas diariamente por um aluno junto com um profissional de saúde e/ou um ACS. A visita domiciliar tinha como finalidade acompanhar a dinâmica da família na casa para compreender a problemática que a envolve – entender como as pessoas vivem e porquê elas adoecem, ou ainda, tomar conhecimento dos motivos que as levam a procurar o Centro de Saúde com tanta frequência. Muitas vezes estas visitas aconteciam como busca ativa, àqueles que faltavam à consulta ou a outro procedimento no serviço de saúde como, por exemplo, vacinas em atraso, gestantes que faltavam à consulta de pré-natal, entre outras.
- O **saber onde o paciente mora** e suas **condições de vida**: este reconhecimento era construído no cotidiano da vivência no campo. Corresponde às atividades do aluno no campo, tais como visita domiciliar, grupos, consultas, acolhimento, o conhecimento dos moradores da comunidade (como viviam, se trabalhavam, como era sua família entre outros aspectos significativos). O objetivo era o de reconhecer este morador quando procurava o aluno no Centro de Saúde, assim, este conseguia ampliar o olhar de reconhecimento verificado a partir das condições e aspectos físicos conhecidos anteriormente (moradia, família e ambiente). Este registro que o aluno tinha das condições de vida do morador estreitava as relações entre aluno (médico) morador, (usuário do serviço de saúde).

- A **vivência do trabalho multiprofissional**: esta oportunidade lhes foi dada tanto no Centro de Saúde, nas atividades de assistência, no qual os referidos alunos trabalhavam junto a outros profissionais, cada um com suas atribuições, quanto nas atividades “extramuros”, como nas saídas a campo com agentes comunitários e outros profissionais de saúde. Esta vivência propiciava a troca de conhecimento e o reconhecimento da importância do trabalho em equipe.
- A **preocupação em promover saúde e prevenir doenças**: esta preocupação foi construída no estágio através de cada saída a campo, visita, consulta, acolhimento. Como exemplo, cito o aluno na saída a campo para visitar um usuário que faltou à consulta. A preocupação do aluno ao chegar na casa do usuário não era, propriamente, a doença, e sim com o motivo que provocou a falta. A partir desta preocupação – o olhar do aluno sobre o contexto ambiente, a moradia, a família – se estende e o compromisso passa a não ser só com a falta e/ou com a consulta, mas em entender o porquê dessa falta. Dentro do contexto encontrado, a preocupação em garantir o atendimento continuado e o acompanhamento da saúde é levada como premissa.
- **Vivenciar doenças comuns**: o campo de estágio da Atenção Primária propiciou a prática e o reconhecimento de doenças comuns com o aprender fazendo. Como exemplo podemos destacar que algumas vezes, os alunos atendiam, no acolhimento, usuários com escabiose, doença comum que incluía, somado ao tratamento medicamentoso, as orientações e cuidados que iam além do consultório. Outrossim, era a primeira vez que os alunos atendiam com um olhar de “médico generalista”.

Durante quatro anos no serviço, acompanhando os alunos no campo, comecei a perceber que algo acontecia com a maneira de “ver” do aluno naquele campo de estágio. Porém, não tinha como medir tal mudança e nem mesmo saber em que aspectos eles mudavam.

A partir da necessidade da prática, sobre o trabalho desenvolvido pelos profissionais docentes assistenciais, nasceu a vontade de investigar, por meio da pesquisa, se havia efetivamente esta ocorrência de mudanças e em que mudavam aqueles alunos.

Assim, naquela ocasião, buscou-se o entendimento da estratégia global de mudança na formação e na capacitação de Recursos Humanos. Tal enfrentamento requerido mostrara a necessidade de estabelecer vínculos e corresponsabilidades entre ensino das profissões de saúde e entre novas relações intersetoriais e com a comunidade, com a premissa de reorientação do modelo assistencial nos princípios da equidade, integralidade e universalidade da atenção à saúde, conforme os preceitos do Sistema Único de Saúde. Isto significou estabelecer que o conjunto dos atores sociais, profissionais de saúde, que assumissem esta tarefa, convidados a aceitar, de forma clara e inequívoca, o desafio de formar recursos humanos para a operacionalização do sistema de saúde.

Com intuito de não ter somente como compromisso a área de assistência médico-hospitalar, mas a preocupação de incorporar à integração das ações promocionais, preventivas e curativas, é preciso realizar o trabalho clínico com as metas da saúde coletiva e apontar para as tão necessárias intervenções de natureza intersetorial destinadas à redução de problemas de saúde epidemiologicamente definidos em uma área ou região.

Com uma visão ampliada sobre a prática e com vistas à mudança curricular, esta estratégia buscava estimular, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a elaboração de projetos educacionais locais ou regionais que realizassem a integração ensino, serviço, a revisão e/ou adequação dos currículos profissionalizantes requeridos pela nova metodologia educacional dialógica e horizontal. (Belaciano appud DIVULGAÇÃO, 1996).

Trazendo para este olhar a necessidade em função dos campos, os profissionais responsáveis pelo estágio dos alunos (enfermeiros e médicos) do Centro de Saúde envolvidos na

proposta do Programa Docente Assistencial (PDA), reuniam-se uma vez por semana, junto com a coordenação do Internato, durante duas horas. Conversavam sobre o andamento do estágio que objetivava discutir a metodologia, as dificuldades e facilidades do projeto. Durante estas reuniões, havia um *feed-back* sobre os grupos de alunos dos sete campos de estágio. Naquela ocasião, levantava-se questionamentos e interagíamos nas perguntas e respostas. Muitas vezes as questões eram comuns e apareciam, entre eles, as mesmas indagações que eu também me fazia: será que os alunos mudam após passar pelo estágio em Atenção Primária à Saúde em um Centro de Saúde? Que mudanças ocorrem? Por que eles mudam? Com que atitudes estamos formando gente para o SUS? Estes questionamentos brotavam no campo e eram compartilhados nas reuniões.

Para compreender melhor estas indagações e, com o propósito de tentar desvelar os porquês destas mudanças, busquei o Mestrado em Saúde Pública para viabilizar esta investigação através da dissertação de mestrado.

Ao iniciar esta pesquisa, a primeira tarefa foi definir o grupo de alunos, que se deu após a realização de sorteio feito pela coordenação do Internato para a escolha do campo. Neste sorteio foram distribuídos números (em pequenos papéis) e, de posse das suas respectivas identificações, os alunos foram sendo chamados (de acordo com a ordem numérica) para escolherem o campo. Oito (8) alunos pertenciam ao grupo que escolheu o campo onde aconteceu a pesquisa. Estes foram acompanhados por um internato (um semestre), e entrevistados antes e depois da passagem pelo campo.

O tipo de entrevista era uma soma de duas formas. Eram seis perguntas abertas e oito situações problema. As indagações das entrevistas contemplavam os temas “Saúde”, “SUS”, “Promoção à Saúde”, “Internato de Saúde Coletiva” e frases com afirmações retiradas de livros e revistas que descreviam situações ligadas à saúde, medicina e ao papel do médico.

A metodologia usada foi qualitativa, com ênfase na utilização da Análise de Conteúdo de Laurence BARDIN (1997), na qual, através da análise das respostas, brotaram categorias que explicaram como aconteceram tais mudanças.

Durante o percurso da pesquisa foi possível visualizar o antes – como os alunos chegaram ao campo da Atenção Primária. Foi possível observar, também, que a forma como está construída a grade curricular e a distribuição das disciplinas (exceto, justamente, pelo internato da 10ª fase), aponta para um modelo de formação profissional médica, que não busca compreender as necessidades da população. É justamente nesta possibilidade de modelo contra-hegemônico da 10ª fase que se tenta fazer diferente. Consegue-se?

Para Cordeiro appud ARRUDA (2001), a preparação técnico-científica dos médicos deverá incorporar os conceitos e instrumentos para participar destes avanços e desenvolver a capacidade de utilização eficaz e ética das novas tecnologias. É previsível que se dê maior prioridade ao controle de doenças por adoção de novos hábitos alimentares, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e do trabalho, que envolverão um papel do novo médico na sociedade.

Porém, isso não aconteceu no curso de Medicina da UFSC ao longo do tempo. É só no Internato de Medicina em Saúde Coletiva, na 10ª fase do curso, que isso poderá ocorrer. Apesar de tardio, sua contribuição parece ser muito rica na construção do “novo médico”.

Finalizo esta introdução convidando àqueles que se interessam pelo tema a ler toda dissertação. E concluo, dizendo que a análise do pós-internato demonstra mudanças visíveis no aluno e, acredito que poderão fazer grande diferença na sua vida profissional.

## **CAPÍTULO 2**

### **CONSTRUINDO O REFERENCIAL TEÓRICO**

Neste capítulo, contemplo a revisão de literatura. Esta apresenta concepções de vários autores que propõem o referencial teórico sobre Saúde, SUS, Atenção Primária à Saúde, Promoção à Saúde, buscando a aproximação entre literatura e a prática.

Uma vez que a ênfase no Curso de Medicina é flexneriana (DA ROS, 2000; CUTOLO, 2001), e que alguns Trabalhos de Conclusão de Curso têm apontado para o distanciamento da Atenção Primária, na formação do estudante da UFSC, buscou-se o entendimento de alguns conceitos considerados como chave sobre a possibilidade de construir um referencial teórico para Saúde, SUS, Promoção à Saúde, Atenção Primária à Saúde, que agora passo a dar forma.

#### **2.1 SAÚDE**

Existem alguns conceitos em vigor sobre saúde que caminham simultaneamente. Examinaremos e adotaremos alguns.

Após buscar leituras e autores que trataram do conceito de saúde, pude entender que saúde vem ao encontro das condições de vida do cidadão. O indivíduo só consegue ser cidadão

se exerce seus direitos e deveres, constituindo-se, assim, um sujeito que atua, participa das decisões, luta pelos objetivos da coletividade e somando com os demais sujeitos, para a construção de uma sociedade mais igualitária, transformando-se em grupos sociais, caracterizando, assim, a democracia.

A Constituição Federal de 1988, no artigo 196, diz que “A saúde é um 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 e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, p. 22).

A Conferência Nacional de Saúde (1987), define que a saúde não envolve apenas a recuperação da doença, saúde é soma de resultados das formas de organização social que depende de um conjunto de fatores.

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde. É assim antes de tudo, o resultado das formas de organização social da população as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde; 1987, p.382).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001), define saúde como um “bem estar físico, mental e social”.

É um tanto quanto complicado falar do conceito de saúde a partir da visão da Organização Mundial de Saúde. Se analisássemos o teor das afirmações contidas no conceito, chegaríamos a conclusão que: “saúde é a ausência de doença e/ou que saúde não existe”. O bem estar físico, mental e social implica centenas de fatores para que o indivíduo alcance o equilíbrio, portanto, este conceito nos coloca numa situação impossibilitante de conquistar saúde.

Se adotarmos o conceito emitido pela OMS, chegaremos à conclusão de que saúde não existe, principalmente se analisarmos as condições sócio-econômicas do nosso país.

Da Ros, em sua tese de doutorado, faz críticas ao primeiro enunciado – completo bem estar (DA ROS, 2000), embora concorde que é uma instância que passa pelo social, pelo psicológico e pelo físico.

Na verdade, a avaliação sobre este conceito se faz necessária, pois sempre que vamos conceituar saúde, nos vem à tona a definição da OMS.

Apesar da evolução das discussões sobre os conceitos de saúde, é importante registrar que ainda não conseguimos chegar a um conceito definido sobre o que é saúde e, em sua maioria, temos dificuldade de entendê-lo.

Mário TESTA (1997), coloca de forma bastante clara e romântica em seu livro “Saber en Salud”, que o objeto de trabalho da medicina é o corpo – que trabalha, que ama, que luta, ou seja, o corpo físico, mental e social, mas escreve que saúde é um objeto complexo e indefinido.

E, a própria OMS, quando fala em promoção à saúde, mais modernamente, acaba assumindo um conceito mais amplo, incluindo a valorização à saúde, fatores necessários para assegurar a qualidade de vida e o direito ao bem-estar social.

Trazendo a análise do conceito de saúde para este estudo, começamos a construir, na concepção da prática, um conceito que pudesse pensar o estudo. Sabendo da tamanha complexidade de se chegar a um conceito e conhecendo a realidade vivida pelos alunos durante a formação, onde esta, na maior parte do tempo de sua carga horária para sua formação profissional é construída em ambientes hospitalares dentro dos muros das Instituições, fica

perceptível a construção de uma certa “deformidade” (hipertrofia em sua forma de ver, em detrimento de outras), na formação deste profissional.

Diante deste contexto, a complexidade de se adotar, para este estudo, somente um conceito de saúde, optou-se por uma mescla dos conceitos de saúde construídos e descritos na 8ª Conferência Nacional de Saúde e no conceito do livro de Mário Testa “Saber en Salud”. Este último permeou as análises das entrevistas.

## **2.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

A Ditadura Militar tinha um modelo de saúde que se caracterizava por uma dicotomia entre a Previdência e a Saúde e fortalecia o complexo médico industrial. Terminada a Ditadura Militar, em 1984 e 1985, inicia-se uma nova etapa. Nesta nova etapa, a proposta era fundir Previdência com Ministério da Saúde. Não vou me deter, no entanto, a falar sobre os marcos da Reforma Sanitária porque este não é o objeto da dissertação.

Assim, nesta ocasião, nasce um novo modelo de Saúde, através do movimento da Reforma Sanitária, por meio de lutas e movimentos comprometidos, contrapondo-se a antigos interesses. Neste momento, acontece, também, a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), em que a participação maciça de todas as instituições do setor da saúde e entidades da sociedade, grupos sociais, partidos políticos, movimentos populares foi enfatizada. Naquela Conferência, durante as discussões foram construídas as bases legais que consolidaram como necessidade uma reforma administrativa na saúde, reavendo e ampliando o conceito de saúde. Assim, teve continuidade o movimento da Reforma Sanitária, que havia começado na década de 70.

Na ocasião, foram eleitos os Deputados da Constituinte e a Comissão da Reforma Sanitária para acompanhar os trabalhos na Assembléia Nacional Constituinte, onde nessa época é assinado o Decreto criando o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), adiantando bandeiras da Reforma Sanitária.

A Assembléia Nacional Constituinte vota, em 1988, a lei maior, consolidando o nascimento da constituição, para acompanhar o trâmite das leis orgânicas com o intuito de efetivar as mesmas.

Em setembro de 1990, é aprovada a Lei 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, reafirmando o direito do cidadão.

O SUS é um Sistema, ou seja, é formado por várias Instituições dos três níveis de governo (União, Estado e Municípios), e pelo setor privado contratado e conveniado, como se fosse um mesmo corpo. Assim o serviço privado, quando é contratado pelo SUS, deve atuar como se fosse público, usando as mesmas normas do serviço público (Legislação Básica do SUS, 2001, p. 51).

A Legislação Básica do SUS:

A Lei Orgânica da Saúde – LOS – é o conjunto de duas Leis editadas (lei nº 8080/90 e lei nº 8142/90) para dar cumprimento ao mandamento constitucional de disciplinas legalmente a proteção e a defesa da saúde. São Leis nacionais que tem caráter de norma geral, contém diretrizes e os limites que devem ser respeitados pela União, pelos Estados e pelos Municípios ao elaborarem suas próprias normas para garantirem – em seus respectivos territórios – direitos para seus povos (Legislação Básica do SUS, 2001, p. 38).

Os princípios que adotamos para a pesquisa foram os mesmos considerados básicos do SUS:

- **Eqüidade**

Eqüidade é diferente de igualdade. Todas as pessoas têm direito ao atendimento às suas necessidades. Mas as pessoas são diferentes, vivem em condições desiguais e suas necessidades são diversas.

O princípio da equidade significa que a rede de serviços de saúde deve estar atenta para as desigualdades existentes, com o objetivo de ajustar as suas ações às necessidades de cada parcela da população a ser coberta. Em outras palavras, deve tratar mais a quem precisa mais, procurando reduzir a desigualdade (BARROS, 2000).

- **Integralidade**

Este preceito do SUS propõe assentar-se na compreensão dos direitos dos indivíduos de serem atendidos de maneira integral no conjunto das suas necessidades.

Dessa forma, o SUS deve desenvolver ações sobre o ambiente e sobre os indivíduos, no âmbito físico, mental e social, destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a reabilitação.

Outra decorrência desse princípio de ação do SUS é a articulação das ações governamentais. O trabalho em diversas frentes de ação é uma exigência para a solução dos problemas sanitários. (BARROS, 2000, p.33).

- **Universalidade**

Se voltarmos na história, lembraremos dos tempos em que a assistência prestada pelos serviços de saúde estava sob responsabilidade dos Institutos de Previdência, somente daqueles que tinham carteira assinada. Os que não conseguiam pagar dependiam de entidades filantrópicas.

O SUS foi criado partindo de uma premissa: todas as pessoas têm igual direito à atenção à saúde. Cabe ao Estado garantir as condições para o exercício desse direito, e isso se fará mediante a implantação do SUS. O que significa dizer que a rede de serviços do SUS – sejam as Unidades Estatais, o Setor Privado Contratado em caráter complementar – têm o dever de atender ou encaminhar para atendimento em Unidades especializadas todas as pessoas que necessitarem, sem estabelecer condições ou exigir pagamento. (BARROS, 2000, p.33).

Após retomarmos parte da história para contextualizar o Sistema Único de Saúde com a preocupação de caracterizar a construção do mesmo e com a intenção de elucidar a análise das entrevistas, buscamos pontos fundamentais da história para entender as falas dos alunos e as suas compreensões sobre o que é SUS.

## 2.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Após consulta e estudo das bibliografias, reconheceu-se que a saúde, em sua visão assistencial, apresenta três esferas, ou seja, “Atenção Primária”, “Atenção Secundária” e “Atenção Terciária”.

Como a ênfase deste estudo é sobre o trabalho extra-hospitalar e Centro de Saúde, a busca pela teoria sobre Atenção Primária à Saúde e pelo trabalho realizado nos postos de saúde são justamente os objetos dessa investigação. Trata-se, portanto, de reconhecer este conceito para analisar as entrevistas da pesquisa.

Reconhecendo a Atenção Primária à Saúde, em setembro de 1978, em Alma Ata, Rússia, na Conferência Internacional de Saúde, cujo tema era sobre os cuidados primários à saúde, a Organização Mundial de Saúde introduziu o conceito de Atenção Primária à Saúde, e esta descreve na declaração a idéia de “Saúde para todos no ano 2000”.

O entendimento sobre Atenção Primária para a Conferência, é que todos os governos deveriam trabalhar nos campos da saúde para poder promover a saúde para todos os povos do mundo.

A seguir, relatamos alguns tópicos da declaração:

I) A Conferência enfatiza que a saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social, é não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.

II) A chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro dos países, é política, social e economicamente inaceitável e constitui, por isso, objeto da preocupação comum de todos os países.

III) O desenvolvimento econômico e social baseado numa ordem econômica internacional é de importância fundamental para a mais plena realização da meta de saúde para todos no ano 2000 e para a redução da lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e o dos desenvolvidos. A promoção e proteção à saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial.

IV) É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde.

V) O governo tem pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito justiça social.

VI) Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e terminologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constitui o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

VII) Os cuidados primários à saúde:

1. refletem, e a partir delas evoluem, as condições econômicas e as características sócio-culturais e políticas do país e de suas comunidades, e se baseiam na aplicação dos resultados relevantes da pesquisa social, biomédica e de serviços de saúde e da experiência em saúde pública.
2. têm em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, prevenção, cura e reabilitação, conforme as necessidades.
3. incluem pelo menos: educação no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, provisão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais.

4. envolvem, além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores.
5. requerem e promovem a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis, locais, nacionais e outros, e para esse fim desenvolvem, através da educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades.
6. devem ser apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando à progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos e dando prioridade aos que têm mais necessidade.
7. baseiam-se, aos níveis local e de encaminhamento, nos que trabalham no campo da saúde, inclusive médicos, enfermeiras, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, conforme seja aplicável, assim como em praticantes tradicionais, conforme seja necessário, convenientemente treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde e para responder às necessidades expressas de saúde da comunidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p.15-17).

Com base no referencial teórico aqui apresentado, considere-se que a Atenção Primária é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, e que este deve ser o primeiro serviço de saúde que o cidadão deve procurar. Faz-se necessário saber se os alunos entrevistados reconhecem esta definição ou detêm este mesmo entendimento.

## **2.4 PROMOÇÃO À SAÚDE**

Trabalhar “Promoção à Saúde” não é comum. Durante o cotidiano dos profissionais de saúde, a promoção à saúde é considerada um veículo de prevenção de doenças.

O exercício de promoção à saúde, soma-se à responsabilidade do setor saúde junto à sociedade.

A Conferência de Alma Ata (1978), ampliou a visão do cuidado de saúde em sua dimensão setorial, construindo elementos que envolvessem a sociedade em uma nova concepção de promoção à saúde, com fatores necessários para assegurar a qualidade de vida e o direito ao bem-estar social.

Assim, o marco de referência principal da promoção da saúde, estabelecido na primeira conferência, foi se ampliando com novos elementos, tais como:

- A responsabilidade internacional que prevê que os países mais desenvolvidos assegurem que suas próprias políticas resultem em impactos positivos sobre a saúde das nações em desenvolvimento;
- A ênfase em política relativas à saúde da mulher, à alimentação e nutrição, ao controle do tabaco e do álcool e a criação de ambientes favoráveis;
- A procura de equidade, visando superar a pobreza e lograr um desenvolvimento sustentável, com o pagamento da dívida humana e ambiental acumulada pelos países industrializados;
- O respeito à biodiversidade, tendo em vista a interdependência entre os seres vivos e as necessidades de futuras gerações, com especial referência aos povos indígenas e sua possível contribuição ambiental;
- Ampliação dos determinantes da saúde, com a consideração de fatores transnacionais, a integração da economia global, os mercados financeiros e o acesso aos meios de comunicação;
- A promoção da responsabilidade social, o ‘empoderamento’ da população e aumento da capacidade da comunidade para atuar nesse campo;
- A definição de espaços/ambientes para a atuação no processo de promoção da saúde (escolas, ambientes de trabalho, etc.) e o intercâmbio de informações sobre a efetividade de estratégias nos diferentes ambientes/territórios;
- O impulso à cultura da saúde, modificando valores, crenças, atitudes e relações que permitam a produção e utilização de ambientes saudáveis;
- A convocação e mobilização de um grande compromisso social para assumir a vontade política de fazer da saúde uma prioridade;
- A construção de alianças e coordenação, especialmente com os meios de comunicação que desempenham importante papel por seu considerável poder de prestígio na formação de políticas e programas que influem na saúde da população.

[...] Na prática, o destaque das conexões entre saúde e cuidados de saúde resultam fundamentais para a sustentabilidade dos enfoques não-médicos como meios primários de melhorar a condição de saúde. E a possibilidade uma real articulação em toda a amplitude do processo de atenção vai permitir o estabelecimento de um gradiente no qual a superação de problemas críticos do passado poderá dar lugar a uma melhor apreciação dos benefícios dessa nova saúde pública. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 12-13).

Em 1986, acontece em Ottawa, Canadá, a primeira Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde. Esta tinha como premissa, levantar os avanços com a **Declaração de Alma Ata** para os **Cuidados Primários em Saúde**.

Segundo a carta de Ottawa (1986) “[...] promoção à saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 20).

Segundo o mesmo Ministério da Saúde, os pré-requisitos para a saúde: as condições e os recursos fundamentais para a saúde são:

- Paz;
- Habitação;
- Educação;
- Alimentação;
- Renda;
- Ecossistema estável;
- Recursos sustentáveis;
- Justiça social e
- Equidade.

Após a Conferência de Ottawa, aconteceram as seguintes Conferências:

- Segunda Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, em abril de 1988, onde o tema ainda central era políticas saudáveis, estas voltadas para a saúde, que manteve a direção das conferências de Alma-Ata e Ottawa (MS, 2001);
- Terceira Conferência de Promoção à Saúde, em julho de 1991 – Ambientes favoráveis à Saúde;
- Conferência Internacional de Promoção à Saúde, em novembro de 1992, em Santa Fé, Bogotá – Promoção à Saúde na América Latina;
- Quarta conferência Internacional de Promoção à Saúde, em julho de 1997, Jacarta, Indonésia – Uma Nova Era: Orientando a Promoção da Saúde no Século XXI;
- Rede de Mega Países para Promoção da Saúde, março de 1998, Genebra, Suíça;
- Quinta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, junho de 2000, Cidade do México, México – Das Idéias às Ações.

Um outro conceito de promoção à saúde que se buscou foi do “livro azul”, o livro da Organização Panamericana de Saúde, que, no processo de entendimento sobre promoção à saúde descreve que

caracterizar promoção à saúde, modernamente, a constatação do papel protagônico dos determinantes gerais sobre as condições de saúde. Isto sustenta o conceito de saúde como produto de um amplo aspecto de fatores com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, boas condições de trabalho, oportunidade de educação por toda vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável por um aspecto adequado de cuidados da saúde. Suas atividades estariam então sendo dirigidas ao coletivo de indivíduos em ambientes, entendido num sentido amplo de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas de ambiente favorável ao desenvolvimento da saúde reforçando a capacidade dos indivíduos e das comunidades. (OPS, 2000, p.117-118 – tradução minha).

Após a revisão literária sobre promoção à saúde, decidiu-se, por adotar o conceito de promoção à saúde do livro 'Desafíos para Buena Educación en Salud Pública' (OPS, 2000), por se tratar de um conceito mais amplo, onde são apresentados fatores que somam a realidade social, o ambiente, a vida, a sociedade.

## CAPÍTULO 3

### A BUSCA PELA HISTÓRIA SOBRE O CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA DA UFSC

Este capítulo apresenta como está construído o curso de medicina da UFSC para possibilitar o entendimento da formação do aluno, futuro profissional de saúde.

Com o propósito de dar sustentação à minha investigação e compreensão do processo de formação do médico, a busca pelo conhecimento para saber como estava organizado o Curso de Graduação em Medicina na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), se fez necessária.

Desde a primeira tentativa em desvelar como estava estruturado o Curso de Graduação de Medicina, enfrentei uma confusa caminhada para alcançar a documentação. Embora tivesse conhecimento de onde buscar os documentos, na prática não foi tão simples.

Iniciei a busca pelo histórico do curso. A seguir, tentou-se os demais documentos que continham a história e estruturação do Curso.

A circunstância deste percurso foi árdua. Quando fui até à Coordenadoria do Curso de Medicina, fui encaminhada para o balcão dos Cursos de Graduação do Centro de Ciências da Saúde. Encontrando-me lá, fui informada que os documentos estavam na fotocopiadora à disposição de qualquer cidadão. Então, ao conseguir a pasta de documentos percebi que havia

apenas quatro folhas soltas, sendo que duas delas faziam parte da nova proposta curricular (Promed<sup>1</sup>); as outras duas partes pertenciam à grade curricular vigente.

Embora este material estivesse à disposição na fotocopadora, não propiciava muitas respostas. O material, além de incompleto, tinha sua apresentação com letras muito pequenas, com uma digitação antiga, sendo que a visualização tornava quase impossível a leitura.

Na intenção de saber mais sobre o assunto, busquei a segunda tentativa. Como tinha uma boa relação com os Organizadores e Coordenadores da Reforma Curricular (proposta Promed), consegui um documento que continha um pequeno histórico da proposta do Curso e uma versão da nova proposta curricular.

Este trajeto, embora com pouco sucesso, se fez necessário para conhecer como se dava a formação do médico e para subsidiar a pesquisa. Durante esta busca, se pôde conhecer que a Reforma Curricular já havia alcançado a primeira e segunda fase do curso.

Para o processo de entendimento, tornou-se necessário, também, registrar que a reforma curricular iniciou no ano em que se fez a coleta de dados e que esta não atinge a fase estudada. Esta pesquisa busca resgatar a história sobre a proposta do Internato de Saúde Coletiva no Campo da Atenção Primária para a 10ª fase do Curso de Medicina.

Esta proposta foi pensada e articulada por um grupo de profissionais do Departamento de Saúde Pública da UFSC, onde a discussão foi estendida ao serviço de Saúde Pública do Hospital Universitário e Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF), sendo a Secretaria Municipal de Saúde, com sua Rede Básica de Saúde, apresentada como campo de

---

1 Promed – Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina.

estágio. A equipe local, por sua vez, foi convidada a integrar em seu papel profissional a docência articulada com a assistência.

Nesta lógica, construiu-se equipes docentes assistenciais com preceptores de campo multiprofissional, nascendo assim o Programa Docente Assistencial, proposta construída e articulada entre UFSC e PMF com intuito de propor novos desafios que contribuíssem para a formação dos graduandos da área da saúde da UFSC.

O Programa Docente Assistencial foi construído em 1996. A Secretaria da Saúde de Florianópolis iniciou trabalhando seu território que contemplava cinco Distritos Sanitários, sendo um deles com a lógica de organização docente assistencial. O **Distrito Leste**, logo depois desta composição, foi definido como **Distrito Docente Assistencial**, encampando sete Centros de Saúde, numa área próxima à Universidade e ao Hospital Universitário. A proposta desta integração tinha como intenção oferecer o campo de estágio em Atenção Primária à Saúde para alunos de graduação da área da saúde da UFSC. O campo de estágio soma serviço e ensino, provocando novas atitudes, novas práticas profissionais e institucionais que tinham como finalidade formar profissionais com capacidade de solucionar problemas, tomar decisões, trabalhar em equipe, intervir no processo de trabalho e enfrentar situações em constantes mudanças.

A partir de maio de 1997, por iniciativa do Departamento de Saúde Pública, foi formalizado o Programa Docente Assistencial, configurado-se em área do Distrito Docente Assistencial, numa articulação conveniada da UFSC e da Secretaria da Saúde de Florianópolis, que se instituiu em 19 de dezembro de 1997, embora a rede básica de saúde já disponibilizasse o campo para os estágios de Enfermagem e Medicina da UFSC, em data anterior a esta.

Após a formalização do convênio, os estágios passaram a seguir com uma proposta mais articulada onde iniciaram as discussões sobre as contribuições que o serviço apresentaria para o ensino e vice-versa.

Após este breve resgate sobre a história do PDA e considerando a necessidade de continuar a busca pela história do Curso de Medicina, tornava-se necessário resgatar conceitos para tratar tal. Optei por revisitar as bibliografias sugeridas durante a trajetória no Curso de Mestrado, pelos professores das disciplinas.

Descobri, na ocasião, que dentre todas as bibliografias sugeridas, havia um artigo de Marco Da Ros, que relatava e analisava o Curso de Medicina.

DA ROS (1995, p.18), em seu artigo, analisava e fazia algumas conclusões:

O que concludo, e tenho clareza que a investigação empírica foi insuficiente, e que a forma como está concebido o currículo do Curso de Medicina induz uma visão incompatível com o objetivo proposto. Induz ainda a uma concepção fragmentada, com ênfase na técnica, no indivíduo, no iológico, na especialidade, na medicina curativa. Portanto, uma presença clara da concepção de Abraham Flexner de 1910. A “filiação” a um coletivo de pensamento com este estilo, necessariamente pressuporia uma negação a concepção distinta conforme as assertivas de Fleck. Mas tomando a análise de Giroux, entendemos que, contraditoriamente, essa ênfase flexneriana traz em si todo seu discurso oposto que no caso seria uma concepção não fragmentadora, com ênfase na teoria de conhecimento, no coletivo, no social, na concepção de médico geral, na medicina preventiva. Aliás, justamente o que buscava a concepção de 1850 ou a que busca hoje o Sistema Único de Saúde no Brasil. E esta busca é confirmada também em outros países do mundo. Dois momentos historicamente recentes nos ajudam a entender por onde caminha a luta das escolas médicas para se modificar.

A direção apontada para reformar os problemas constatados defende, entre outros, os seguintes pontos:

- Um currículo baseado nas necessidades nacionais de saúde;
- Importância maior para prevenção das doenças e promoção de saúde;
- Professores capacitados como educadores;
- Integração da ciência na prática clínica;
- Produção equilibrada dos tipos de médico-gerais: especialistas;
- Capacitação multiprofissional;
- Ênfase na base ética da educação médica;
- Critério holístico na educação médica em nível de pós-graduação;

- Participação das comunidades na educação médica;
- Comunicação com os pacientes e com o público.

Todas as recomendações são compatíveis com o modelo que o SUS propõem, e de certa forma com os objetivos enunciados no Curso de Medicina da UFSC. Mas seguramente incompatíveis com o que é apresentado pela grade curricular. (DA ROS, 1995, p.20).

Um segundo documento que subsidiou o embasamento da investigação, foi a Tese de Doutorado de Luiz Agea Cutolo. A tese descreve a história do Curso de Medicina, que o autor resgatou após ter feito uma pesquisa bibliográfica.

Em sua tese, São Thiago appud CUTOLO (1996), diz que a primeira Faculdade de Medicina do Estado iniciou em 1952, no Centro de duas entidades: os docentes médicos das Faculdades de Odontologia e Farmácia, e da Associação Catarinense de Medicina. Membros da Associação, reunidos em 27 de agosto de 1951, formaram a primeira comissão encarregada de promover estudos sobre a viabilização e organização do Curso. No mês seguinte, a comissão já se organizava e emitia uma pauta para ser discutida sobre quais seriam as condições mínimas de funcionamento da Faculdade de Medicina.

“Foi em 1960 que foi sancionada a lei que criou a Universidade Federal de Santa Catarina”. (CUTOLO, 2001, p.95 e 97).

Vale relatar que o Curso de Medicina passou por várias reformas curriculares no decorrer de sua história, porém, não foi possível aqui descrever como aconteceram estas reformas por falta de documentação.

O Curso de Medicina dizia ter como objetivo (e é isto que Da Ros, constata ser incompatível com a grade curricular proposta):

Formar profissional que possua conhecimentos adequados para enfrentar a realidade com atitude crítica e criativa, de maneira que possa, junto com outros profissionais de equipe de saúde, atuar num mundo dinâmico e em permanente evolução, visando a promoção e proteção, recuperação e reabilitação da saúde do paciente, família e comunidade, objetivando formar um profissional capaz de

identificar as bases da conduta do ser humano, seu desenvolvimento e sua função normal. (UFSC, 2002, p. 2).

Para entender como se dava o Curso de Graduação em Medicina na UFSC, e de que forma estava estruturado o mesmo dentro dos objetivos propostos pela ementa do curso, buscou-se averiguar de que forma se dava sua estruturação.

O Curso de Medicina está composto e dividido por cinco departamentos:

- Departamento de Clínica Médica;
- Departamento Cirúrgico;
- Departamento de Tocoginecologia;
- Departamento de Pediatria;
- Departamento de Saúde Pública.

Estes Departamentos compõem o Ciclo Clínico. (UFSC, 2000). A distribuição da carga horária dos cinco principais departamentos durante o Ciclo Clínico e Internato são:

**Tabela 1.0 – Distribuição de Carga Horária**

Departamentos	Carga Horária (horas/aula)			Total	%
	Ciclo Clínico	Internato	Optativas		
<b>Clínica Médica</b>	1260	864	432	2556	31.00
<b>Clínica Cirúrgica</b>	720	864	468	2052	25.00
<b>Pediatria</b>	342	864	72	1278	15.50
<b>Tocoginecologia</b>	216	864	126	1206	14.50
<b>Saúde Pública</b>	162	864	126	1152	14.00
				<b>Total</b>	100.00

Fonte: UFSC (2000) e CUTOLO (2001).

“No ciclo básico o aluno tem 1638 horas/aula, que são dedicadas às disciplinas com relação direta e indireta com a estrutura e função normal e alterada do corpo humano, seus órgãos e tecidos” (CUTOLO, 2001, p. 105).

**Tabela 1.1 – Distribuição da Carga Horária das Disciplinas das Ciências Básicas do Curso de Medicina da UFSC**

Disciplinas	Carga Horária (horas/aula)	%
Anatomia	324	19.00
Patologia	270	16.00
Fisiologia	180	11.00
Farmacologia	162	10.00
Bioquímica	144	9.00
Histologia	126	8.00
Microbiologia	90	5.50
Biofísica	72	4.50
Parasitologia	72	4.50
Citologia	54	3.50

Embriologia	54	3.50
Imunologia	54	3.50
Genética	36	2.00
<b>Total</b>	1638	100.00

Fonte: UFSC (2000) e CUTOLO (2001).

Em contra ponto, apenas 108 horas são dedicadas a disciplinas referentes a áreas humanas.

**Tabela 1.2 – Distribuição da Carga Horária das Disciplinas Referentes a Áreas Humanas**

Disciplinas	Carga Horária (horas/aula)	% do básico	% do curso
Antropologia Cultural	36	2.20	0.36
Ética	36	2.20	0.36
Saúde e Comunidade	36	2.20	0.36
<b>Total</b>	108	6.60	1.08

Fonte: UFSC (2000) e CUTOLO (2001).

CUTOLO (2001), em sua tese, faz análise sobre a grade curricular do Curso de Graduação em Medicina na UFSC (UFSC, 1998), observando a estruturação em três ciclos:

- um ciclo básico com duração de quatro semestres onde são tratadas as bases biológicas do entendimento do corpo humano;
- um ciclo clínico (ou profissionalizante) onde são estudados os processos patológicos, com duração de cinco semestres;
- um ciclo prático onde um estágio de duração de três semestres (os últimos) permite um exercício do que foi aprendido no segundo ciclo.

No caso da medicina, a partir do Relatório Flexner, em 1910, a educação médica em vários países, inclusive no Brasil, implantou uma clara divisão entre o ensino das ciências básicas, desenvolvido nos dois primeiros anos da formação, e o conhecimento clínico, introduzido a partir do terceiro ano. Este modelo curricular permaneceu ‘essencialmente conservado por setenta anos’. Porém, se o Relatório Flexner contribuiu para que a educação de médicos fortalecesse sua base experimental, estimulando a formação de profissionais mais aptos para a compreensão de evidências científicas, por outro lado, ele fomentou uma dicotomia temporal e simbólica entre ciência básica e a área clínica, com evidente negligência dos aspectos humanos da educação e prática médica. Quanto ao processo de ensino-aprendizagem tradicional, observa-se um ensino centrado no professor, a dissociação entre teoria e prática, ensino e pesquisa, e um excesso de conteúdos intradisciplinares, cujas conexões ficam ao encargo dos alunos fazerem, ou não, um contexto onde os estudantes são usualmente assoberbados com infinitas aulas teóricas que promovem atitude passiva e pouco crítica. (Aguilar appud ARRUDA, 2001, p. 71).

Vê-se que a carga horária das disciplinas ministradas no Curso de Medicina da UFSC não propõem integração das disciplinas; não avançam nas práticas interdisciplinares e, principalmente, são incompatíveis com os objetivos anunciados pelo Curso.

Num olhar sobre a formação do profissional médico, tem-se o entendimento que esta formação se dá através de uma proposta de educação bancária, como escreveu Paulo FREIRE (1980), onde o corpo docente transmite o conhecimento ao corpo discente e este recebe as informações de forma passiva e reproduz assim aquele modelo ensinado sem que haja crítica ou reconstrução a partir de uma aula ou prática problematizadora.

No âmbito da proposta da Reforma Curricular, as propostas de mudança apontam para uma outra direção.

A proposta de Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed), traz como premissa reorientar os produtos da escola médica, com ênfase no modelo de atenção à saúde, fortalecendo a atenção básica, ampliando os cenários da prática, incorporando o processo saúde/doença e promoção à saúde, favorecendo a construção de um modelo pedagógico que tenha como perspectiva o equilíbrio entre excelência técnica e relevância social, colocando o aluno como sujeito da aprendizagem e o professor como um facilitador do processo de construção de conhecimento. (Promed appud MS & ME, 2001).

Neste momento, é preciso assinalar que a formação do médico deva perseguir a nova proposta curricular, para a formação de um profissional médico capaz de enxergar as novas tendências, com capacidade de sonhar, de ser solidário aos problemas que a sociedade enfrenta; de trabalhar em equipe multidisciplinar, enfim, de se inserir no contexto da vida profissional como ator principal que consiga no seu processo de trabalho articular de maneira tal que através deste processo, possa desenvolver ações que venham ao encontro das necessidades de saúde da população.

## CAPÍTULO 4

### PERCURSO METODOLÓGICO

O presente capítulo apresenta o percurso metodológico, com a finalidade de demonstrar os passos seguidos a fim de concretizar os objetivos propostos, tanto para consecução da prática pretendida, quanto para o aprofundamento da temática à luz de referenciais teóricos específicos.

Trazendo à tona o projeto desta pesquisa, buscava-se, naquela ocasião, quando iniciei a proposta de pesquisa através do projeto (no início do mestrado), conhecer o que “acontecia com a cabeça dos alunos” do Curso de Medicina após passar pelo campo de Atenção Primária à Saúde. Tinha perguntas como: Que mudanças ocorrem? Que atitudes mudam? Na tentativa de desvelar estes questionamentos iniciei a caminhada para encontrar as respostas.

Ao clarear a problemática em estudo, comecei a pensar sobre os caminhos necessários para a reflexão sobre os questionamentos que permitissem relacionar a prática exercida no campo de estágio ao objetivo do estágio para a formação deste aluno.

Encontrei em Silva *appud* ARRUDA (2001), que não é necessária apenas a inserção do estudante nos serviços de saúde, tampouco apenas oportunidades criadas para esta atuação. Novos processos de formação e de mudanças dos modelos assistenciais estão ocorrendo e, certamente, ainda estão por ocorrer. Isto resultará uma troca de experiência e uma sensibilização dos atores envolvidos nas mudanças com benefícios para todos os setores. Na tentativa de

desenvolver o objeto de estudo desta pesquisa, busquei algumas leituras que elucidassem os caminhos a tomar para a construção desta análise.

Na concepção de MINAYO (1994), a pesquisa é uma atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade. É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo. Portanto, embora seja uma prática teórica, a pesquisa vincula pensamento e ação.

A motivação para desenvolver esta pesquisa se deu a partir da minha prática como enfermeira somada ao papel de preceptora de campo como docente assistencial no campo da Atenção Primária em um Centro de Saúde em um bairro localizado na área Leste do Município de Florianópolis, o bairro do Itacorubi. Este tem em sua área de abrangência, aproximadamente vinte mil<sup>2</sup> pessoas. Apresentava-se com características populacionais mistas e extremas, de mansões a favelas. No que diz respeito a poder aquisitivo, moradia, emprego, grau de escolaridade, lazer, pode-se notar a diversidade presente. Parte da população é migrante e isso traz alguns problemas sociais, causando um reflexo no aumento da procura dos serviços de saúde daquele Bairro.

Este Centro, por estar na área Leste, compõe parte do Distrito Docente Assistencial e desenvolve seu trabalho na lógica “serviço e ensino”, objetivando prestar assistência integral em Atenção Primária à Saúde da população do Bairro. Subsidiava, também, a formação dos alunos de graduação dos cursos da área da saúde, contemplados no convênio Prefeitura Municipal de Florianópolis e Universidade Federal de Santa Catarina por meio do Programa Docente Assistencial, numa perspectiva solidária, humanística, técnica, num contexto inter e multidisciplinar, que desenvolve um processo de ensino-aprendizagem com práticas assistenciais

---

<sup>2</sup> Departamento de Planejamento, Avaliação e Auditoria – Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura Municipal de Florianópolis, SC (2003).

definidas pelo modelo adotado pela Secretaria de Saúde de Florianópolis com a perspectiva de formar profissionais para o Sistema Único de Saúde.

Estas são algumas características do trabalho que é desenvolvido no serviço de Saúde do Centro de Saúde do Itacorubi, onde o aluno se insere.

Neste campo de estágio são oito alunos que compõem a metodologia de trabalho, sendo que quatro alunos participam às segundas e terças-feiras e quatro alunos nas quintas e sextas-feiras.

Este trabalho acontece da seguinte forma: no começo, o período de trabalho inicia com o “acolhimento”, onde três alunos fazem o atendimento da comunidade que procura o serviço, o quarto aluno busca o “livro de visitas” para retirar o prontuário e verificar o motivo da visita para sair a campo junto com um profissional de saúde e/ou com agente comunitário. Às 15 horas iniciam as “consultas” com hora marcada, geradas pelo acolhimento, onde três alunos passam a fazer as consultas da agenda e o quarto aluno da “visita domiciliar”, após retornar, dá continuidade ao acolhimento no restante da tarde, os chamados “acolhimentos residuais”. O serviço do Centro de Saúde, também tem grupos de promoção à saúde montados. São quatro grupos de gestantes (um por semana), e seis grupos de diabéticos e hipertensos, cujo caráter é o de trabalhar a educação em saúde. Nestes grupos os alunos eram inseridos, alguns como coordenador do grupo e outros como observador. Nós, os preceptores de campo, também organizávamos programações para trabalhar com escolas e creches do Bairro com planejamento a partir da necessidade da escola e com a premissa de Promoção à Saúde.

Acredito que a forma como é desenvolvido o trabalho no campo de estágio é que faz a diferença no cotidiano da formação.

O aluno vivenciava claramente o campo percebendo o comprometimento que os preceptores tinham com a comunidade e as relações de confiança que se estabeleciam diariamente entre profissional de saúde e usuário do serviço de saúde.

#### **4.1 A PESQUISA**

Durante a caminhada para construção da pesquisa, foi preciso galgar alguns degraus para viabilizar a mesma. Para tanto, foi necessário seguir o protocolo que desse sustentação ao trabalho científico.

Iniciei o percurso fazendo a busca de toda documentação exigida, para que o projeto de pesquisa passasse por apreciação da Comissão de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina. Faço questão de lembrar que esta foi uma etapa bastante trabalhosa, pois, os formulários eram muitos, alguns com campos minúsculos para o preenchimento. O projeto passou pela Comissão de Ética da Universidade e foi aprovado, ficando favorecida a validação da pesquisa, momento em que me comprometi também em manter sigilo da identidade dos pesquisados.

Após a validação da pesquisa, foi marcada a qualificação. Esse evento, somado ao anterior, aconteceu no primeiro ano do Curso de Mestrado.

A qualificação no Mestrado de Saúde Pública se dá a portas fechadas, com uma banca composta por três doutores, sendo o orientador, dois doutores da área convidados pelo mestrando, e, aprovados pelo Colegiado da Pós Graduação em Saúde Pública.

O projeto de pesquisa foi apreciado pela banca, e na ocasião, foram dadas as sugestões com o objetivo de nortear o caminho da pesquisa. Nas considerações feitas pela banca foi sugerida a revisão do instrumento de investigação e o caminho metodológico.

Após esta etapa, revisei algumas bibliografias e busquei novas que contribuíssem com a construção da pesquisa e seus resultados.

De posse da documentação de aprovação do Comitê de Ética da UFSC e após aprovação da qualificação, foram feitos os ajustes ao projeto de pesquisa.

O primeiro ano do Mestrado se passou e a próxima etapa seria dar início a coleta de dados. Ao rever todo projeto, o percurso metodológico apresentava-se claro, dando início a investigação.

## **4.2 A ESCOLHA DOS SUJEITOS**

Na 10ª fase do Curso de Medicina existe uma divisão de trabalho que inicia da seguinte maneira: no primeiro dia em sala de aula, na Universidade Federal de Santa Catarina, acontece a escolha dos campos de estágio (Centros de Saúde). Essa é feita da seguinte forma: primeiro acontece um encontro com o preceptor, onde há um sorteio. Neste momento, todos os alunos pegam um número e, por ordem numérica, os alunos são chamados. A partir daí, escolhem qual é o Centro de Saúde em que pretendem realizar o estágio. Sabe-se que os grupos de alunos a serem chamados primeiro (pela ordenação numérica), têm a possibilidade de escolher primeiro também o campo de estágio, logo, optam pelos Centros de Saúde próximos à Universidade. Porém, cabe registrar que o Bairro Itacorubi é um dos mais próximos à UFSC, por isso, nós, preceptores deste campo, recebemos àqueles alunos que por “sorte” conseguiram ficar

nesse campo. Este fato demonstra que o aluno, no primeiro momento, não pensa no envolvimento com o campo, mas do cumprimento da carga horária do estágio.

Os alunos da 10ª fase do Curso de Graduação de Medicina da UFSC, após sorteio, foram distribuídos nos sete Centros de Saúde da Rede Básica do Município de Florianópolis. Os grupos eram de, no máximo, oito alunos. No Centro de Saúde onde a pesquisa aconteceu foram envolvidos os oito alunos, todos quiseram participar da pesquisa, assinando a documentação que autorizava para o desenvolvimento das entrevistas.

Embora já tivesse sido teorizado o estágio Internato em Saúde Coletiva no período matutino, e por ser um campo que devesse conquistar o aluno pela proposta de trabalho, este tinha no seu contexto a vivência com a comunidade – construída através do acolhimento, das visitas domiciliares, dos grupos terapêuticos, das consultas com hora marcada, o saber onde o paciente mora e suas condições de vida, a vivência de um trabalho interdisciplinar, a preocupação em promover saúde e prevenir doenças, vivenciar doenças comuns – enfim, do contato com o morador do bairro fora dos “muros hospitalares”.

A chegada dos alunos no campo prático aconteceu no período vespertino. Durante a etapa da revisão bibliográfica, lendo dissertações e teses, visualizei modelos de instrumentos como perguntas abertas e, em outras situações problemas, que eram trabalhadas de forma a construir respostas às perguntas da pesquisa. Optei por trabalhar com as duas.

### **4.3 A COLETA DE DADOS**

Os dados para o desenvolvimento da pesquisa foram colhidos em duas etapas. Por tratar de uma pesquisa qualitativa, com o objetivo de ser aplicada antes e depois do campo de

estágio, fêz-se necessário que a primeira coleta de dados acontecesse antes do contato dos alunos com o campo de estágio.

Em virtude disto, as entrevistas foram realizadas logo após o sorteio em sala de aula, que definiu o grupo de alunos que iriam para o Centro de Saúde do Itacorubi, objeto desse trabalho.

A segunda coleta de dados aconteceu após o último dia de estágio dos alunos, onde foram aplicadas as mesmas perguntas e identificadas as situações problemas, com exceção da pergunta de número seis, uma vez que a mesma dizia respeito ao campo de estágio e o que ele representou para o aluno.

Para MINAYO (1994, p.103), numa busca qualitativa, “preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação. Seu critério protanto não é numérico. Podemos considerar que uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões”.

#### **4.4 AS ENTREVISTAS E O INSTRUMENTO DE ANÁLISE**

Durante a construção do projeto, através de uma soma de questionamentos foi construído o instrumento de investigação, que gerou os objetivos desta pesquisa. Somado a isto, foi pensado, simultaneamente, o instrumento de análise.

Sobre esta questão, MINAYO (1994, p.121), afirma que

a conclusão inicial é de que toda entrevista, como interação social, está sujeita à mesma dinâmica das relações existentes na nossa sociedade. Quando se trata de

uma sociedade conflitiva como a nossa, cada entrevista expressa de forma diferenciada essa luz e sombra da realidade, tanto no ato de realizá-la como nas informações que aí são produzidas. Além disso, pelo fato de captar formalmente informações sobre determinado tema, a entrevista tem que ser incorporada a seu contexto a vir acompanhada, complementada ou como parte da observação participante. Desta forma, além da fala mais ou menos dirigida, captam-se as relações, as práticas, os gestos e cumplicidades e a fala informal sobre o cotidiano.

Para a compreensão da visão do aluno frente às questões propostas durante a pesquisa, foram apresentadas as seguintes indagações:

- 1) O que é Saúde?
- 2) O que você entende por SUS?
- 3) O que você entende por Atenção Primária a Saúde?
- 4) O que você entende por Promoção à Saúde?
- 5) Você sabe como funciona a marcação de consulta especializada?

A sexta questão apresenta uma particularidade, visto que o entendimento da mesma apresentou-se de maneira bastante ampla, diferenciada das demais. Sendo assim, optou-se por explorar as respostas, retirando categorias e subcategorias para melhor explicitar os resultados.

6a) Que expectativa você tem com relação aos meses de internato no Centro de Saúde? (antes do campo de estágio).

6b) O que representou o Internato de Saúde Coletiva para a sua formação? (depois do campo de estágio).

O primeiro eixo de análise, portanto, foi o de perguntas chave sobre o objetivo da pesquisa. Queria-se saber o entendimento do aluno sobre algumas definições já colocadas na

Introdução (além disto, com questões abertas). Desta forma, mas com pressupostos claros, as perspectivas de categorias já eram subentendidas pelo próprio enunciado da pergunta.

Diferentemente do primeiro eixo, as situações problemas partiram de pressupostos e pré-conceitos e eram um importante instrumento para poder comparar se no pós-internato as coisas haviam mudado.

As situações problema foram oriundas de recortes de afirmações de livros e revistas da área de saúde, outras foram montadas por mim, como forma de provocação para conhecer o olhar do aluno entrevistado frente àquelas situações colocadas.

As situações problema vinham ao encontro das perguntas abertas, onde estas, por serem afirmações que permeavam a formação do profissional de saúde, algumas pontuaram afirmações do modelo de formação vigente; outras mostravam realidades relacionadas aos desafios que o profissional médico encontra no seu cotidiano, entre outros questionamentos sobre resultados de pesquisa falando sobre o trabalho do médico e os custos e afirmações polêmicas que propiciassem conflitos durante as respostas.

Estas foram apresentadas aos alunos sob forma de cartão de visita, com o relato da situação, onde os entrevistados faziam a leitura e, em seguida, colocavam sua opinião.

Foi adotado como critério à enumeração dos cartões, para a apresentação dos mesmos na mesma seqüência para todos os entrevistados. Foram apresentadas oito situações problemas, são elas:

1. “(...) o primeiro é o envolvimento médico. Quanto mais tempo ele se dedicar ao doente e se mostrar interessado em ajudá-lo, maiores as chances de cura” (Nogueira appud GALILEU, 2003, p.21).

2. “Para construir uma comunidade saudável depende do bem estar físico mental e social das pessoas, e um bom poder aquisitivo” (minha autoria).
3. “O papel do médico é o de diagnosticar a doença através de exames, e tratar através da prescrição de medicamentos, dietas e exercícios” (Nogueira appud GALILEU, 2003).
4. “Às vezes ocorre uma falha grave na educação nutricional: falta ênfase na necessidade de higiene durante o preparo da comida e na casa, de um modo geral. Quando o bebê vomita toda comida, ou está continuamente com diarreia, ou tem grande quantidade de vermes, os bons conselhos sobre a nutrição não são suficientes” (SCOTNEY, 1981, p.128).
5. “Não é possível ao médico entender de todas doenças ou de todos seguimentos do corpo, por isso é que se torna necessária à especialização” (minha autoria).
6. “Não há nada errado no modelo biomédico. O paradigma da patologia celular continua válido e é suficiente para explicar as doenças e buscar a sua cura” (minha autoria).
7. “Um estudo da Universidade Stanford, dos Estados Unidos, com o objetivo de aferir os fatores que levam uma pessoa mais de 65 anos, mostrou que a assistência médica é o que menos pesa: apenas 10% num conjunto em que o estilo de vida participa com 53%, as condições ambientais com 20% e a herança genética com 17% É muito pouco quando se compara esse percentual aos preços salgados e aos lucros gordos que envolvem a assistência médica” (Kenski appud SUPER INTERESSANTE, 2002).
8. “Medicina alternativa é apenas o nome politicamente correto para o que normalmente chamamos de fraude” (Nogueira appud GALILEU, 2003).

As entrevistas foram realizadas, num primeiro momento, antes dos atores iniciarem as aulas teóricas ministradas, no período matutino, pelo Departamento de Saúde Pública e

professores convidados, bem como o Estágio de Saúde Coletiva, no Centro de Saúde, no período vespertino.

Essa segunda etapa da entrevista foi realizada da seguinte maneira: após o entrevistado responder as perguntas abertas, foram repassados a ele os cartões onde estavam impressos relatos tirados de livros e revistas para que o mesmo expressasse, após sua leitura, o posicionamento frente à questão. É importante relatar que a pesquisadora tinha uma intencionalidade perante cada situação problema. Algumas delas eram provocações que faziam com que o entrevistado se voltasse para seu processo de formação e reconstruísse a sua forma de pensar ou mantivesse sua posição concordando, ou não, com a situação problema dada.

A partir das respostas dos entrevistados, iniciou-se a leitura, através do método proposto, com a intenção de classificar as respostas, preservando a totalidade das significações das falas dos alunos e construindo, a partir das respostas, as categorias de análise.

Comprometi-me em não divulgar o nome dos alunos participantes da investigação. Para isso, optou-se por utilizar nomes de planetas aos alunos participantes da pesquisa. Vale lembrar que foram oito alunos, porém, foram usados os nomes de oito planetas que substituíram seus nomes em seus relatos. Decidi não usar como um dos nomes o planeta Terra, por acreditar que por ser muito conhecido enquanto planeta poderia dar conotações não desejadas. Além disso, o trabalho investigava algo novo, onde, na ocasião, era a primeira vez que aquele campo seria investigado e não haviam resultados conhecidos.

MINAYO (1994), assinala que a premissa básica, em ambos os casos, é a de que a entrevista não é simplesmente um trabalho de coleta de dados, mas sempre uma “situação de interação”, na qual as informações dadas pelos sujeitos podem ser profundamente afetadas pela natureza de suas relações com o entrevistador. Isso acontece sob vários ângulos: não é o entrevistado que toma iniciativa, os objetivos reais da pesquisa geralmente lhe são estranhos; sua

chance de tomar iniciativa em relação ao tema é pouca: é o pesquisador que dirige, controla e orienta as digressões e concede a palavra, mesmo quando tenta deixá-lo à vontade. A atitude simpática e benévola do estudioso minimiza o impacto, mas não anula a relação institucional entre atores da interação colocados em posição de desigualdade.

Depois de entender a iniciativa da Minayo, iniciou-se a busca por mais bibliografias para subsidiar a construção da pesquisa qualitativa que tratasse a natureza dos dados envolvidos no processo de construção do conhecimento.

Foi só então que surge como bibliografia adequada e útil para a proposta de trabalho, o livro de Laurence BARDIN (1997) - “Análise de Conteúdo”.

BARDIN (1977, p.31), referenda que “a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações”.

A pesquisa inicia seu trabalho de análise de dados com a transcrição das entrevistas, tendo como técnica, a análise qualitativa, conservando a essência da informação, possuindo como propósito, conhecer o entendimento de cada aluno analisando, categorizando e interpretando seus relatos.

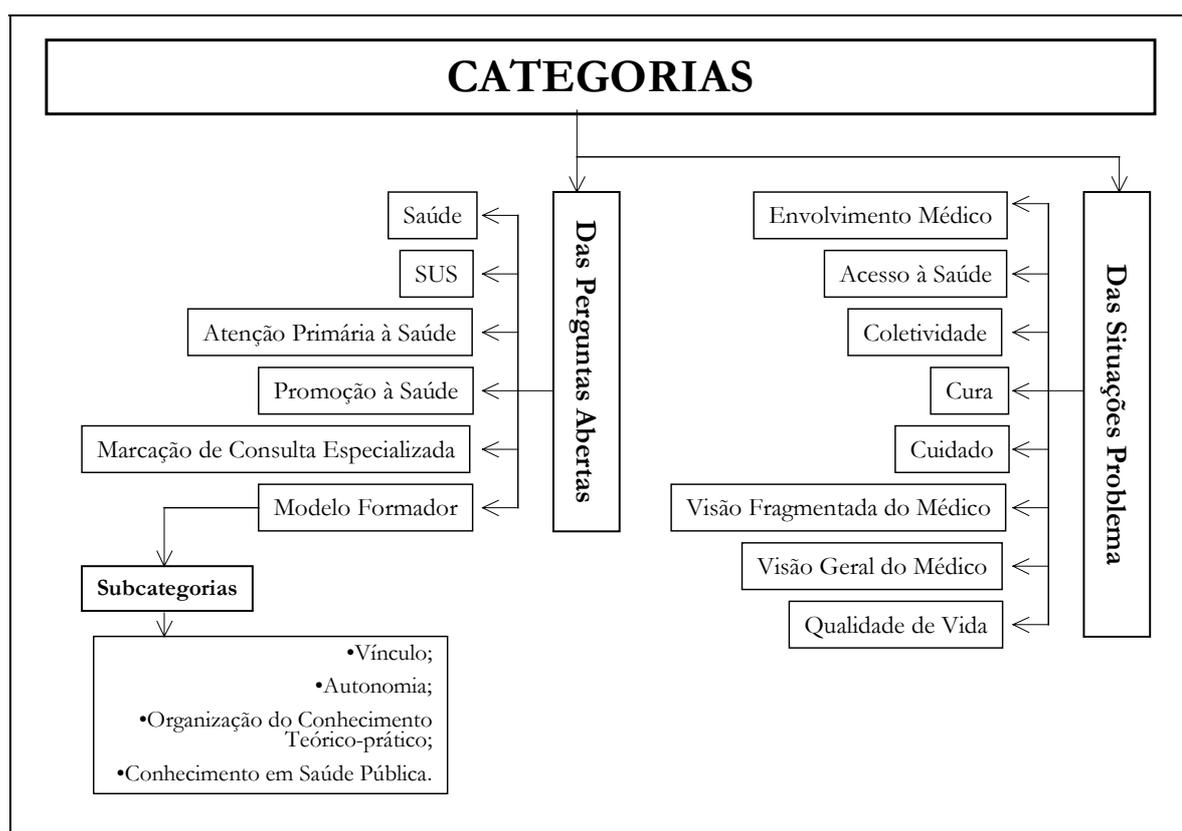
A fase da análise das respostas foi a etapa mais trabalhosa da dissertação. Uma vez organizado o material a ser analisado, iniciou-se uma leitura flutuante de forma vertical das respostas das entrevistas.

Ao revisitar a trajetória percorrida retornei às perguntas e aos objetivos da pesquisa e procurei ter como norte a prática a ser observada, para perseguir o embasamento para análise.

Realizada a leitura, foram retiradas palavras chaves, através de uma operação de classificação, definindo assim a construção das categorias com base nos questionamentos das entrevistas.

Tal processo procedeu-se identificando o conteúdo proposto, a resposta, recortando, agregando e qualificando as categorias, sendo que algumas delas geraram subcategorias. Durante a categorização percebeu-se que nas perguntas abertas, na maioria delas, algumas categorias já estavam dadas.

A seguir, descreverei, através da figura dos eixos temáticos, as categorias e as subcategorias que foi possível depreender a partir das análises dos relatos dos entrevistados.



Fonte: minha autoria

**Figura 1.0 – Categorias de Análise**

## CAPÍTULO 5

### A ANÁLISE

Este capítulo dá o tratamento aos resultados da pesquisa e mostra o olhar do aluno frente aos questionamentos nas entrevistas.

Com o objetivo de conhecer as mudanças que ocorriam com os alunos após o estágio, foi iniciada a interpretação dos resultados obtidos, “antes e depois do campo”, referentes aos questionamentos durante as pesquisas.

#### DAS PERGUNTAS ABERTAS

##### 5.1 CATEGORIA: SAÚDE

Na categoria Saúde, para os entrevistados, antes de vivenciar o campo de estágio, as respostas foram pontuais e muito conhecidas, como o **tradicional** conceito da Organização Mundial de Saúde, por exemplo, já representado na revisão bibliográfica. Também, em alguns relatos foi percebido que a saúde é entendida como um valor essencial para a sobrevivência humana, sendo um processo particular na percepção de cada ser humano em relação às suas necessidades e vontades para manter a sua sobrevivência no ambiente de suas relações.

Ao analisar as falas, observou-se a não homogeneidade do grupo, porém, ainda era muito forte o conceito do 'completo bem estar'.

*É a forma que a pessoa se sente bem com ela. A partir da hora que ela não se sente bem no contexto social, psicológico e até orgânico, dentro desta esfera ela tem que estar bem, qualquer desequilíbrio entre elas já é transformação de doença. (Mercúrio)*

*É o bem estar biopsíquico social da vida. (Marte)*

*Bem estar da pessoa, bem estar físico mental e o convívio social. (Plutão)*

*Tem aquela definição da OMS, não sei te definir claramente. Mais, saúde, considero ser a pessoa ter uma qualidade de vida boa, a pessoa tá satisfeita consigo mesma, tipo, se dorme bem, come bem, problemas psicológicos, que não tenha queixa, sintomas que afete a qualidade de vida. (Netuno)*

Revisitando o conceito de saúde adotado para este estudo, e convivendo com o aluno no campo de estágio, durante o cotidiano, foi contruído o vínculo entre os alunos e a equipe do Centro de Saúde (que inclui a pesquisadora), que possibilitou um melhor desdobramento das ações do campo.

Durante o estágio, vivenciado com famílias do bairro, foi sendo observado que o entendimento sobre saúde mudara. A metodologia do estágio objetivava práticas como acolhimento, visita domiciliar, grupos terapêuticos, consultas, o saber onde o paciente mora e suas condições de vida, a vivência de um trabalho interdisciplinar, a preocupação em promover saúde e prevenir doenças e vivenciar doenças comuns, sendo que todo este processo acontecia com naturalidade e, somado a este, os alunos foram se envolvendo, comprometendo-se cada vez mais com a comunidade.

Ao final do estágio pôde-se perceber, através de atitudes e, depois, durante as entrevistas em algumas falas, que saúde não era somente a ausência de doença, mas consequência

de certas condições de vida e, principalmente, o apreço por si mesmo e amor à vida, como o bem maior de cada ser humano.

Esta mudança foi notória durante as falas dos entrevistados, estava claro que havia ocorrido pequena, porém, significativa mudança sobre o conceito de saúde.

*Saúde é um processo dinâmico, onde a pessoa se sente bem com ela mesmo, é uma interação de diversos fatores, onde a pessoa tá feliz, tá se sentindo bem. Não um conceito estático, é uma coisa bem dinâmica, envolve o meio social, acho que é isso. (Mercúrio)*

*É não só a ausência de doenças, significa que a pessoa além de não ter doença ela seja feliz consigo mesma, ela consiga realizar atividades e tarefas que lhe dê prazer, para que seja saudável não só no ponto de vista biológico mais no relacionamento com a família, no trabalho dela e tudo isto esteja correndo bem pra que ela tenha saúde. (Saturno)*

*É quando a pessoa está se sentindo bem. Não é porque ela tá doente que ela não está saudável, ela pode estar saudável sim. E pode também então não estar doente e ser uma pessoa que não se considere com saúde. Resumidamente saúde é estar se sentindo bem. (Vênus)*

Nestes relatos percebi que os alunos tinham ampliado seus olhares. Os relatos, embora sucintos, demonstraram uma “pequena mudança” do seu entendimento.

## **5.2 CATEGORIA: SUS**

No que se refere ao SUS, os conteúdos identificados no conjunto de informações obtidas, decorrentes das entrevistas realizadas antes do Internato de Saúde Coletiva, constituíam-se em definições não compatíveis com a bibliografia utilizada em Saúde Coletiva, para o meu olhar. Em suas falas, os alunos relatavam de forma superficial e afirmavam, em alguns relatos,

que o SUS era um sistema **pobre - para pobre**, que era um programa de governo. Outra afirmação dizia que o SUS era apenas Atenção Primária à Saúde.

Considerando a revisão bibliográfica e a definição que foi buscada para fundamentar a análise, vale resgatar, neste momento, o marco teórico, para subsidiar a pesquisadora.

Voltando à história, em 1988 é votado, na Assembléia Nacional Constituinte, através da Comissão de Saúde, uma política de saúde priorizando o setor público. Este momento foi muito importante, pois após muitas lutas é aprovada a lei maior, o nascimento da Constituição. A partir daí, com o acompanhamento da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, organizam-se as leis orgânicas com intuito de efetivar este SUS criado na Constituição.

Em sua tese de doutorado, DA ROS (2000), escreveu que, em 1988, a nova constituição é promulgada, criando o Sistema Único de Saúde, que fica regulamentado por Leis Complementares em 1990. A partir daí, entram em cena atores sociais que modificam novamente a linguagem da Saúde Pública Brasileira, os Municípios, seus Conselhos e uma política integrada de ações curativas e preventivas. Os preceitos do SUS propõem assentar-se na compreensão dos direitos dos indivíduos, de serem atendidos de maneira integral no conjunto das necessidades, perseguindo os princípios básicos do SUS que são a integralidade, a equidade e a universalidade.

A seguir, os relatos das entrevistas antes do campo de estágio.

*SUS é um órgão do governo, programa do governo. Ele tenta dar saúde gratuita por ação do SUS atendendo toda população gratuitamente. É para quem não tem condições de pagar um médico particular, a princípio acho que a idéia seria atender toda a população mesmo, mais acho este um sistema deficitário. (Saturno)*

*Olha, eu não entendo muito. Acredito que é um programa do governo federal pra promover saúde e assistência de saúde para população geral; população mais carente que não tem condições de conseguir*

*uma saúde privada. Mais que na verdade deveria ser pra todo mundo e ninguém precisaria estar atrás de uma saúde privada, deveria ser oferecido à população. (Urano)*

*É o sistema que tenta atender a toda população de uma maneira primária, então antes de ir para outros setores, hospital, uma clínica, atender primeiramente; ter aquele centro na comunidade e aquele sistema gratuito que acho eu a prevenção já envolvendo o espaço mais primário. (Júpiter)*

Após analisar os relatos do antes e depois do Internato em Saúde Coletiva, percebeu-se que, possivelmente, foi nesta categoria que as diferenças entre o antes e o depois mais se evidenciaram.

Vale, neste momento, colocar que os graduandos da 10ª fase do Curso de Medicina, além do campo de estágio no Internato de Saúde Coletiva, estes também freqüentaram aulas teóricas no período matutino, estas ministradas pelo Departamento de Saúde Pública, onde eram abordadas parte das teorias questionadas nesta pesquisa.

A partir da análise das respostas, foram apontados alguns avanços, após o campo de estágio.

*É um sistema de saúde que tem a condição de atender a toda população de maneira geral e em todas as necessidades que ela tenha, não só em um atendimento médico mais também proporcionar situações dentro da comunidade dela, da vida dela. Além de tudo a própria comunidade as pessoas possam intervir no SUS, colocando o que elas precisam, apontando quais são as necessidades, onde estão os defeitos. E fazer tudo, a gente sabe que tem limitações que precisam ser superadas (...). É eu sinceramente to muito surpresa com o SUS depois do Internato (...) Não sei se a gente teve uma boa experiência aqui, agora dando um depoimento bem particular (...) Mais, quem olha de fora acha que não funciona. Na verdade, se tiver boa vontade, se tudo for seguido a risca bem planejado, ele funciona, ele tem um princípio bom, se colocado em prática funciona muito bem. Falta às vezes no*

*sistema é uma organização, de investimento, porque os princípios são corretos e se organizados conseguiria atender melhor a população. (Vênus)*

*Foi o sistema idealizado, para servir o cidadão com os princípios de igualdade, equidade é (...) que beneficiar todos os brasileiros de uma forma igualitária. Todos têm um direito a saúde, são os direitos previstos na constituição, o SUS vem a contemplar esses valores. (Mercúrio)*

*O SUS, acho que é (...) aprendendo mais os conceitos durante o Internato. Toda população tem direito, é um serviço pra todos, que tende oferecer o máximo possível em todos os níveis pra toda população sem discriminação, seja pobre ou seja rico; é um serviço gratuito, é de igualdade, onde todos são iguais e todos tem direitos, e tem que tentar atender o paciente ao todo nas suas necessidades e tudo isso através do SUS oferecido pelo governo. (Júpiter)*

*É um sistema de responsabilidade do governo federal pra atender a saúde em todos os níveis em todo país, é público, é uma estratégia que foi criada a mais ou menos dez anos, visando o atendimento em todos os três níveis de atenção à saúde a toda população. (Saturno)*

Fica evidente que o campo influencia muito na formação desse futuro profissional de saúde. Porém, expressei aqui minha inquietude frente à compreensão do aluno, sobre o que é serviço público e ainda o que é Sistema Único de Saúde. Estes entrevistados já estão no final da sua formação (10ª fase de medicina) e, ainda que tenham vivenciado, praticado, construído sua formação dentro de hospitais do SUS nos últimos quatro anos, acompanhados de profissionais de saúde docentes, não conseguiram compreender o Sistema Único de Saúde, nem mesmo conectar que toda sua formação ocorreu dentro do Sistema Público de Saúde.

Nesta avaliação, fica clara a fragilidade do Curso de Medicina que forma seus profissionais dentro de um espaço público, porém, os prepara para o espaço privado.

### 5.3 CATEGORIA: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Para iniciar a análise desta categoria, buscamos o referencial teórico.

Falar de Atenção Primária à Saúde para chegar ao entendimento do olhar do aluno é relembrar o conceito da Conferência Internacional da Alma Ata em 1988, ‘Saúde para todos no ano 2000’.

Analisando esta categoria e, considerando os relatos feitos antes do campo de estágio, estes tinham o entendimento de que Atenção Primária à Saúde era prevenção de doenças, onde se tratava dos problemas de saúde com visão às “doenças básicas”.

Naquele momento, tornara-se claro que os alunos não conheciam o trabalho desenvolvido em um Centro de Saúde. Além disso, não visualizaram a responsabilidade e a magnitude do trabalho em Atenção Primária.

*Acho que atenção primária também é de prevenção as doenças, de atender as doenças mais básicas, nos pequenos grupos para discussão. Tudo mais para a prevenção, eu acho que é as doenças mais básicas podem ser tratadas com medidas simples e de curto prazo, uma maneira mais rápida.*  
(Júpiter)

*Atenção Primária acho que é a prevenção.* (Urano)

*Problemas básicos e prevenção.* (Marte)

Após se passar todo o semestre, estes atores perceberam como era difícil ser um médico da Atenção Primária. Nos relatos, estes colocaram que na Atenção Primária precisava ter uma equipe apropriada para que o trabalho acontecesse, que a Atenção Primária deveria ser a porta de entrada para o serviço de saúde, que a saúde primária deveria ser uma atenção globalizada, geral e deveria ser o primeiro contato da população com o serviço de saúde.

Sobre essa questão, SISSON (2002, p.29), em sua tese de doutorado se refere dizendo que,

Em 1997, a Organização Panamericana da Saúde (OPS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicam um texto intitulado “A extensão de cobertura sanitária, a Atenção Primária de Saúde e a participação da comunidade: definições e conceitos operacionais”. O elemento central desta estratégia focava-se na noção de comunidade, que expressava um elemento central desta estratégia focava-se na noção de comunidade, que expressava um espaço de atuação da prática fora do âmbito hospitalar, ampliava seu objeto para além daquele restrito ao paciente e buscava uma correspondência entre população e serviços de saúde através de uma participação popular que promovia os ajustes dos serviços às suas necessidades. Nessa publicação são reagrupados os principais conceitos e definições existentes, destacando sua longa aplicação pelos países desenvolvidos e os produtos de uma atenção integrada de saúde (preventiva, curativa e de readaptação) a uma população geograficamente definida (comunidade). De forma simples e acessível, permitindo a integração do sistema de saúde tradicional (ou popular) ao sistema oficial e integrada a um plano nacional de saúde, mantendo também relação com ações de natureza multisetorial. Isto significava não haver uma fórmula operacional rígida, sendo a população e a equipe de saúde, responsáveis pelas definições operacionais e evolução. As críticas a esse modelo apontavam a perspectiva de que a resolução dos problemas de saúde poderia se dar somente através da alocação de recursos próprios, esvaziando assim a dimensão estrutural dos problemas locais (Pellegrini Filho, 1978), possibilitando também uma simplificação e redução de custos.

Mesmo sendo somente um semestre, o Internato de Saúde Coletiva, nesta categoria, mostrou-se de grande relevância.

O cotidiano dos alunos no Campo da Atenção Primária, mostrou que a vivência num serviço de saúde em um bairro, provoca mudanças no ver e no pensar. O grupo de alunos percebeu que a população necessita do acesso à saúde com facilidade e que este serviço deveria ter bom atendimento, boa resolutividade, e que não há necessidade de se encaminhar grande parte da população para a Atenção Secundária e Terciária se existir compromisso, comprometimento e uma boa formação, para instrumentalizar a prática profissional.

Seu entendimento, após o semestre, apontava para as diferenças entre o antes e o depois da prática:

*Pra mim é a porta de entrada do paciente no SUS, é o primeiro contato que o paciente tem com a saúde e aonde ele vai em primeiro e onde ele consegue resolver a maior parte dos seus problemas.*

(Urano)

*As necessidades fundamentais, aquelas que a gente não precisa de muitos investimentos, eu não falo de dinheiro mais de pessoal, de uma equipe apropriada, treinada que esteja apta a resolver grande parte dos problemas da comunidade, das pessoas. A grande maioria dos problemas da população é de ordem simples. Atenção Primária é a primeira necessidade e a dos problemas mais corriqueiros e são aqueles que devem estar no alcance de quem tá ali pra receber, então o profissional deve ser preparado. (Júpiter)*

*Atenção dada no sistema de saúde com intuito de resolver os principais problemas de saúde de uma comunidade. (Marte)*

Ao final desta análise, notou-se o aumento do nível de comprometimento do aluno na prática – com a preocupação quando ocorriam faltas nas consultas ou quando não conseguiam resultados positivos após visita domiciliar.

Hoje, pensar em fazer saúde com a atual grade curricular (modelo flexneriano e hospitalar), fica um tanto irreal. O currículo é voltado para doenças. Estas mudanças poderiam ser ampliadas se houvesse outros enfrentamentos semelhantes ao que ocorre na 10ª fase, no decorrer do curso.

## 5.4 CATEGORIA: PROMOÇÃO À SAÚDE

Falar de Promoção à Saúde é entender que é possível fazer saúde sem abordar a doença.

Embora o entendimento desse conceito provoque dúvidas, sendo muitas vezes confundida por prevenção à saúde, este vem ao encontro da responsabilidade do setor saúde junto à sociedade.

É neste sentido que a promoção à saúde constitui-se no encontro, onde caminhos se cruzam, fundem-se e se transformam, permitindo espaços para a reflexão do pensar saúde.

Nesta categoria, os alunos, antes do campo de estágio encontraram dificuldade de responder esta pergunta. Alguns tiveram a humildade de dizer que não conseguiriam relatar o que era promoção à saúde, porque tinham dúvidas entre prevenção e promoção. Outros alunos colocaram, de forma enfática, que promoção à saúde seriam as campanhas promovidas pelo governo de prevenção de doenças.

Depois da vivência no campo, ao perguntar sobre a promoção à saúde, podemos notar que o entendimento sobre o tema se ampliou, pois, em suas respostas haviam palavras chaves como, ‘medidas sociais’, ‘campanhas sem caráter proibitivo’, ‘mostrar os problemas do bairro’, ‘trabalhar de forma lúdica com a população’.

Um exemplo de concepção prévia pode ser o seguinte:

*Prevenção à saúde é, principalmente, as campanhas de prevenção à saúde, como por exemplo, as campanhas de vacinas, de prevenção de HAS e DM, então seriam os programas realizados nas comunidades para prevenir certas doenças que são prevalentes para a população ou naquela comunidade. (Saturno)*

Ao analisar os relatos, notou-se que as modificações foram sutis, porém marcantes para a vida profissional desses atores e, ainda, ampliando este universo, estas mudanças de pensamento devem contribuir para termos profissionais mais comprometidos com o princípio do SUS, a equidade.

*Todas as medidas, não só de cunho terapêutico ou técnico, exemplo, vacinação, como medidas educacionais, medidas sanitárias também. Tudo isso trará benefício à população como prevenção à doença e promoção à saúde. Um exemplo foi o que a gente tentou fazer lá na rua da Jaca, mostrando pra eles os problemas, vocês mostrando pra nós os problemas, e esses são todos os pontos que podem levar a população a ter uma qualidade de vida mais saudável, e serem mais saudáveis, isso só se consegue com um pouco de educação, exemplo: ensinar a recolher o lixo, separar, e etc.*  
(Netuno)

*Acho que envolve dois aspectos, primeiro é a prevenção, através de campanhas em geral, outro aspecto seria trabalhar de uma forma lúdica com a população, com crianças, adultos usando várias formas que pudessem chamar a atenção da população e o segundo aspecto seria o lado curativo, resolvendo os problemas que já existem na saúde da população a partir da atenção primária.* (Saturno)

Ao concluir a análise desta categoria, percebeu-se que o aluno, em sua trajetória da formação, não recebe informações que destaquem a relevância da promoção à saúde.

No entendimento da maioria, no início do Internato, ao falar de habitação, emprego, não fazia correlação com saúde; com o passar do campo houve a ampliação do olhar, embora de forma tímida.

Para que houvesse a construção do pensar “promoção à saúde”, no profissional em formação, seria necessário trabalhar as relações, o ambiente competitivo, utilizar a razão e a objetividade em estimular a sensibilidade e a subjetividade, fatores que interferem e influenciam o modo de viver e de olhar o mundo.

## **5.5 CATEGORIA: MARCAÇÃO DA CONSULTA ESPECIALIZADA**

Este questionamento não trouxe resultado substancial, não causou relevância. As respostas eram muito estanques, não havendo possibilidade de trabalhá-las como uma categoria.

Os entrevistados já tinham uma vivência anterior sobre os trâmites que a população fazia para a marcação da consulta especializada e não houve mudanças entre o antes e o depois do campo de estágio.

## **5.6 CATEGORIA: MODELO FORMADOR**

Quando foi construído o instrumento de pesquisa no projeto, o entendimento da pesquisadora era construir questões que propiciassem respostas para que os objetivos da pesquisa fossem alcançados.

A sexta questão foi a pergunta que gerou o trabalho. Na ocasião, já citado anteriormente, era esta inquietude que perseguiram os profissionais docentes assistenciais, que desenvolveram preceptoria no Campo da Atenção Primária, nos Centros de Saúde.

Por se tratar da categoria que considerei a de maior relevância, a mesma foi trabalhada com a intenção de esgotar a riqueza da análise como resultado da pesquisa.

Por isso, a sexta pergunta trazia, para os alunos, o seguinte questionamento: Qual sua expectativa com relação aos meses de Internato de Saúde Coletiva no Centro de Saúde? E após se passar o semestre foi: O que representou o Internato de Saúde coletiva no Centro de Saúde para sua formação?

Ao iniciar a análise das respostas, durante a leitura fluente e a retirada das palavras-chave, chegou-se a uma categoria chamada “**modelo formador**”.

Da categoria modelo formador (por apresentar relatos muito significativos), foram retiradas das falas quatro subcategorias que possibilitaram a exposição da riqueza das respostas e a ampliação do leque de informações que a questão gerou.

São as subcategorias: “Vínculo”, “Autonomia”, “Organização do Conhecimento Teórico-prático” e “Conhecimento em Saúde Pública”.

Analisando o modelo formador, pode-se constatar que a academia apresenta carência em seu currículo, haja vista, que os entrevistados mostraram preocupações por terem que se envolver com um ‘novo’ cenário, que até aquele momento era visto como algo desconhecido. Este “novo”, que considero a base de sua formação, os colocou em convívio com uma população de bairro, “extra muros” de instituições; com os conhecimentos teóricos-práticos com tomadas de decisão, ainda que, já na 10ª fase do curso, vivem novas experiências, novos enfrentamentos e iniciam a construção de um novo modelo assistencial.

A assistência hospitalar centralizada como solução, tanto para a atenção médica quanto para a formação desses profissionais da saúde, torna evidente o colapso da promoção e da assistência à saúde [...]. A crise da eficiência e de eficácia da formação médica, exclusiva ou preponderante nos hospitais universitários bem como a ausência de um perfil profissional contemporâneo adequado e baseado em competências, habilidades e atitudes, demonstram e reforçam a precária realidade médico-social e o esgotamento do modelo atual de saúde e de formação médica (Maranhão & Silva appud ARRUDA, 2001, p. 153).

A forma como é conduzida a formação do médico, centrada na doença, no biológico dentro de hospitais, tem suprimido a formação desses futuros profissionais de saúde.

As universidades deverão rever seus currículos e prioridades, no objetivo do preenchimento das exigências e ofertas de mercado de trabalho. Paralelamente a esta colocação, existe uma proposta alternativa na qual se busca uma aproximação entre graduação e a prática dos serviços de saúde, através de projetos de integração docente-assistencial. Dentro desses projetos o aluno é colocado em direta relação com a problemática de saúde concreta das nossas populações e uma perspectiva global lhe é apontada, onde a doença aparece

vinculada aos demais fatores que compõem o contexto social e não como fato isolado decorrente apenas de causas biológicas. (Fanuck citado por WOSNY, 1994, p.36).

Diante desse quadro, em relação a esta categoria, é importante compreender que a proposta do Internato de Saúde Coletiva em Atenção Primária no Centro de Saúde é o início da mudança curricular, com a proposta de mostrar ao aluno futuro médico, como vive a população e como elas chegam aos serviços de saúde, que não seja o hospital.

Segundo Piancastelli appud ARRUDA (2001), quando se atenta para o processo de reforma no setor saúde, é importante salientar que apresenta dimensões que se estendem do campo político-ideológico à concepção de novos saberes e práticas e que o desafio de se implementar um novo paradigma em saúde implica reconhecer que este processo não se dá em bases regulares, contínuas e previsíveis. É possível que, no evoluir desta transição, o velho e o novo paradigma se choquem e que novas formulações teóricas e novas concepções do fazer saúde sejam arquitetadas aos poucos, que sejam construídas em face do exame dos diferentes atores sociais onde estas estão sendo modificadas e/ou aperfeiçoadas.

Partindo da categoria modelo formador, incorporando as experiências que os alunos tinham como expectativas e conhecendo as experiências após o campo de estágio, iniciaremos as análises das subcategorias, expondo os relatos, mostrando a magnitude das respostas. Entendemos como subcategorias porque todas, de uma forma ou outra, estão vinculadas ao Modelo Formador.

### 5.6.1 Subcategoria: Vínculo

Esta subcategoria foi assim definida considerando os elementos identificados nas falas que significaram para os alunos, a **preocupação de não saber lidar** com os usuários do

serviço, moradores do bairro e, ainda, o convívio com a população durante o cotidiano da mesma e do campo de estágio.

Coe citado por REGO (2003, p.58) diz que “é a faculdade que costuma ser identificada como elemento crucial na aprendizagem profissional, porque representa o contexto institucional no qual se inicia a socialização. A faculdade de medicina é importante porque constitui não somente o ambiente onde transmitem os conhecimentos, experiências, hábitos, atitudes e valores, mas também o meio pelo qual os membros da profissão controlam o que seus colegas serão e o nível de aprendizagem que recebem”.

*Eu tenho uma ótima expectativa, porque vai ser um contato que a gente não teve oportunidade em todo curso, ainda que é um contato direto com a população de conhecer não só o paciente, o meio que ele está vivendo, a família, as condições de Saúde. Também estou interessado em fazer visita domiciliar, para conhecer como que a pessoa vive. Eu estou bastante feliz e com uma grande expectativa. (Saturno)*

[risadas] *A minha expectativa é de aprender. Aprender a lidar com os pacientes, principalmente. Não só sobre doença e como tratar, mais como lidar com os pacientes e o problema deles. É isso. (Marte)*

Após passar o semestre e ter convivido com o campo, onde o cotidiano propiciou reconhecer a população do bairro, o serviço de Atenção Primária e a maneira que a equipe de saúde se relacionara com os usuários do serviço, moradores daquele bairro, as referências que os alunos tinham em relação a atitudes, valores inerentes a atuação profissional, sofreram modificações. Era notório que havia sido construída uma relação, onde os laços foram se fortalecendo durante todo o semestre com o acolhimento as consultas, visitas domiciliares, retornos de consultas e nos grupos terapêuticos e, principalmente, o reconhecimento das famílias, chamando as pessoas pelo nome e vice-versa.

*A relação estudante-paciente aqui no posto foi bastante gratificante (...) e em casa às vezes eu me lembrava da fala do paciente: muito obrigado, gostei do teu atendimento, tu és muito atencioso (...) lá no hospital tu não recebe isto e, estas palavras motivam muito a gente, e da vontade de voltar pro posto ver o retorno do paciente para vê se tinha resolvido o tratamento e as vezes era só uma orientação. O outro lado foi aquela situação onde tem uma ou outro que reclama e isto também foi positivo, porque a gente pode aprender a lidar com essa situação. Eu até fui convidado pra uma festa de batizado, mais (...). (Netuno)*

Assim, ao concluir, entendo que a prática de um profissional de saúde deve ser exercida sob bases científicas, mas uma ciência que inclua a noção de que cada indivíduo possui características próprias, que exige associar à prática valores que acrescentem o contexto social para manter relações mútuas construindo nestas relações o vínculo, o respeito, a confiança.

### **5.6.2 Subcategoria: Autonomia**

Esta subcategoria aparece claramente durante as respostas dadas na segunda etapa, ou seja, após os entrevistados terem vivenciado o campo de estágio.

Autonomia quer dizer, “direito de se reger; liberdade ou independência moral ou intelectual.” (FERREIRA, 1986, p.203).

A análise deste achado reporta para o modelo formador. Os discentes de graduação do Curso de Medicina querem ser sujeitos do processo de formação durante sua vida acadêmica. A participação ativa neste tempo de formação é que construirá o perfil do futuro profissional, assim, o que se pode colher dos relatos, é que as condições que o Campo de Atenção Primária proporcionou a estes alunos novas atitudes como a tomada de decisão durante a prática, por

exemplo. A autonomia durante a vivência no campo de estágio lhes causou entusiasmo e lhes fez pensar nas responsabilidades e na sua capacidade de assumir o papel de profissional de saúde.

*Eu acho que eu ganhei, porque o que a gente vinha fazendo durante o curso era sempre emergência, aquela coisa de 'tocar ficha', tu nunca tinha um espaço pra conversar com o paciente sobre coisas além do problema, como exemplo, uma consulta completa. No internato a gente teve a possibilidade de ter essas consultas com a população, de ter um seguimento, de a gente saber quem que era (...) a gente realmente teve a nossa agenda, acho isso é muito bom pra gente adquirir a nossa independência e a gente não tocava só ficha, a gente conhecia o paciente, porque já tinha visto outras vezes, a gente sabia um pouco da vida daquele paciente, porque dava tempo de pelo menos pra saber o básico (...) Acho que isso foi muito válido, eu não fazia idéia do grau de resolutividade que tinha o posto, eu fui pra lá com uma imagem de 'há vai ser aqueles mais carentes possíveis' e que eu vou encaminhar todo mundo, eu não pensava que tinha uma resolução no posto; porque eu pensava: há ! Todo mundo vai pra emergência, o que é errado, todo mundo tem é pro seu bairro e não se locomover pra ir a uma emergência, porque muita coisa a gente atendeu e resolveu ali e a gente teve esse retorno de melhora das pessoas que gente atendeu. Eu não fazia idéia que a gente podia ter sala de procedimento, sutura eu nunca imaginei que eu fosse fazer, então mudou a minha visão, a gente saía de lá tomada de energia e poderia até se estender mais, eram tempos que você aprendia e conversando com Dr. Júlio e você, questões de condutas que a gente tomava e sempre podia estar acessando os livros e via a resolução. Acho que isso foi o que eu gostei mais e superou totalmente a minha expectativa, eu tinha uma imagem, aquela imagem estereotipada de saúde pública, os mais pobres e a gente não consegue resolver ou então não tem nenhum problema (...) e eu gostei bastante, mudou totalmente a minha idéia de posto de saúde. (Júpiter)*

Segundo Maranhão & Silva appud ARRUDA (2001, p. 154):

A formação acadêmica tem se baseado em currículos cuja formulação por meio de 'grades (prisões) curriculares' caracteriza-se por excessiva rigidez, que advém, em grande parte, da fixação detalhada de conteúdos disciplinares, que resultam

na diminuição da margem de liberdade das Instituições para organizarem suas atividades de ensino, e dos alunos de serem agentes ativos em sua formação.

Continuando os relatos das entrevistas:

*No começo do semestre eu pensava que viria mais como uma obrigação do que como se eu tivesse algum prazer de vir aqui, ao longo do semestre notei que estava bastante enganado: primeiro pelo relacionamento com o pessoal aqui do posto foi superior ao que eu esperava, encontrei pessoas ótimas como pessoas da enfermagem, o Dr Júlio, achei muito interessante o sistema de visita domiciliar, onde a gente aprendeu a ter um contato com o paciente e uma relação médico paciente muito melhor. E um dos pontos que me agradou muito foi o de ter minha própria agenda, e poder organizar como você faz as suas consultas e organizar a sua vida aqui dentro do consultório. (Urano)*

*Quando eu (...) eu sempre tive uma visão bem preconceituosa do serviço de posto de saúde, não pela Universidade, mais pelos pacientes que procuravam a gente no hospital e a gente perguntava: por que o médico do postinho não é tal (...) E depois vivendo aqui no posto, bom foi a primeira vez que eu me senti médico, foi aqui neste posto de saúde, não sei se tive o privilégio de estar num posto organizado com consultas agendadas, a Cleusa, o Júlio assim né, foram pessoas que me ajudaram e eu me surpreendi com o posto de saúde. Antes eu nunca tinha pensado de oferecer o serviço do posto para minha mãe ou pro meu pai, hoje se todos os postos funcionassem o que eu me vivenciei aconselharia antes do meu pai visitar um ambiente hospitalar, procurar um posto de saúde. E como eu te disse também que foi a primeira vez que eu me senti médico, que eu me senti útil de alguma forma, tem muitas coisas que eu estudei que não servirão para nada e as coisas que eu precisaria ter estudado mais, que seriam importantes eu não estudei como deveria ter estudado, não valorizei. Eu acho que valeu a pena porque a gente vê que conhece um pouco, aprende a ter jogo de cintura, a lidar com os pacientes. Tem coisas que eu não consegui aprender que foi o acolhimento, acho que eu sou muito devagar, não consigo atender rápido. (Mercúrio)*

*Eu gostei bastante, acho que superou a minha expectativa, aqui no posto de saúde só tenho boas palavras pra definir, infelizmente o nosso semestre foi um pouco mais curto, e isso faz muita falta pra nós. Gostei bastante do sistema do posto, até comentei na aula, este posto aqui é extremamente organizado, tudo funciona direitinho, exemplo: o acolhimento é direitinho, todos são atendidos não tem abuso, as consultas são marcadas por nós é claro que com a supervisão de vocês, porém é quando a gente detecta a necessidade de marcar. Eu achei excelente, nunca tivemos no curso e imagino que nunca mais vamos ter essa autonomia. É importante pra nossa vida profissional, até para consultório particular. (Netuno)*

A autonomia é algo que precisa ser construída desde o início da formação e esta deve acompanhar o crescimento dos alunos e a soma de experiências vividas durante o período de formação do profissional de saúde.

A vivência hospitalar com a carga de responsabilidade nas doenças graves, com a disputa por leitos por todos os cursos da área da saúde e com todo pessoal profissional especializado responsável pelo paciente (inclusive residentes), deixa pouca ou nenhuma margem de autonomia para os alunos de graduação. E, além disso, essa parece ser indesejável. Mas é importante um alerta para evitar mal entendido, autonomia não significa não ter supervisão e responsabilidade profissional.

### **5.6.3 Subcategoria: Organização do Conhecimento Teórico-Prático**

Observou-se que esta subcategoria se apresentou nas falas das entrevistas antes do cotidiano do campo de estágio e foi colocada como insegurança de não saber articular a teoria com prática. Notou-se, também, que esta insegurança brotava por desconhecer o campo de estágio fora dos ‘muros hospitalares’. Embora houvesse conhecimento teórico-prático, as discussões em torno das tomadas de decisão e condutas que os alunos estavam acostumados e

eram conhecedores, giravam em torno da doença, em ambientes enclausurados, com indivíduos ‘pacientes’, fragilizados pela doença sem participar das decisões de tratamento, onde a conduta ou comportamento não abria possibilidades para questionamentos.

*Um monte de expectativa; primeiro a gente tem medo de chegar lá e não saber nada, nem o mínimo, porque já que é um centro de saúde com medidas de atenção primária, tu tens que enfrentar os obstáculos (...) Eu não sei nada do que é primário, não sei nem o que é mínimo para conseguir atender uma pessoa bem, os problemas mais simples que a gente pode ter. Agora eu espero que pelo menos na 10ª fase a gente mude bastante e depois na 11ª fase consiga ver na verdade um pouco mais, e consiga organizar este conhecimento, e ver que na verdade a gente sabe um pouco. A expectativa é que a gente possa usar tudo que tá embaralhado na cabeça. Outra expectativa é que no fim do internato consiga organizar isso quem se sabe. Tem muito pra fazer. A gente pensa que não sabe nada, mais há tempos atrás fazíamos menos. O internato não é quanto eu vou aprender, é quanto eu vou usar o que eu já tenho aprendido e aí o que eu vou aprender. (Vênus)*

*Aprender muito. Atender bastante pacientes, ter visão em promoção de saúde não só de prevenção, não só de atendimento a doenças, que a gente tem pouco no curso de medicina. (Plutão)*

Pode-se resumir algumas das principais características que se constituem em crítica ao modelo vigente: grade curricular baseada em disciplinas como critérios a serem somados e desvinculados entre si; excessiva fragmentação do conhecimento; desarticulação entre as ciências básicas (séries iniciais) e as clínicas (séries finais); marcante tendência à especialização precoce; aprendizado centrado no hospital, no hospital universitário e dissociado do Sistema de Saúde; avaliações baseadas na memorização. (Maranhão & Silva apud ARRUDA, 2001, p. 154).

Ainda, nesta subcategoria, após a vivência do campo, após um semestre, é notável que a mudança ocorreu, talvez de forma sutil, porém, as afirmações nas respostas mostram que os alunos descobriram algo como ‘conhecer o paciente’, a família, a moradia e o dar continuidade a um acompanhamento em saúde.

*Eu fiquei muito contente com internato. Primeiro que a gente tá muito longe da população, da realidade, das coisas e como realmente elas acontecem. E durante o internato e no serviço de saúde pública que às vezes ações muito pequeninas, uma doação da gente muito pequena, um gesto ou quatro ou cinco palavras a gente consegue resolver um problemão daquela pessoa que tá te procurando, às vezes vale muito mais o teu sentimento a tua boa vontade e o teu carinho pela pessoa que tá ali do que o teu conhecimento teórico. Muitas e muitas vezes o conhecimento teórico ficou um pouquinho de lado pra se usar a sensibilidade. Acho que durante o internato eu consegui fazer isso e se eu não consegui dar jeito em tudo porque a gente tá fora assim das possibilidades da gente, mais o jeito como tu consegue tratar o paciente, consegue lidar (...) porque tu não tinha isso fora da saúde pública, dentro do hospital, num serviço só de emergência, onde as pessoas te procuram em situações agudas (...) E no posto de saúde tu consegue mexer com situações crônicas, você acompanha.*

(Vênus)

*Eu não recorro quais eram as minhas expectativas para o internato, mais foi bastante útil, deu pra aprender bastante coisa, não só na parte técnica como também na parte com paciente, como lidar com as pessoas. O ganho pra mim foi neste aspecto.* (Marte)

Ainda analisando esta subcategoria, os entrevistados mostram em suas falas o entusiasmo por ter conseguido alcançar seus objetivos e, ainda, por conhecer um serviço de Atenção Primária que lhes oportunizou vivenciar um cotidiano em que eles eram os sujeitos da situação, onde conseguiram somar o conhecimento adquirido durante os semestres anteriores. E ainda, aprenderam a conversar com os moradores do bairro, conseguiram perceber como é diferente quando o profissional de saúde trabalha dentro de um bairro, local em que se torna possível dar continuidade ao atendimento.

#### 5.6.4 Subcategoria: Conhecimento em Saúde Pública

Esta categoria foi pinçada das falas dos entrevistados durante as entrevistas antes do campo de estágio. Durante as falas percebeu-se que os alunos não conseguiam conectar o entendimento sobre o campo da prática para sua formação. Notou-se nas falas dos estudantes o desconhecimento do campo onde ocorre sua formação.

Os sujeitos, alunos, participantes desta pesquisa, eram de uma Universidade Pública, suas aulas eram compostas por teoria em sala de aula e teoria prática em hospitais, laboratórios, ambulatórios de referência e centros de saúde, todos em espaço público. No entanto, os alunos não tinham o entendimento de que a saúde pública abrangia a atenção à saúde nos níveis primário, secundário e terciário.

*É, eu acho que é ali que a gente vai aprender o que já devia ter aprendido desde o começo da faculdade, que é aquela coisa que a gente vai muito nas doenças raras e graves, eu acho que a devia ter começado por esta parte. A nossa turma foi bastante prejudicada, teve falta de professor. A gente tá bem nulo no conhecimento de saúde pública. Acho que é agora que a gente vai aprender aquela coisa que o vizinho pergunta pra gente e a gente não sabe responder, acho que agora é que é a prática. (Júpiter)*

*É uma coisa que eu estava esperando a algum tempo. A gente sempre tem a formação no hospital, não tem contato com a comunidade, depois o doente sai do hospital e a gente não vê mais. A idéia é que a gente tenha um contato maior, o paciente vem conversar, e na semana que vem ele volta por outra coisa. É uma carência que a gente tem na parte de saúde pública e eu acho que vai ser suprida pelo Internato de saúde pública. (Netuno)*

Ao final do semestre, após estes passarem pelas aulas teóricas ministradas pelo departamento de Saúde Pública, no período matutino, e pelo Internato de Saúde Coletiva

(teórico-prático) no período vespertino, os alunos passaram a compreender melhor a relação entre os espaços públicos e a disposição deste espaço para propiciar a formação de novos profissionais de saúde.

*Acho que aprendi bastante, no sentido de como é que funciona um posto de saúde e saber como é que funciona o SUS (...). Aprendi bastante no atendimento médico, atendendo o paciente o convívio, o retorno de pacientes, coisa que a gente nunca tinha visto antes, ver o tratamento, a evolução dele e até a busca ativa na comunidade caso ele falte a consulta tu tem como saber porque que faltou, vê onde ele convive, sentir de perto os problemas dele e tentar ajudar. Deu pra senti as dificuldades que o posto de saúde tem pra que o serviço ocorra, como marcação de exames, consultas fora e etc, e mesmo assim consegue funcionar bem, porque dentro do posto tem muitos recursos, muitos medicamentos (até me surpreendeu). A minha expectativa foi suprida, foi além e contribuiu muito pra minha formação.*  
(Plutão)

Ao finalizar a análise desta subcategoria, fica demonstrado que as necessidades de conhecimento em políticas de saúde e participação de atividades dentro dos ambientes onde ocorre a formação, reafirma que os alunos passam pelo campo de estágio, trabalham no mesmo, formam-se e não compreendem como é sustentado os campos que estão sempre à disposição de novas turmas.

## **DAS SITUAÇÕES PROBLEMA**

Outro instrumento, além da entrevista semi-estruturada, foi a apresentação de Situações Problemas.

Como já tinha assinalado de onde foram retiradas as mesmas, cabe relatar como estas se transformaram em categorias.

As oito situações problemas serão rerepresentadas na medida em que for feita a análise.

Para se chegar as categorias, foi dispendido grande parte do tempo na leitura com o intuito de reconhecer palavras ou frases que desencadeassem um número de categorias que pudesse contemplar a amplitude dos relatos das entrevistas.

As situações problemas já tinham embutidas em si uma intenção de categoria, no entanto, querer-se-ia ver a relação e as posições às questões postas.

### **Situação Problema I**

“(…) o primeiro é o envolvimento médico. Quanto mais tempo ele se dedicar ao doente e se mostrar interessado em ajudá-lo, maiores as chances de cura” (Nogueira appud GALILEU, 2003, p.21).

### **5.7 CATEGORIA: ENVOLVIMENTO MÉDICO**

Esta categoria apareceu com muita clareza nas falas dos entrevistados. A preocupação dos alunos em mostrar envolvimento era uma mensagem que a própria academia passava em suas aulas e práticas hospitalares. No entanto, este envolvimento era colocado na forma de **escutar o paciente**, ligado a cura de doenças. Então, como categoria, mostrava o entendimento sobre o tema:

*Concordo, eu acho que relação médico-paciente, o envolvimento do médico, o médico demonstrar interesse, é o principal de tudo. É o ponto chave de uma consulta, de qualquer atendimento. Nisso daí ele já ganha 50% da cura da doença. (Plutão)*

*(...) é da relação médico paciente. Eu acho que só de você conversar, dar uma atenção maior (...) há muito mais coisas que ele valoriza, têm aquelas super valorizações sobre os sintomas e, às vezes, só de conversar com o paciente e explicar a doença, porque muitas vezes ele não sabe nem o que ele tem, nem como se tratar. Então só de conversar, e dizer que está ali para atender, acho que se consegue ser claro e objetivo e a pessoa consegue entender o que está se passando com ela e entender o tratamento. (Júpiter)*

*(...) vou falar primeiro da segunda frase: eu acho que é isso, é a confiança do paciente com o médico ou da relação médico-paciente. O paciente acredita no que o médico tá falando e vai ter mais chance de cura. Ele vai se dedicar mais ao tratamento; acho que quando ele tem confiança de uma coisa e acredita que tem que chegar lá. (Netuno).*

Os relatos, embora mostrassem preocupação com o paciente<sup>3</sup> atendido por eles (alunos), esta era limitadamente relacionada à doença e tratamento e à chance de cura.

Após o Internato de Saúde Coletiva, no campo de Atenção Primária, notou-se que o olhar do aluno frente ao papel de atender o usuário dos serviços de saúde se ampliou. Em seus relatos apareceram palavras como **cuidado, empatia, vínculo, gratidão**, que não eram intencionais na apresentação da situação problema. Embora as mudanças tenham ocorrido de forma sutil, ficou evidenciado de que o fato de os alunos terem entrado em contato com a população fora dos muros hospitalares, fez com que houvesse a desconstrução, em algum momento, do pensar na lógica hospitalar, na doença.

REGO (2003, p.107), diz que:

ainda que em diversas disciplinas do curso médico, seja dada uma ênfase relativa à necessidade de ser estabelecida uma relação médico-paciente, na qual ambos sejam considerados sujeitos da situação, o dia-a-dia da prática nas enfermarias, nos ambulatórios, nas maternidades e emergências são ricos exemplos de que o paciente é considerado um mero objeto de trabalho, um

---

<sup>3</sup> Paciente: “pessoa resignada, conformada. Aquele que recebe a ação praticada por um agente” (FERREIRA, 1986 ,p.1244).

não-sujeito. Não o reconhecendo como sujeito, não o incluindo em suas preocupações sobre as conseqüências de seus atos, mas apenas como 'o caso do leito 10' ou 'a tuberculose fantástica que internou', será difícil que os estudantes reconheçam como dilemas as questões éticas relacionadas aos seus pacientes quando elas se apresentarem e, uma vez as reconhecendo, será muito difícil tomar uma decisão, já não estão acostumados e não são estimulados a pensar os problemas em sua dimensão moral.

O fato de ter vivenciado um semestre numa comunidade, onde esta procurava o serviço de saúde sem uma patologia exposta; o convívio com os grupos terapêuticos de gestantes e outros; as consultas com hora marcada; ensinaram que é possível trabalhar saúde, sem deixar de exercer o papel de acompanhar a patologia quando necessário e começar a abrir este leque de trabalho e atividades que a profissão da área da saúde propicia.

*O envolvimento médico, acho super importante, a partir do momento que tu se dedica pro teu paciente, tu vai atrás de forma de tratamento, não só o tratamento mais melhorar o ambiente no sentido de promover saúde e prevenção primária de doenças, e quanto mais o médico se envolver mais ele vai se dedicar ao paciente e mais o paciente vai se sentir grato por isso. (Plutão)*

*É uma das coisas que ficam mais claras pra todo mundo não é só o remédio que cura, não é só o tratamento médico, a receita que vai curar. A gente sabe até que existem trabalhos provando isso (...) se tu der o mesmo tratamento para duas pessoas e tratá-las de maneira diferente, aquela que tu dedicar mais tempo, que tiver mais estímulo, que conversar mais (...) enfim, que o envolvimento do médico vale 50% do tratamento. (Vênus)*

*Concordo, o paciente se senti cuidado, se ele sente que o médico se interessa pelo problema dele, é muito mais fácil dele seguir o que tu tens pra dizer, a empatia é o primeiro passo como agente terapêutico. Se não houver empatia o paciente não vai acreditar no que o médico ta falando, ele não vai fazer o tratamento. (Mercúrio)*

*Eu acho que o médico tem que se envolver realmente com a história do paciente, não a questão do tempo e sim como você se relaciona, quais são os pontos que você toca da vida dele que vai ajudar,*

*por isso não é o tempo mais o grau de intensidade que você se relaciona com ele. Há maior chance de cura porque o paciente vai aderir melhor o tratamento por confiar em você. (Júpiter)*

*Hoje é mais do que evidente que o vínculo do médico com o paciente é essencial pra maior porcentagem de chances de cura dos pacientes. O médico sendo uma referência pro paciente além de atender de uma forma diferente ele pode conseguir maior aderência ao tratamento, acredita e segue suas recomendações. Além do conhecimento técnico, o médico deve ter um envolvimento, um vínculo, uma boa capacidade de relacionamento. (Netuno)*

*É o que eu tava falando mais ou menos agora. É a consulta que a gente fez no posto de 45 minutos e os retornos de 30 minutos, um bom diálogo, uma boa ‘anamnese’, a maneira de tratar ele, de lidar com ele, orientá-lo principalmente, muitas vezes vale muito mais do que fazer uma receita que é uma coisa totalmente técnica que às vezes ele nem vai seguir porque o médico nem olhou no meu olho, então eu nem vou usar isso [grifo meu]. Concordo com a situação porque a gente vê o paciente contente, dizendo que está se sentindo melhor. (Saturno).*

Ao concluir a análise desta categoria, percebeu-se que os alunos entenderam de que ser médico é também estabelecer vínculos, respeitar a relação entre dois sujeitos e adequar sua atuação de acordo com cada realidade, salvaguardando o indivíduo e seu contexto social e suas diversidades.

## **Situação Problema II**

“Para construir uma comunidade saudável depende do bem estar físico, mental e social das pessoas, e um bom poder aquisitivo” (minha autoria).

Ao analisar as respostas das entrevistas desta situação problema observou-se que foram delineadas duas categorias. Sendo a primeira categoria intitulada **Acesso à Saúde** - esta

surgiu ao analisar os relatos antes do campo de estágio. E a segunda categoria intitulada **Coletividade** - apareceu da análise dos relatos após a vivência dos alunos no campo de estágio.

## 5.8 CATEGORIA: ACESSO À SAÚDE

Esta categoria apareceu com muita evidência, durante as falas dos entrevistados. Na visão dos entrevistados, na forma como foi respondido, a maioria do grupo entende que comunidade saudável é igual a acesso à saúde. O retrato dos relatos estampava a relação entre doença e o custo para o tratamento.

De alguma maneira, esta categoria mostra o apego a esquemas de trabalho tradicionais que obstaculiza a visualização do olhar do aluno frente à oportunidade de assumir o desafio de construir novos conhecimentos, assumindo missões compartilhadas, seja com outros profissionais de saúde, ou grupos de uma comunidade. Este engessamento se dá muitas vezes por desconhecimento ou por insegurança na compreensão da posição da sua profissão.

*(...) Concordo em partes. Eu acho que não que seja fundamental o bem estar físico, mental e social das pessoas. E o bom poder aquisitivo é menos importante ainda, não é por isso que uma pessoa vai ser saudável. Acho que um bom poder aquisitivo não é imprescindível, é claro que fica mais fácil o acesso à saúde [grifo meu]. O governo é que precisa de um bom poder aquisitivo para fortalecer os centros de saúde. [grifo meu]. (Urano)*

*(...) é, é, é, é, é bom (...) uma comunidade saudável, realmente, bem estar físico, mental, social, psicológico, já tá envolvendo Como uma pessoa vai interagir com a sociedade um bom poder aquisitivo, há de convir que hoje a gente vai para consultas particulares e convênios [grifo meu] realmente vai se ter maior acesso a exames e se não se pode pagar, fica difícil. Mas se tem um*

*profissional na área pública que consegue atender a área mais primária, aí eu acho que não vai precisar dispor de tanto dinheiro pro exames e não vai precisar gastar tanto para ir ao médico. Acho que hoje não só ter um bom poder aquisitivo (...). “Eu retomo a situação” (...) é, é,,é, é acho que é necessário hoje em dia, pela quantidade de exames [grifo meu], que as vezes precisa e realmente para ter acesso [grifo meu] rápido ao diagnóstico um bom poder aquisitivo se faz necessário para conseguir ter acesso. [grifo meu]. (Júpiter)*

É sabido que o conceito atual de saúde ultrapassa a idéia de ausência de doença.

Revisando o conceito de saúde dos Anais da 8ª Conferência de Saúde (1987, p.382),  
pode-se perceber que

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde. É assim antes de tudo, o resultado das formas de organização social da população as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

Quanto ao acesso a saúde, este é um direito do cidadão, garantido pela Constituição Federal de 1988, e uma pequena fatia da amplitude do conceito Saúde.

O tema comunidade saudável busca conduzir o conceito de saúde para um atual paradigma de promoção da saúde.

*(...) realmente para ter uma comunidade saudável o bem estar físico e social das pessoas é essencial. Mais para alcançar isto um bom poder aquisitivo é, é (...) na prática é correto [grifo meu] mais teoricamente não seria [grifo meu] necessário um bom poder aquisitivo [grifo meu], sim porque seria dever do estado dar saúde, acesso a saúde [grifo meu] as pessoas para que elas pudessem ter este bem estar físico e social independente do bom poder aquisitivo. E hoje na nossa sociedade quem tem um bom poder aquisitivo tem acesso [grifo meu] não só a saúde mais aos outros meios que fazem ela ficar de bem com a vida, com seu bem estar físico, mental e social. (Saturno)*

*(...) concordo também. Aqui fala um bom poder aquisitivo, acho que tá tudo inter-relacionado. O bem estar físico mental, social, parte financeira também. (Marte)*

O Curso de Medicina gera grandes expectativas no que diz respeito ao poder aquisitivo do futuro médico. Saúde é igual a lucro.

A valorização pelo poder aquisitivo é refletida através da lógica que o país vive. A busca pelo dinheiro ocupa grande espaço na vida das pessoas como valor de vida.

“Este velho modelo tem alto custo, demanda o processo de trabalho médico ‘caótico’ (...) com condutas técnicas nem sempre mais recomendadas (...) atrelados aos interesses de mercado, moldados em primeiro lugar aos fabricantes e vendedores de remédio e equipamentos médicos e hospitalares”. (Santos appud ARRUDA, 2001, p.145).

A graduação de Medicina traz, no meu entendimento, uma escalada profissional competitiva, atrelada a interesses do complexo médico industrial e da renda individual, desumanizando ainda mais os futuros profissionais de saúde, atingindo, desta forma, a dificuldade para a construção do médico ético-humanístico, proposta pelas Diretrizes Curriculares.

## 5.9 CATEGORIA: COLETIVIDADE<sup>4</sup>

Nesta categoria, a mudança nas falas dos alunos foi notória entre o antes e o depois. A presença da palavra **poder aquisitivo** já não tinha tanta relevância. Embora alguns ainda reafirmassem o conceito de saúde da OMS, a diferença se dava por reconhecer que é possível construir uma comunidade saudável se as pessoas se preocuparem com o coletivo.

---

<sup>4</sup> Coletividade: “que manifesta a natureza ou um grupo ou a tendência um grupo como tal ou a um povo – conjunto – sociedade” (FERREIRA, 1986, p.430).

Analisando a dimensão das respostas, visualizou-se que, neste momento, a saúde era um compromisso de todos aqueles envolvidos no cotidiano daquela comunidade. A partir do desenvolvimento daquela experiência do campo de estágio na Atenção Primária houve um despertar para o reconhecimento de que é possível modificar a realidade se existir o compromisso da população em construir uma nova realidade, capaz de organizar uma sociedade, mesmo que apenas localmente.

*Acredito que para construir uma comunidade saudável é preciso mesmo um bem estar físico, mental e social, mais não depende tanto assim do poder aquisitivo, depende muito mais de uma boa vontade de todos do que o poder aquisitivo. (Urano)*

*A pessoa tem que estar bem, tem que tá com a sua vida em geral ajeitada, se sentir saudável. Poder aquisitivo muitas vezes com certeza ele ajuda, porque se tem acesso a muitas coisas que infelizmente depende dele e que não são oferecidos pelo serviço público, mais que deveriam ser. Imagine que se o serviço público conseguisse abranger todas as pessoas e dar uma atenção mais completa, que não existe realmente é (...) esse poder aquisitivo não faria tanta diferença. Não adianta ter muito dinheiro e não ter vontade de construir, de fazer o bem. (Vênus)*

*Concordo em partes, basicamente é o conceito da OMS, mais acho que não é só isso; é muito dinâmico pra gente tachar em uma frase. Uma comunidade saudável não é uma ou duas frases que vai refletir o que é. A comunidade não pode esperar que o governo venha sentir os seus problemas, ela é que em que for atrás as coisas não acontecem. (Mercúrio)*

*Bom aqui até acho que pode ser correta, mais não é necessariamente correta. Um bom poder aquisitivo com certeza ajuda, mesmo porque é um ciclo: bom poder aquisitivo é igual à educação maior. Agora não é preciso ter um bom poder aquisitivo pra fazer uma comunidade saudável, porque a comunidade pode ser carente mais sendo bem educada e tendo orientações, tendo agentes de saúde bem preparados e que informa bem a comunidade, eu acho que se pode construir uma*

*comunidade saudável sem o poder aquisitivo. A população precisa de ajuda, com educação, orientação e não a curto prazo, da pra perfeitamente fazer uma comunidade saudável e melhor ainda se tiver lideranças no bairro que oriente e que siga o trabalho. (Netuno)*

Assim, o aluno da 10ª fase no Internato de Saúde Coletiva, após terem vivenciado um cotidiano diferente daquele conhecido das fases anteriores, conseguiram identificar a magnitude das relações, no seu sentido de prática médica e reais necessidades da sociedade.

### **Situações Problema III e IV**

“O papel do médico é o de diagnosticar a doença, através de exames e tratar através da prescrição de medicamentos, dietas e exercícios”. (Nogueira appud GALILEU, 2003).

“Às vezes ocorre uma falha grave na educação nutricional: falta ênfase na necessidade de higiene durante o preparo da comida e na casa, de um modo geral. Quando o bebê vomita toda comida, ou está continuamente com diarreia, ou tem grande quantidade de vermes, os bons conselhos sobre a nutrição não são suficientes” (SCOTNEY, 1981, p.128).

Ao analisar as respostas das entrevistas destas situações problema observou-se que foram delineadas duas categorias. As situações têm respostas que se interpenetram, daí a análise em conjunto. Sendo a primeira categoria intitulada **Cura** - esta ao analisar os relatos **antes** do campo de estágio. E a segunda categoria intitulada **Cuidado** - esta apareceu da análise dos relatos **após** a vivência dos alunos no campo de estágio.

## 5.10 CATEGORIA: CURA<sup>5</sup>

Na visão dos alunos, antes do campo de estágio, seus relatos revelaram a herança da formação centrada na doença. Durante as falas, as palavras diagnóstico e tratamento aparecem fortemente.

Ao colocar esta situação problema na entrevista, havia a intenção de conhecer, como os alunos desenhavam o papel do médico, ou seja, o seu papel no futuro.

*(...) não é só isso, não é só diagnosticar e fazer exames, eu acho que ele tem que ver o paciente no contexto, prevenir doenças, se não der, tu vais ter que diagnosticar, investigar. Tens que evitar o máximo, fazendo campanhas, educando para não deixar a doença aparecer. Aliás, tudo isso é o papel do médico. (Plutão)*

*O papel do médico também é esse, mais não se restringe só em diagnosticar através de exames, prescrever; o papel do médico tem que ser uma referência para o paciente. O médico além de prescrever medicamentos tem que conversar com o paciente, tem que ser referência para o paciente não só num atendimento único mais num atendimento continuado ao paciente. (Saturno)*

*Eu acho que o papel do médico é diagnosticar a doença, tratar através de medicamentos, dietas e exercícios, mais não só através do diagnóstico, de exames e muito mais da conversa com o paciente, exame físico. Acho que é mais importante do que ir direto pro exame complementar. (Urano)*

Diante das afirmações nas entrevistas, no entendimento dos alunos, havia uma postura que evidenciava o papel do médico centrado na doença e o **poder de cura** que há detido pelo médico.

---

<sup>5</sup> Cura: “ato ou efeito de curar – restabelecimento da saúde” (FERREIRA, p.511, 1986).

Vale aqui lembrar que esta herança ainda está presente por termos um modelo de ensino cujas características principais são (segundo FEUNEWERKER & MARSIGLIA, 1996):

- a) sólida formação em ciências básicas nos primeiros anos do curso como ocorria nas escolas alemãs (anatomia, fisiologia, bioquímica, farmacologia, histoembriologia, bacteriologia e patologia);
- b) pouca ênfase nos aspectos de prevenção e promoção da saúde e **concentração nos aspectos de atenção médica individual;**
- c) valorização da aprendizagem dentro do ambiente hospitalar, recomendando-se que as faculdades tivessem seu próprio hospital de ensino e considerando-se impróprio o uso de outros serviços;
- d) recomendação de que o hospital de ensino contasse com um corpo clínico próprio e permanente;
- e) limitação da assistência ambulatorial apenas aos casos que precisaram de internação;
- f) organização minuciosa da assistência médica em cada especialidade;
- g) ensino da assistência obstétrica dentro do hospital e não fora dele;
- h) orientação para que o hospital de ensino contasse com um número grande de leitos para cada aluno (quatrocentos leitos para cinquenta alunos).

*É en acho que envolve bastante isso contato médico, diagnosticar, depois prescrever, dietas, exercícios. O médico meio que deixa a desejar. Acho que podia ser um trabalho do médico, mais ele deixa para o fisioterapeuta, nutricionista, acho que poderia englobar tudo. (Júpiter).*

*Os conselhos são úteis no sentido de prevenção de doenças e educação nutricional, mas chega no ponto que tem que entrar com a medicação se a criança já está num mal estado geral, desidratada, vomitou,*

*tem diarreia, entrar com a medida enérgica [grifo meu], não vai dar pra ficar só no conselho, chega uma hora que vai ter entrar com atendimento. (Plutão)*

*A gente deve tentar educar uma pessoa dentro da realidade que ela vive. Concordo que às vezes o médico ou o agente de saúde tem que intervir de uma forma mais agressiva em determinada situação. O médico tem o papel poder sobre a criança ou sobre qualquer outra pessoa de intervir de forma mais incisiva, se a educação, se a conversa (...) o médico tem esse poder (...) ele tem perdido com esse negócio de bioética, mais eu acho que o médico em determinadas situações onde a pessoa não tem condições de discernir o que é bom pra ela ou não, eu acho que o médico tem esse papel, não só de educar mais de intervir na hora que for preciso. Exemplo: nesse caso aqui, internar a criança, trabalhar a mãe, sei lá de forma psicológica, o problema é muito mais amplo. (Mercúrio)*

*É, é, é, é, acho que a gente poderia ter aqui uma cadeira na medicina que falasse mais sobre isto, coisas mais básicas [grifo meu] como: higiene, nutrição. A gente tem bem pouco na pediatria, poderia envolver bem mais como o idoso, e o adulto de uma maneira geral. Eu acho importante tá falando aqui que a nutrição não é eficiente, tem que prescrever uma dieta e passar para a mãe pode ser até eficiente junto a higiene e a associação de algumas medicações quando necessário. (Júpiter)*

Além disso, em algumas falas foi evidenciada a **posição de autoridade**, provocando uma desconstrução e afastamento nas relações médico – usuário do serviço, sonogando o diálogo<sup>6</sup> e a possibilidade do vínculo, da confiança.

Freire citado por WOSNY (1994, p.28) diz que “o conhecimento não se estende daquele que se julga sabedor até aqueles que se julgam não saberem, o conhecimento se constitui nas relações homem/mundo de transformação e se aperfeiçoa na problemática crítica destas relações”.

---

<sup>6</sup> Diálogo: “fala entre duas pessoas ou mais - conversação”. (FERREIRA, 1986, p.585).

Alguns relatos indicaram a assistência médica isolada, sem a prática do trabalho de equipe de saúde, pautada na multidisciplinaridade e na interdisciplinaridade.

A interação do trabalho em equipe constrói habilidade profissional para discutir os enfrentamentos, somando conhecimento, oportunizando a troca, edifica o **aprender fazendo**.

“O médico do terceiro milênio, terá uma formação de caráter geral, estará habilitado ao atendimento das urgências e das emergências, nos inícios, pelo menos, dos quadros emergentes, e capacidade para o trabalho em equipe multidisciplinar, conhecimento das políticas públicas em saúde, noções de gerência, de planejamento e de avaliação”. (Pereira appud ARRUDA, 2001, p.65).

“O médico deve ser capaz de trabalhar em conjunto com outros profissionais da área da saúde – aprender a viver junto”. (Maranhão & Silva appud ARRUDA, 2001, p.161).

## 5.11 CATEGORIA: CUIDADO

Esta categoria é uma das que mostrou mais claramente as diferenças entre o antes e o depois. Ao analisar as respostas nesta etapa, pós estágio, fica evidenciada a mudança do olhar do aluno – neste momento sua vivência no campo por um semestre provoca a transformação da **cura para o cuidado**.

*Acho que o papel do médico é mais do que poder diagnosticar através de exames, acho que cabe ao médico ter uma boa relação médico- paciente, conversar com ele e através disso você consegue diagnosticar muito mais do que através dos exames. E o tratamento, as dietas, medicamentos, exercícios passam por você conversar com ele entender como ele funciona socialmente a família [grifo meu]; tudo ajuda muito mais do que só assinando um papel ou uma prescrição. (Urano)*

*Acredito que quando a criança apresentou todos estes problemas só os conselhos não foram suficientes, é necessário ver todo o seu contexto social que está inserido aquela criança como: preparo da comida, a vivência no interior da casa e se trabalhar o conjunto par a recuperação da criança.*  
(Urano)

*A gente passa a faculdade inteira tentando ouvir o qual é o nosso papel. O médico tá ali estudo, mais eu acho que não é só aquilo que a gente aprende lá dentro da Universidade, exemplo: o que a pessoa sente? O que ela tem? Tentar tratar dar uma receita, mandar pra casa (...) não é só diagnóstico e tratamento. O médico tá ali pra participar da vida da pessoa, em primeiro lugar ele deve tentar se envolver, pra entender realmente de onde vêm os problemas das pessoas. Acho que infelizmente a gente não trabalha muito a causa dos problemas, a gente deveria a medida do possível tentar descobrir o porquê do problema que as pessoas trazem; pra isso o médico tem que se envolver um pouquinho. Eu acho que o médico é uma pessoa como qualquer outra da sociedade, e acho que faz parte tentar conversar mais, se envolver [grifo meu]. (Vênus)*

*Primeiro tem muitos problemas que a gente encontra por uma falta de instrução, infelizmente a gente acha que todo mundo sabe coisas essenciais, pra viver bem, como exemplo você não deve acumular lixo. E a gente fica olhando e achando tão óbvio, e pra algumas pessoas não tão claro, porque elas não tiveram a mesma educação. Quando a gente vê problemas sociais, não adianta tratar aquilo como uma doença no consultório. Acho que a gente tem que partir do básico do princípio do porquê esta criança chegou assim no serviço. Isso tem muito a haver com o ambiente que ela vive [grifo meu]. Pra nós medidas de higiene são coisas, mais não é tão claro assim pra outras pessoas. É basicamente o papel do médico, diagnosticar, conversar [grifo meu], *Vê qual é a doença e tentar o melhor tratamento. E contar com a ajuda do paciente, contar pra ele o que ta acontecendo e tentar resolver junto como vai ser o caminho da resolução,(...) e não é só isso porque a gente tem um papel social, nas visitas domiciliares, só que isso só é viável no posto onde a gente tem ajuda, porém isso**

*foge, quando você tá no hospital ou no consultório. Ir atrás do paciente (...) agora falar em prevenção e tentar falar alguma coisa sobre a sociedade pode ser válido. (Júpiter)*

*Falta realmente uma educação nutricional e eu acho que se poderia resolver muita coisa com estas orientações [grifo meu]. Falta a gente falar mais pro paciente que não é só o medicamento que vai resolver e que tem todas esses outros fatores mais o envolvimento [grifo meu] dele que vai ajudar na situação. (Júpiter)*

*Eu acho que é um dos papéis do médico, mais não só através de exames e acho que o principal uma boa conversa de uma boa anamnese e um bom exame físico, exame clínico é primordial e vale muito mais que muito exame. E não é só isso, o papel do médico é de educar a população, porque muitas vezes a comunidade vem procurar o médico por alguma dúvida. Exemplo: uma puérpera não lavar a cabeça por 40 dias. Acho que o papel do médico também é de educar. Tá certo, o principal numa hora dessa não são os conselhos e sim tentar educar a mãe para essa parte de higiene, preparo da comida, ferver a água e etc. Falar também sobre a moradia, lixo, destino do esgoto, tudo isso precisa ser bem explicado e não só a parte da nutrição, dar uma boa orientação [grifo meu] pra esta mãe. (Netuno)*

As paravras contidas nos relatos emocionam àqueles que acreditam na proposta de formar profissionais na lógica do pensar saúde.

“O cuidado solidário é uma forma de compromisso autêntico, que permite ao profissional experimentar a troca de sentimentos com o paciente, como forma de visão compartilhada, proporcionando a cada momento, a reflexão, o fortalecimento das relações de sociabilidade e contribui para o restabelecimento da saúde”. (BETTINELLI, 1998, p.31).

De uma maneira geral, percebeu-se que entre as novas práticas inseridas nas atividades do Internato de Saúde Coletiva, talvez a que tenha tido maior impacto foi a

possibilidade de poder conversar com os usuários e vê-los mais de uma vez. Estas modificações só aconteceram porque foi dado espaço aos alunos; o jeito que foi trabalhado com os alunos problematizando os acontecimentos do cotidiano do campo; foi disponibilizado tempo para o atendimento e o cuidado do usuário, provocando a problematização entre usuário e aluno. Os alunos tiveram, neste campo, espaço de reflexão, provocando conflitos e estimulando o exercício da tomada de decisões.

Em suma, a metodologia construída para o serviço e ensino no Centro de Saúde, somado ao compromisso e a segurança transmitida através da prática pelos preceptores do campo, mostravam esta “nova” realidade que fez a diferença, neste momento, na formação dos alunos, futuros profissionais de saúde.

### **Situações Problema V, VI, VII e VIII**

Também estas situações acabaram tendo respostas que se interpenetraram ficando mais adequado analisá-las em conjunto.

“Não é possível ao médico entender de todas doenças ou de todos seguimentos do corpo, por isso é que se torna necessária à especialização” (minha autoria).

“Não há nada errado no modelo biomédico. O paradigma da patologia celular continua válido e é suficiente para explicar as doenças e buscar a sua cura.” (minha autoria).

“Um estudo da Universidade Stanford, dos Estados Unidos, com o objetivo de aferir os fatores que levam uma pessoa mais de 65 anos, mostrou que a assistência médica é o que menos pesa: apenas 10% num conjunto em que o estilo de vida participa com 53%, as condições ambientais com 20% e a herança genética com 17% É muito pouco quando se compara esse

percentual aos preços salgados e aos lucros gordos que envolvem a assistência médica”. (Kenski appud SUPER INTERESSANTE, 2002).

“Medicina alternativa é apenas o nome politicamente correto para o que normalmente chamamos de fraude” (Nogueira appud GALILEU, 2003).

Constatou-se, nas análises das falas dos alunos, que as quatro últimas situações problema geraram três categorias. Das três categorias, a primeira foi gerada antes da vivência do campo de estágio, apresentada como **Visão Fragmentada do Médico**. As outras duas categorias foram construídas a partir dos relatos dos alunos ao final do semestre, como **Visão geral do Médico e Qualidade de Vida**.

#### **5.12 CATEGORIA: VISÃO FRAGMENTADA DO MÉDICO**

De uma maneira geral, percebeu-se nos relatos dos entrevistados, que estes traziam uma herança hospitalocêntrica na bagagem da sua formação.

A respeito da formação, em vez de voltar-se para o corpo do paciente tomado como totalidade, a atenção médica tem seu significado adstrito à recuperação de dimensões ou ‘partes’ dos indivíduos. A ênfase dada à especialidade, característica da atividade científica na sociedade moderna, conduz o olhar terapêutico acentuadamente para os órgãos ou aspectos que constituem motivos explícitos das queixas dos pacientes. (Augusto appud CANESQUI, 2000).

Mesmo que os alunos entram no ciclo clínico, é no hospital que desenvolvem a maior parte de suas atividades. É no hospital, através de suas práticas assistenciais progressivamente custosas, do ponto de vista econômico, e historicamente excludentes, sob

aspecto social, que se concentram as experiências marcantes e definidoras na formação médica. (Santana appud SISSON, 2003, p.68).

As falas destacadas a seguir aconteceram antes do campo de estágio:

*Concordo com a frase, eu acho que é impossível o médico saber de tudo. E acho que a especialização é necessária. Eu acho que (...) aqui no país muitas pessoas conseguem assistência médica sem ser paga acredito. Então 10% contribui pouco mais. Você imagina se uma pessoa ficar 10% a menos sem saúde, acho que tudo contribui, o estilo de vida claro que sim, condições ambientais. Mais é preciso ter assistência médica de qualquer jeito. Não adianta dizer que só porque (...) ninguém consegue viver com 80% ou 90% da vida [grifo meu]. (Urano)*

*Na verdade é o que a gente é. É a assistência médica é o que vai trazer benefícios [grifo meu], pra viver bem mais. Então não é só a tua saúde física ali na hora. (Vênus)*

Diante das respostas percebeu-se que a formação do médico além da centralização na doença em sua mensagem passada pelas falas, os entrevistados inseriam um discurso autoritário, intervencionais com teor de onipotência.

Freire citado por WOSNY (1994, p.32), fala que “o grande perigo do assistencialismo está na violência do seu antidiálogo, que impondo ao homem mutismo e passividade, não lhe oferece condições especiais para o desenvolvimento ou a ‘abertura’ de sua consciência que nas democracias autênticas, há de ser cada vez mais crítica”.

*O que envolve basicamente a patologia celular, os problemas físicos das pessoas, agora o pensamento mais de acordo com cada personalidade a doença vai aparecer mais ou menos (...) han (...) eu acho que tudo tem um fundo físico, a patologia celular está envolvido em tudo [grifo meu]. (Júpiter)*

*Eu acho que o modelo biomédico [grifo meu] é um dos modelos para você explicar a doença. O errado é considerar que ele é o único modo de explicar as doenças. Às vezes a gente pra pra pensar*

*nas terapias alternativas, e no caso se ela é suficiente pra explicar? Talvez ele seja suficiente pra explicar. Talvez ele seja o modo mais exato, no momento ele é suficiente [grifo meu]. (Mercúrio)*

*Eu sou muito cético em relação a medicina alternativa. Eu não acredito muito na medicina alternativa. Eu acho que tem algumas partes da medicina alternativa que foram aprovadas: como a homeopatia e acupuntura, mais a gente tem que ver isso com um certo ceticismo. Funciona como sintomática, alivia a dor. Isso eu acredito, porém precisa ir atrás da causa da doença porque senão a gente trata só o sintoma e não a causa da doença e ela vai continuar estando ali. É muita coisa é fraude mesmo. (Plutão)*

A realidade encontrada através dos relatos é a de que estamos formando médicos sem mostrar o mundo real a eles, ou melhor, mostrando somente o fragmento patologizado dentro de um hospital.

Contudo, a formação dos profissionais de saúde tem sido desafiada a construir dispositivos para a desconstrução do atual processo de formação.

A educação e formação dos médicos, na atualidade, carregam muitos desafios para a **nova** formação, do novo profissional.

Para Rego appud SISSON (2003, p.67),

para conhecer o processo de socialização profissional dos estudantes de medicina, é preciso também examinar de forma atenta o aprendizado prático do aluno como componente essencial da transformação do aluno médico, pois é na busca da experiência clínica, que o aluno mais fortemente se mobiliza durante sua formação, para adquirir um conhecimento que lhe assegure uma boa prática futura.

Os cenários da formação hoje estão mudando. As Universidades têm mostrado a preocupação com o processo pedagógico para a formação de profissionais de saúde. Esta preocupação se estende ao enfoque das diretrizes com uma política relacionada com a realidade sanitária, incorporando conceitos sobre planejamento, promoção à saúde e a prevenção de

doenças. Isto ocorre nas discussões da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) da rede UNIDA, de projetos governamentais, de financiamentos internacionais, entre outros.

### **5.13 CATEGORIA: VISÃO GERAL DO MÉDICO**

Esta categoria, por curioso que seja, emergiu das quatro últimas situações problema após o campo de estágio em Saúde Primária, no Internato de Saúde Coletiva, conforme citado anteriormente.

No processo de formação dos médicos, neste campo de estágio, um dos desafios seria mostrar aos alunos, que era possível atender uma população de bairro, que procurasse o serviço de saúde, prestando um atendimento através do acolhimento, gerando consultas, grupos terapêuticos, visitas domiciliares, enfim, construindo um trabalho local, a partir das necessidades daquela população.

Este exercício foi construído no cotidiano do semestre do estágio, com o enfoque de visão geral do indivíduo, família e comunidade.

Vale lembrar que o processo de estágio já citado anteriormente acontecia em conjunto com o bloco teórico.

A este respeito, é preciso apontar que professores e profissionais comprometidos com essas mudanças são minoritários nos ambientes acadêmicos e nos serviços de saúde. A parceria entre eles, acrescida da presença dos usuários e seus representantes na gestão de projetos, é uma estratégia que vem mostrando resultados, pois, as mudanças em cada um dos componentes tem tido efeito potencializador sobre os demais.

Além disso, a associação entre Universidade, serviços e comunidades favorece a reunião dos esforços dos diversos atores comprometidos com a perspectiva de transformação “(...) convém destacar que o processo de construção do SUS transformou os sistemas locais de saúde em palco privilegiado de experimentação no que diz respeito à lógica de organização dos serviços, ao modo de atenção à saúde e as relações com a comunidade”. (FEUNEWERKER & MARSIGLIA, 1996, p.24).

A seguir, os depoimentos dos alunos pós-campo de estágio.

*Acho que 10%, num conjunto de 100% realmente é pouco. Se for pensar no paciente o que ele paga é muito frente o que ele ganha. Muitas vezes são pedidos exames desnecessários, são prescritos medicamentos caros que poderiam ser substituídos. Acho que se poderia trabalhar no sentido de melhorar a vida de todos não tendo que gastar tanto. (Urano)*

*O médico pode não entender de todas as coisas profundamente, mais primeiro ele tem que ter a paciência, a boa vontade de sentar e conversar e entender o que ta acontecendo. Uma coisa que eu reparo muito no serviço de saúde, as pessoas, muitas vezes encaminham e mandam para um especialista por falta de vontade de perguntar as coisas, porque, às vezes as coisas são bem óbvias, você não precisa entender muito daquilo pra saber o que ta acontecendo. O especialista tem um lugar e quem trabalha como um generalista, mais ele vai num momento da sua carreira precisar encaminhar. (Júpiter)*

*Eu não considero fraude, não acho que seja correto dizer isso, ela tem muitas coisas na medicina alternativa que não consegue se explicar (...) Têm fitoterápicos comprovados cientificamente, homeopatia, acupuntura, tudo que entraria nessa medicina alternativa (...) eu não considero fraude porque tu vê resposta no paciente, como por exemplo, um paciente com insônia ou ansiedade tu pode entrar com o uso do maracujá, no lugar de um psicotrópico que causa dependência progressiva, e é claro, uma boa conversa com o paciente. (Plutão)*

*Eu diria que a minha conclusão através destas premissas, talvez valesse mais à pena investir parte do dinheiro que é usado na medicina curativa e usar na medicina preventiva que daria mais resultado e com menos custo [grifo meu.]. (Marte)*

*Não concordo, diria que medicina alternativa é toda aquela que não é tradicional e nem por isso precisa ser uma fraude. Há fraude também, lógico, mais nem por isso toda medicina alternativa é fraudulenta. (Marte)*

*Bom, não me lembro bem o que eu falei da outra vez, mais eu estou surpreso, lembrei que da outra vez eu li e também fiquei surpreso. É um dado interessante e nos faz refletir e descobrir o nosso papel (...) apenas 10% a assistência médica contribui, é pra vê como a situação da pessoa, a vida social, a aceitação dela mesma, consigo mesma, pesa muito mais que a assistência médica, isto é interessante e nos faz refletir e que provavelmente será estudado pra ver qual é o nosso papel e até para nós mudarmos o nosso modo de agir com as pessoas. (Netuno)*

*A medicina alternativa pra mim é aquela que se aproxima muito mais do doente do que a medicina que a gente tá desenvolvendo, a tradicional. Então eu não concordo em dizer que é fraude. (Mercúrio)*

*Esta afirmação é um absurdo. A patologia celular é uma unidade, uma coisa mínima dinta de todo o contexto que a gente deve analisar pra gente buscar saúde explicar a doença e sua expectativa de tratamento. O paciente não deve ser visto só como uma doença ou uma parte doente. O órgão tá envolvido num corpo e este corpo está envolvido em um contexto social. A análise tem que partir deste contexto para buscar a cura para o problema de saúde. (Saturno)*

*Não concordo com a situação sete, acho que o modelo biomédico de hoje tá muito técnico e essa tecnologia da medicina está afastando muito o médico do paciente. E a medicina não é uma coisa exata, não são exames, não são papéis que avaliam o momento e que vão te tachar como doente ou*

*como saudável. A gente tá vivendo uma grande transição, onde a medicina tá passando por uma grande tecnocracia, onde tudo é exame e tá afetando a relação médico-paciente. (Mercúrio)*

*Eu escolhi este posto de saúde porque (...) na verdade, eu não conhecia nenhum posto de saúde, mais eu lembro que no dia indicaram o Posto de Saúde Itacorubi, era um dos mais organizados, e eu gosto de organização [grifo meu], escolhi este campo por causa disto. Realmente eu achei muito organizada a maneira, o sistema de trabalho propicia um atendimento com uma formação e vínculo [grifo meu] com os pacientes mais fácil e através da marcação de consulta em agenda própria [grifo meu] a gente conseguiu ter um acompanhamento e uma experiência inédita na Universidade e que não deveria ser inédita nesta altura do campeonato [grifo meu] (...) a gente ter os nossos pacientes e poder agenda, outra coisa é a maneira da divisão dos consultórios por área, isso foi muito legal. Um dos aspectos falhos foram as visitas, deveria ter mais visitas [grifo meu], pra conhecer mais a população, além disto acompanhar mais vezes o agente no seu trabalho [grifo meu]. (Júpiter)*

É relevante citar que o médico, com uma visão geral, no exercício da sua profissão, será tão mais eficaz se puder somar seus conhecimentos teóricos e técnicos, junto às oportunidades de convívio com os usuários dos serviços de saúde. O domínio da profissão médica representa esta interessante combinação.

#### **4.14 CATEGORIA: QUALIDADE DE VIDA**

Esta é a última categoria, construída pelas respostas dos alunos, frente as quatro últimas situações problema, pós-campo de estágio do Internato de Saúde Coletiva.

Com o passar do estágio e com a forma que o cotidiano no campo se apresentava, sendo diferente de todos os estágios proporcionados pelo Curso, o grupo de alunos percebeu que a abordagem que o campo provocara, com seus enfrentamentos, ia gradativamente imundando a postura de atendimento feita pelos alunos.

Foi a partir desta modificação, que ao final do estágio apareceu a categoria Qualidade de Vida, sob a forma de pensar diferente, frente os problemas de saúde que a comunidade trazia em suas falas, seja no acolhimento, nas consultas, nas visitas, no grupo.

*Acho uma afirmação meio radical, é claro que muita coisa, muita patologia, muita queixa é somatização de outros problemas, exemplo, problemas familiares, desemprego e o paciente somatiza de outro modo apresentando dores crônicas e etc. Por isso esta afirmação não está absolutamente certa. Não dá pra afirmar que toda patologia tem uma causa biológica, como uma bactéria e muitas vezes são outros problemas, psicológico. É claro que a patologia celular tem seu grande valor aí na área da ciência, as descobertas devido ao estudo aprofundado da patologia celular. (Netuno)*

*Eu acho que é bem errado este modelo, o paciente não é só célula e órgãos. A gente tem que tentar explicar pro paciente através da patologia celular de forma simples, mais não é isso só que está envolvido, tem que ter o estilo de vida [grifo meu] as condições ambientais, tem todo o lado psicológico e o social, que eu acho que o médico precisa evidenciar um pouco mais, e não ficar só na doença física. (Júpiter)*

*É a compensação 10% frente a tudo que gasta com a assistência médica, realmente a teoria não tá batendo com a prática. Mais eu acho que muitas vezes o médico deixa passar informações básicas é, é, é (...) E às vezes as pessoas também deixam as doenças evoluírem e deixam pra fazer um diagnóstico quando a doença já está lá no fim. É por isso que vai custar mais caro. E a gente não presta atenção nas coisas mais primárias. Condições ambientais, estilo de vida, isso é prevenir ter a doença [grifo meu]. (Júpiter)*

*Pra pessoa viver bem não é assistência médica que vai te garantir isso, porque infelizmente, quando ela chega ao médico ela já está com problemas. Acho que o contato que a pessoa tem com o serviço de saúde é muito pequeno frente a todo tempo de vida que ela tem. A pessoa passa vivendo do jeito dela, com as suas coisas e eu acho que esse comportamento é que vai definir como ela vai estar na sua vida [grifo meu], mais do que aquela assistência que ela vai ter uma vez ou outra. Agora porque a assistência é tão cara? Acho que tentaram talvez responsabilizar a assistência médica como um grande milagre, e criaram isso dizendo que o médico é que vai deixar as pessoas se sentindo bem, que cura as pessoas. Talvez seja por isso, como ele vai te fazer bem talvez por isso ele custe tão caro (...) mais é muito caro. Acho que como o sistema público é muito deficiente, a medicina privada se dá o direito de cobrar o que bem entende. Mesmo porque a pessoa acha que procurando eles (a medicina privada) acha que será a solução de tudo. E quanto ao preço, falta muita conscientização das pessoas, porque a saúde não vai vir só do atendimento médico, e sim, se elas fizerem outras coisas elas também seriam saudáveis (...) e acabam pagando por coisas que talvez não mereceriam tanto dinheiro. (Vênus)*

*Qualquer coisa não tem um ponto só pra explicar, seja na medicina, na saúde em qualquer área. Todas as coisas a gente tem que juntar um grupo de situações pra poder explicar. Agora, meu Deus, buscar a cura das doenças querendo achar um ponto único, não vai conseguir. É aquela história ela adocece como um todo, porque não é só uma parte que está doente, tem o convívio a sua realidade e etc. Pra achar a cura da doença tem que se entender um todo e daí sim, agir da melhor maneira que puder. Mais nunca dizer eu sei tudo (...) eu acredito muito nas pessoas que querem viver, e querer viver faz uma grande diferença [grifo meu]. (Vênus)*

A este respeito, para os alunos foi importante compreender que desfrutar de boa saúde não é só estar ausente de doença, com certeza, para esses alunos, foi um exercício bastante desafiador, porque implicou a quebra de um raciocínio construído durante os anos anteriores.

A ampliação do olhar é resultado da soma de diversas condições associadas à qualidade de vida e ao bem-estar. Por exemplo, lutar por mais espaço para o lazer, combater a violência e até proporcionar momentos de alegria à criançada. Ou seja, saúde é muito mais do que prevenir ou remediar (Tarantino, 2004).

Percebi o fato dos alunos conseguirem demonstrar a capacidade de perceber a mudança deste conceito, foi construído durante todo Internato de Saúde Coletiva, seja nas aulas teóricas, seja na prática, mesmo tendo consciência da fragilidade desta mudança. A satisfação é saber que é possível mostrar novos horizontes nas maneiras de ver, faz com que a luta pela mudança do modelo, a reforma curricular e a proposta docente assistencial se fortaleça a cada dia.

## CAPÍTULO 6

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

As considerações tecidas neste capítulo emergiram das reflexões desenvolvidas ao longo do processo de trabalho, da trajetória teórico-metodológica utilizada e, ainda, das reflexões e análise das informações obtidas **antes, durante e após** o campo da pesquisa e seus atores.

Considerar finalizado um trabalho que se desvelou como novo e, que se fez construtivo é, no mínimo, contraditório, pela construção, pelo processo desencadeado, pelo dizer que finalizo. Ele, portanto, não terminou, é só uma etapa de um processo.

A escolha do tema foi oportuna, uma vez que as escolas de saúde vêm debatendo com muita intensidade as propostas de reforma curricular e a necessidade de mudanças. O Promed visa à reorientação na formação do profissional médico.

As Diretrizes Curriculares desenham um profissional ético, humanístico, responsável e comprometido com a promoção e prevenção, recuperação e reabilitação do saber. (DIRETRIZES CURRICULARES, 2003).

Certamente, um dos grandes desafios que vêm enfrentando a academia, nos últimos tempos, é a preparação de profissionais que possam dar respostas às necessidades sociais e epidemiológicas, mantendo a excelência técnica e atendendo aos imperativos éticos que fundam a profissão e o juramento hipocrático.

A este tempo, os gestores do Sistema Único de Saúde no Brasil, empenhados em expandir a atenção básica, ressentem-se da baixa oferta de profissionais que possam assumir a

responsabilidade por um grupo populacional, mantendo, ao mesmo tempo, alta resolutividade de suas ações e uma forte relação humana (Campos appud ARRUDA, 2001).

Este estudo possibilitou identificar as respostas para os questionamentos feitos no início deste trabalho.

A metodologia adotada, embora trabalhosa, desenhou maneiras que facilitaram o reconhecimento dos resultados da pesquisa.

A indagação que permeou a investigação foi parcialmente entendida por meio das categorias construídas a partir das perguntas abertas e nas situações problema.

As respostas adquiridas do antes do campo de estágio retrataram que o aluno de Medicina chega ao Campo da Atenção Primária, com deficiência em conhecimento sobre o SUS, promoção à saúde e o que é Atenção Primária à Saúde. Quanto ao conceito de saúde, é notório que a idéia passada pela academia como conceito é o entendimento da OMS.

A sexta pergunta aberta, ao meu ver, a mais importante, pois era o questionamento sobre o campo de estágio, trouxe a maior contribuição para esta investigação.

Nas situações problema foram geradas categorias que analisavam o olhar do aluno antes e depois do campo de estágio. A análise das categorias evidenciou que, após o estágio, os alunos ampliaram sua visão sobre a formação do médico, suas responsabilidades, os espaços, comunidades a serem trabalhadas. Somado a esta ampliação do olhar, as perguntas abertas, após o campo de estágio, mostraram, em suas respostas, grandes modificações com relação ao entendimento e ao olhar sobre o processo saúde-doença.

É fundamental ressaltar que a expectativa que o aluno tem quando vai para o campo é enorme. Acredito que seja porque as únicas experiências teórico-práticas que lhe são

proporcionadas ocorrem dentro dos hospitais, com pessoas fragilizadas com a doença, ou em um pronto socorro; onde eles mesmos dizem ‘tocam ficha’ e nunca mais vêem o ‘paciente’.

Por outro lado, as situações geradas no pós-campo, trouxeram revelações emocionantes. A maioria dos alunos se identificou com o campo. Ficaram surpresos com o funcionamento do Centro de Saúde, construíram vínculo com a comunidade, conseguiram entender parte do funcionamento do SUS, perceberam como é difícil fazer Atenção Primária e Promoção à Saúde e aprenderam a iniciação de como trabalhar de forma multidisciplinar. Um dos seus questionamentos pós- internato foi: Por que é só na 10ª fase que se conhece os Centros de Saúde?

Embora o tempo desse estágio tenha representado pouco frente toda experiência hospitalocêntrica, este campo de Atenção Primária fêz uma grande diferença na construção do conhecimento desses alunos.

No decorrer do convívio com este grupo de alunos, percebeu-se que estes, quando se referiam ao usuário do serviço de saúde, usavam a palavra **paciente**. Procurei observar, durante a convivência e conclui que os alunos são ensinados a chamar de paciente, porque esta palavra é consequência da formação dentro do hospital, trabalhando a doença, com pessoas fragilizadas pela situação vinda naquele momento de suas vidas.

Foi um desafio definir o plano de análise e, após os resultados, os desafios passaram a ser outros. Talvez o maior deles será a reforma curricular e o desenho do novo médico.

Particpei de todo processo vivenciado no campo de estágio junto com os alunos e colegas de equipe. Os depoimentos, associados a trajetória no campo, possibilitaram a compreensão da evolução do pensar dos alunos frente a este fato, ficou difícil deixar de expressar a emoção ao ler os relatos durante a análise.

A vivência dos alunos com o campo, a equipe, a comunidade, foi de grande valia, pois aquele cotidiano gerava apreensão, insegurança, entusiasmo, prazer, maturidade. Percebia-se um processo de transformação e desenvolvimento na formação daquele futuro profissional.

A socialização do conhecimento no cotidiano do campo gerou componentes essenciais para a modificação deste aluno, futuro médico. Esses componentes, embora simples como visita domiciliar, grupos terapêuticos, acolhimento, consultas e retornos com hora marcada, entre outros já citados, somado ao comprometimento dos preceptores para com os alunos e comunidade, desvelaram os **novos moldes** que definem como pensar a formação.

A ABEM, reafirma a necessidade da formação geral do médico “e seu comprometimento com a realidade social na qual a escola médica está inserida. Reiteradamente tem sido afirmado que a formação do médico deve utilizar como campo de prática, os próprios serviços da Universidade e os da Rede de Saúde do SUS, asseguradas certas condições mínimas de funcionamento e supervisão de preceptores”. (Cordeiro appud ARRUDA, 2001, p.101).

A interação que tive com os alunos entrevistados, propiciou tamanho vínculo, que ao final do campo, na hora das entrevistas, alguns deles comentaram: *Eu não acredito que estou dizendo isso; Não imaginava como o posto de saúde funcionava; Como é diferente trabalhar aqui; Por que só agora fomos conhecer este campo?*

Ao final do estágio, os laços entre mim e os alunos já haviam se estreitado, gerando uma convivência onde a troca de conhecimento foi mútua, assim como o respeito e os limites de compreensão de cada um.

Ficou claro que o pensamento deles não era mais o mesmo daquele que detinham quando iniciaram o Internato. Foram na direção que se queria, mas não só respondendo tecnicamente. Seus sentimentos mudaram (ou, quem sabe, foram autorizados a aparecer). Esta

mudança pode corresponder à entrada de um novo estilo de pensamento que integre clínica, saúde pública e saúde coletiva. (DA ROS, 2000).

As categorias e subcategorias apreendidas das respostas das entrevistas durante a análise demonstraram, no meu entendimento, uma aproximação do mundo do ensino para com as demandas de trabalhos atuais. A exemplo disto, descrevi algumas: a categoria **cura** apareceu antes (do internato) e no pós. Na categoria **cuidado** percebe-se que os alunos, no início, não sabiam o que era cuidar; eles chegam no campo com a idéia de curar. Outro achado foi a subcategoria **autonomia** – nas falas dos alunos apareciam expressões como: responsabilidade, independência, capacidade de assumir o papel de profissional de saúde. Na sub-categoria, **vínculo**, pro aluno era ver o usuário novamente, poder conversar, ter oportunidade de ir além “dos muros”.

A sensação que fica é a de que tenha sido necessário detalhar mais o processo. O que ocorre não é ditado só pela prática de Centro de Saúde, mas depende do tipo de proposta de trabalho que detém o Centro e, se os preceptores estimulam também os vínculos e afetos. Não se trata, portanto, do desenvolvimento de uma técnica nova. É preciso mais que isto. Que os alunos mudaram isto é constatável. Que gostaram, também. Mas como é que se construiu isto? Esta era praticamente a pergunta inicial. Avancei no conhecimento do processo, acho que contribuiu para este entendimento, na análise dele é que conseguiria entender melhor. *Por que não nos mostraram isto antes?* (Vênus)

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, A. C. de. Tendências na educação médica: um modelo curricular ajustado ao conceito ampliado de saúde, às mudanças tecnológicas e à realidade social. In: ARRUDA, B. K. G. de (org.). **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP). Ministério da Saúde, 2001, p.69-86.

AUGUSTO, M. H. O. Reflexões sobre o uso de tecnologias médicas. In: CANESQUI, A. M. (org). **Ciências Sociais e Saúde para Ensino Médico**. Série Didática: Saúde em Debate. São Paulo: Editora HUCITEC/FAPESP, 2000, p.151-166.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

BARROS, N. R. de. A construção de novos paradigmas na medicina: a medicina alternativa e a medicina complementar. In: CANESQUI, A. M. (org). **Ciências Sociais e Saúde para Ensino Médico**. Série Didática: Saúde em Debate. São Paulo: Editora HUCITEC/FAPESP, 2000, p.201-213.

BARROS, E. **O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde**. Cartilha. Controle social da UNICAMP, 2000.

BELACIANO, M. I. O SUS deve aceitar este desafio: elaborar proposições para a formação e capacitação de recursos humanos em saúde. In: **Revista DIVULGAÇÃO Em Saúde Para Debate**. Nº 12. Londrina, Paraná: Rede UNIDA, julho, 1996, p.29-33

BETTINELLI, Luiz Antonio. **Cuidado Solidário**. (dissertação de mestrado em Assistência de Enfermagem Pólo III) Santa Maria, Rs, 1998.

BRASIL. CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Diretrizes Curriculares**, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Anais da Conferência Nacional de Saúde**, 1986.

\_\_\_\_\_. Conferência Internacional da Alma Ata. In: Brasil, Ministério da Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. **Projeto Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. **Legislação Básica do SUS**, 2001.

\_\_\_\_\_. OMS. In: Brasil, Ministério da Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CAMPOS, F. E. Educação Médica e Prática Médica. In: ARRUDA, B. K. G. de (org.). **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP). Ministério da Saúde, 2001, p.169-178.

CARNEIRO, M. A. **Temas de Educação Comunitária**. Petrópolis: Vozes, 1988.

COE, R. M. Sociologia de la Medicina. In: REGO, S. **A Formação Ética dos Médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

CORDEIRO, H. In: ARRUDA, B. K. G. de (org.). **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP). Ministério da Saúde, 2001, p.87-120.

CUTOLO, Luiz Roberto Agea. **Estilo de Pensamento em Educação Médica: Um estudo do currículo do curso de graduação em medicina da UFSC**. (Tese de Doutorado). Pós-Graduação em Educação – Educação e Ciência. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2001.

DA ROS, Marco Aurélio. **A presença de Tyler e Flexner no curso de medicina da UFSC**. (disc. S. E. Aprofundamento em Currículo). UFSC, 1995, 25p.

\_\_\_\_\_. **Fórum Popular Estadual de Saúde. Expressão Catarinense do Movimento Sanitário para os anos 90**. Florianópolis, 1996.

\_\_\_\_\_. **Estilos de Pensamento em Saúde Pública: Um estudo da produção da FSP-USP e ENSP-FIOCRUZ, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwik Fleck**. (Tese de Doutorado). Pós-graduação em Educação – Ensino de Ciências, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2000.

FANUCK, C. L. Ação integrada Ministério da Saúde/Secretarias de Saúde na capacitação de recursos para os serviços básicos. In: WOSNY, Antonio de Miranda. **Nasce o sol no sol nascente: organização popular numa perspectiva problematizadora de educação e saúde.** (Dissertação de Mestrado). Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1994.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa.** 2ª ed. ver. e aum. Rio de Janeiro, RJ: Editora Nova Fronteira, 1986.

FEUNEWERKER & MARSIGLIA. **Políticas de formação de recursos humanos em saúde: conjuntura atual e perspectivas.** Revista Divulgação em Saúde para Debate, nº12. 1996, p. 19.

FREIRE, Educação como prática da liberdade. In: WOSNY, Antonio de Miranda. **Nasce o sol no sol nascente: organização popular numa perspectiva problematizadora de educação e saúde.** (Dissertação de Mestrado). Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1994.

KENSKI, R. Demita seu médico. In: **Revista SUPER INTERESSANTE.** Nº182. Novembro, 2002, p.42-50.

MARANHÃO É. de A. & SILVA, F. A. M. da In:ARRUDA, B. K. G. de (org.). **A educação profissional em saúde e a realidade social.** Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP). Ministério da Saúde, 2001, p.153.168.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento, Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 3ª ed. São Paulo: HUCITEC – ABRASCO, 1994.

NOGUEIRA, P. O poder da pílula de farinha. In: **Revista GALILEU.** Nº138. Janeiro, 2003, p.19-25.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Desafios para la Educación em Salud Pública. La Reforma Sectorial y lãs Funciones Esencialis de Salud Pública.** Washington, DC, 2000.

PEREIRA, G. J. M. O médico em novos tempos. In: ARRUDA, B. K. G. de (org.). **A educação profissional em saúde e a realidade social.** Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP). Ministério da Saúde, 2001, p.49-68.

PIANCASTELLI, C. H. Saúde da família e formação de profissionais de saúde. In:ARRUDA, B. K. G. de (org.). **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP). Ministério da Saúde, 2001, p.121-140.

REGO, S. O processo de socialização profissional na medicina. In: SISSON, Maristela Chitto. **Avaliação da implantação do programa de saúde da família no programa docente-assistencial de Florianópolis**. (Tese de doutorado). Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2002.

\_\_\_\_\_. **A Formação Ética dos Médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

SÃO THIAGO, P. E. Promovendo Saúde & Ensino – A Medicina que Aprendi, Exerci e Ensinei. In: CUTULO, L. R. A. **Estilo de Pensamento em Educação Médica: um estudo do currículo do curso de graduação em medicina da UFSC**. Tese (Doutorado em Educação) Universidade Federal de Santa Catarina, 28 de março de 2001.

SANTANA, J. P. Saúde em Debate. In: SISSON, Maristela Chitto. **Avaliação da implantação do programa de saúde da família no programa docente-assistencial de Florianópolis**. (Tese de doutorado). Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2002.

SANTOS, N. R. dos. Formação ético-humanista do médico e a construção de serviços de saúde humanizados: coincidência ou coerência?. In:ARRUDA, B. K. G. de (org.). **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP). Ministério da Saúde, 2001, p.141-152.

SCOTNEY, N. **Educação para a Saúde: manual para o pessoal de saúde da zona rural**. São Paulo: Ed. Paulinas, 1981.

SILVA, G. E. G. e. A integração ensino/serviços na formação do médico. O internato no contexto das novas diretrizes curriculares. In: ARRUDA, B. K. G. de (org.). **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP). Ministério da Saúde, 2001, p.201-208.

SISSON, Maristela Chitto. **Avaliação da implantação do programa de saúde da família no programa docente-assistencial de Florianópolis**. (Tese de doutorado). Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2002.

TESTA, Mario. **Saber em salud: La construcción Del conocimiento**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC). **Currículo Escolar** , 2002.

## BIBLIOGRAFIAS

ALMEIDA, Marcio José de. (Coordenador da Rede Unida). **A construção coletiva das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da saúde: Uma contribuição para o Sistema Único de Saúde.** Londrina, 2002.

ALMEIDA, Marcio (Org.). **A Universidade Possível: experiências de gestão universitária.** Londrina, PR: Cultura Editores Associados, Editora UEL, 2001.

AMARAL, Jorge Luiz do. **Avaliação e transformação das escolas médicas: uma experiência brasileira nos anos 90, na ordenação de recursos humanos para o SUS.** (Dissertação de Mestrado). Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2002.

AMARAL, José Luiz Gomes do (pref.). **SUS: O que você precisa saber sobre o Sistema único de Saúde.** Vol 1. São Paulo: Editora Atheneu, 2002.

ARRUDA, Bertoudo Kruse Grande de. **A Educação Profissional em Saúde e a Realidade Social.** Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP). Ministério da Saúde, 2001.

BETTINELLI, L. A. **Cuidado Solidário.** (Dissertação de Mestrado) Mestrado em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Passo Fundo, julho de 1998.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina.** Aprovado em 07/08/2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília, 1997.

\_\_\_\_\_. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília, 1999.

\_\_\_\_\_. **Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social.** Relatório Final. 11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília: dezembro de 2000.

\_\_\_\_\_. **Avaliação da implementação do programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados.** Brasília, DF: Editora MS, 2002.

\_\_\_\_\_. **O CNS e a Construção do SUS: referências estratégicas para melhora do modelo de atenção à saúde.** 1ª ed. 1ª reimp. Brasília, DF: Editora MS, 2003.

\_\_\_\_\_. **SUS: 15 anos de implantação. Desafios e propostas para sua consolidação.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. **Trabalho, Educação e Saúde.** Vol. 1, nº 2. FIOCRUZ, Set 2003.

\_\_\_\_\_ & MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Uma nova Escola Médica para um novo Sistema de Saúde.** Promed – Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares ns Cursos de Medicina. Brasília, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA – MEC. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação.** Brasília, 2001.

BUSS, Paulo Marchiori (Coord.). **Promoción de la Salud y la Salud Pública: una contribución para el debate entre lãs escuelas de salud pública de América Latina y el Caribe.** Rio de Janeiro, Brasil: Ed. Paulo Marchiori Buss, 2000.

CADERNOS CONASS. Coletânea das Oficinas de Trabalho do Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Os Estados na Construção do SUS.** Nº 4, ano 2. Brasília, 1999.

CARNEIRO, Moaci Alves. **Temas de Educação Comunitária.** Petrópolis: Vozes, 1988.

CEAP. **Direito à Saúde com Controle Social.** (Cartilha). Passo Fundo: Outubro, 2003.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **Sistema Único de Saúde: Plano Municipal de Saúde, Fundo Municipal de saúde.** Publicações Técnicas, nº 3, setembro/outubro, 1991.

DESAFIOS PARA LA EDUCACIÓN EM SALUD PÚBLICA. **La Reforma Sectorial y lãs Funciones Esenciales de Salud Pública.** Washington, D. C. OPS, c2000.

DIAZ BORDENAVE, Juan E. & PEREIRA, Adair Martins. **Estratégias de Ensino-Aprendizagem**. 19ª ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

DOMINGUEZ, B. N. R. **Programa de Saúde da Família: como fazer**. Ed. rev. e atual. Belo Horizonte: junho, 1998.

ESTADO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **SUS – Sistema Único de Saúde: Legislação Básica**. Santa Catarina, 2001.

FREIRE, Paulo. **Educação como Prática da Liberdade**. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 10ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

FREITAS, Kênia Silva dos Santos. **O cuidado no processo de ser e viver de educandas de enfermagem**. (Dissertação de Mestrado). Programa de Apoio ao Plano Sul de Pós-Graduação e Pesquisa. Universidade Federal de Santa Catarina. Rio Grande, 2000.

GADOTTI, Moacir. **Paulo Freire: Uma bibliografia**. Instituto Paulo Freire, Brasília, Unesco. São Paulo: Cortez, 1996.

MACEDO, Arthur Roquete de. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos Universitários da Área de Saúde**. Brasília, 2002.

MACHADO, M. H. (Coord.) **Os Médicos no Brasil: um retrato da realidade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

MARSIGLIA, R. G. **Relação Ensino/Serviços: Dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1995.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A Evolução Histórica da Prática Médica, suas Implementações no Ensino, na Pesquisa, e na Tecnologia Médica**. PUC/FINEP. Belo Horizonte, 1985.

\_\_\_\_\_. **Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC, 1995.

\_\_\_\_\_. **Uma agenda para saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MENDES, Margarete Fernandes. **Puerpério na Atenção Básica: as interfaces da assistência institucional e das práticas de cuidados de saúde.** (Dissertação de Mestrado). Pós-Graduação em Saúde Pública – Ciências Sociais. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2003

PAIN, Jairnilson Silva. **Políticas de formação de recursos humanos em saúde: conjuntura atual e perspectivas.** Revista Divulgação em Saúde para Debate, nº12. 1996, p. 19

PASTORAL DA SAÚDE, CNBB Regional Sul IV, Santa Catarina. **Controle Social.** Série Estudos de Aprofundamento – Políticas de Saúde. Florianópolis: abril, 2001.

PROJETOS UNI. **Divulgação em saúde para debate.** Londrina, PR: Rede Unida, julho, 1996.

REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. Vol 25, nº3. Set/Dez, 2001.

..... Vol 26, nº1. Jan/Abr, 2002.

..... Vol 27, nº2. Mai/Ago, 2003.

SCOTNEY, Norman. **Educação para a saúde: Manual para o pessoal da saúde da zona rural.** São Paulo: Ed. Paulinas, 1981.

SANTA CATARINA. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Informações básicas para gestores do SUS.** Diretoria de Planejamento e Coordenação, Coordenadoria de Ações Regionais. 2ª ed. Florianópolis: SES, 2002.

SANTA CATARINA. **Departamento de Planejamento, Avaliação e Auditoria.** Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Florianópolis, SC, 2003.

SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF): Agentes Comunitários de Saúde (ACS). **Políticas de equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde para Santa Catarina.** Cartilha. Florianópolis, 2000.

SEMINÁRIO NIED. **Projeto Comunidade Saudável: Tecnologia e Educação Cooperando com a Promoção da Saúde.** IPES/NIED – UNICAMP. 13 de junho de 2003.

SUS: **O que você precisa saber sobre o Sistema único de Saúde.** Vol 1. São Paulo: Editora Atheneu, 2002.

TARANTINO, Mônica. **Muito mais do que remédio.** In: [http://www.terra.com.br/istoe/1730/medicina/1730\\_muito\\_mais\\_remedio.htm](http://www.terra.com.br/istoe/1730/medicina/1730_muito_mais_remedio.htm), em 21 de janeiro de 2004.

TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.

TERMO ADITIVO. **Convênio firmado entre Universidade Federal de Santa Catarina e Prefeitura Municipal de Florianópolis.** Florianópolis, 1989.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC). **Currículo Escolar do Curso de Graduação em Medicina.** Decreto 77552 – 05/05/1976.

\_\_\_\_\_. **Especialização em Saúde da Família Modalidade Residência – Projeto de Implantação.** Florianópolis, 2002.

VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. Reflexões sobre a saúde da família. Cap 6. In: VILAÇA, Eugênio. **A organização da Saúde no Nível Local.** São Paulo: Ed. HUCITEC, 1998, p. 155-172.

WOLFF, S. **Interações Sociais em Grupos Homogêneos e Heterogêneos em Relação à Formação Profissional.** (Dissertação de Mestrado). Pós-Graduação em psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2003.

WOSNY, Antonio de Miranda. **Nasce o sol no sol nascente: organização popular numa perspectiva problematizadora de educação e saúde.** (Dissertação de Mestrado). Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1994.