

MÔNICA IZABEL FERREIRA

INTERFACES SAÚDE E EDUCAÇÃO: A PARCERIA DO  
CURSO DE MEDICINA DA UNICID E A PREFEITURA DE  
MAIRIPORÃ

UNIVERSIDADE CIDADE DE SÃO PAULO  
UNICID

SÃO PAULO

2009

MÔNICA IZABEL FERREIRA

INTERFACES SAÚDE E EDUCAÇÃO: A PARCERIA DO  
CURSO DE MEDICINA DA UNICID E A PREFEITURA DE  
MAIRIPORÃ – ESTUDO DE CASO

Dissertação apresentada  
como exigência parcial para a  
obtenção do título de Mestre  
em Educação à Universidade  
Cidade de São Paulo - UNICID  
sob orientação do Prof<sup>o</sup> Dr.

UNIVERSIDADE CIDADE DE SÃO PAULO

UNICID

SÃO PAULO

2009

---

---

---

COMISSÃO JULGADORA

**SUMÁRIO**

Introdução	08
1. Histórico da Educação Médica	14
1.1 Formação em Saúde	21
2. Conceito de Saúde	25
2.1 Políticas Públicas de Saúde	29
2.2 Saúde da Família	31
2.3 Funcionamento das Unidade de Saúde da Família	33
2.4 Composição das Equipes de Saúde da Família	35
2.5 O Sistema Único de saúde – SUS	37
2.6 Humanização na Saúde	41
3. A Parceria Na Saúde	45
3.1 A Parceria	49
3.2 Parceria Ensino Serviço	53
3.3 Uma avaliação de Parceria Ensino/Serviço	58
4. O Curso de Medicina da UNICID	62
4.1 Formação Integral	63
4.2 O Curso	65
4.3 O PISCO	69
5. A Pesquisa	79
5.1 A cidade de Mairiporã	79
5.2 O Programa Saúde da Família de Mairiporã	82
5.3 Coleta e Análise dos Dados	87
5.4 Percepções dos Alunos	89
5.5 Percepções Equipes Saúde da Família	95
Considerações Finais	98
Bibliografia	104
Anexos	110

## RESUMO

Esta pesquisa, de natureza qualitativa, teve como objetivo analisar o impacto causado nos alunos, pacientes e comunidade pela parceria entre o curso de Medicina da UNICID - Universidade Cidade de São Paulo - e a Prefeitura Municipal de Mairiporã. Os procedimentos metodológicos contemplaram a apresentação de um histórico da educação médica, no Brasil e no mundo, revisão bibliográfica de conceitos, como saúde e parceria, e análise de documentos, como as Diretrizes Curriculares, Políticas Públicas de Saúde, filosofia e ação do Sistema Único de Saúde – SUS - e o Programa de Integração em Saúde na Comunidade – PISCO -, entrevistas com os idealizadores e responsáveis pela parceria; questionários respondidos pelos alunos de Medicina e Equipe de Saúde da Família. Os resultados da pesquisa indicam que a parceria escola e equipes de saúde contribui para a melhoria do atendimento, acesso de maior número de pessoas aos serviços médicos, participação da família e da comunidade nos cuidados ao doente, vivência e articulação da teoria e prática dos conteúdos curriculares pelo futuro médico. Assim, o PISCO, com seu objetivo de inserir, já desde o primeiro ano do curso, o aluno na prática médica, contribui para que o futuro Médico possa aplicar seus conhecimentos, avaliar a validade e adequação do currículo, propor alterações, conhecer de perto as necessidades da comunidade, testar sua opção pela medicina e sentir-se útil ao meio que o acolhe como estagiário.

**Palavras-chave:** Parcerias, Políticas Públicas de Educação, Sistema Único de Saúde, Educação, Ensino Médico.

## ABSTRACT

This research, of qualitative nature, analyzes the impact caused in the students, patients and community by partnership between the Medicine's course of the UNICID - University City of São Paulo - and the Municipal City hall of Mairiporã. And methodological procedures contemplated the presentation historical of the medical education, in Brazil and the world, bibliographical revision of concepts, like health and partnership, and documental analysis, like the Curricular Lines of direction, Public Politics of Health, philosophy and action of the Only System of Health - SUS - and the Program of Integration in Health in the Community - PISCO -, interviews with the responsible and idealizers for the partnership; questionnaires answered for the students of Medicine and Team of the Family's health. The results of the research indicate that the partnership school and teams of health contributes for the improvement of the attendance, access of bigger number of people to the medical services, participation of the family and the community in the cares to the sick person, experience and joint of the practical theory and of the curricular contents for the medical future. So, The PISCO, with its objective to insert, already since the first year of the course, the student in the practical of medicine, contributes so that the future practices medicine can apply its knowledge, to evaluate the validity and adequacy of the curriculum, to consider alterations, to know the necessities to the community, to test its option for the medicine and to feel itself useful to the way receives that it as trainee.

**Keywords:** Partnershi, Public Politics of Education, Education, Medical Education, Only System of Health

## **INTRODUÇÃO**

O presente estudo pode ser compreendido como um momento de síntese e reflexão, realizadas no percurso da vida profissional do pesquisador acerca do impacto causado pelo estágio dos alunos de medicina da UNICID (Universidade Cidade de São Paulo) na população de Mairiporã-SP, mais especificamente, os pacientes do PSF (Programa Saúde da Família) .

O projeto de pesquisa pelo qual fui aprovada no processo seletivo propunha analisar o impacto causado pelo estágio dos alunos de medicina da UNICID (Universidade Cidade de São Paulo) na população de Mairiporã-SP, mais especificamente, os pacientes do PSF (Programa Saúde da Família) e a resposta desses pacientes a adesão ao tratamento.

Como psicóloga do município desde 1993 e atuando como Coordenadora Técnica do Programa Saúde da Família desde 2005, pude ter contato com os alunos e preceptores do curso de medicina, assim como obter as impressões das equipes sobre a parceria que havia sido implantada no ano anterior.

Pesquisas adicionais me levaram a perceber que a parceria havia sido motivada pelas novas Diretrizes curriculares instituídas em 2001 que ajudaram a nortear o novo paradigma do ensino médico.

Partindo desses novos entendimentos, o foco do trabalho passou a ter por objetivo, estudar a parceria estabelecida entre o curso de medicina da UNICID e a Prefeitura Municipal de Mairiporã-SP, as dinâmicas dessa parceria, bem como sua implementação e o impacto causado nos atores envolvidos no processo.

Como objetivo geral, pretendeu-se analisar a importância da articulação teoria e prática no ensino de Medicina.

Como objetivos específicos, analisar o impacto causado nos alunos, pacientes e comunidade pelo estágio vinculado ao programa Saúde da Família; o currículo da Universidade Cidade de São Paulo – UNICID – , a partir das Novas Diretrizes Curriculares, e sua adequação às demandas e necessidades dos alunos e da população a ser atendida; a importância da parceria nos serviços médicos entre a universidade, a comunidade e o poder público.

Para a pesquisa, de natureza qualitativa, foi realizada revisão bibliográfica e documental, histórico do ensino médico, pesquisa de campo, por meio de questionário semiestruturado e entrevistas com alunos e equipes de saúde da família, observação participante e análise dos dados.

## Metodologia

Método é uma passagem, um formato, uma coerência de pensamento. Fundamentalmente, existem três grandes métodos: 1) hipotético-dedutivo; 2) fenomenológico; 3) dialético.

Segundo Gil (1991, p.45), é sabido que toda e qualquer classificação se faz mediante algum critério. Com relação às pesquisas, é usual a classificação com base em seus objetivos gerais. Assim, é possível classificar as pesquisas em três grandes grupos: exploratórias, descritivas e explicativas.

A metodologia utilizada nesta pesquisa, segundo Gil (1991, p.45), pode ser classificada como exploratória, porque têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições.

Segundo Gil (2009, p. 45) embora o planejamento da pesquisa exploratória seja bastante flexível, na maioria dos casos assume a forma de pesquisa bibliográfica ou de estudo de caso.

Assim foi caracterizada também como bibliográfica porque a fundamentação teórica será a base para apresentar os conceitos contidos

na pesquisa sobre dados bibliográficos publicados no Brasil e suas estruturas de diretrizes.

Segundo Silva (2003, p.60), a pesquisa bibliográfica é um excelente meio de formação científica quando realizada independentemente ou como parte da pesquisa empírica e que segundo Vergara (2004, p.48), fornece instrumental analítico para qualquer outro tipo de pesquisa, mas pode esgotar-se em si mesma.

Neste trabalho pesquisou-se com a coleta de dados conseguidos em fontes primárias e secundárias (COOPER e SCHINDLER, 2003, p. 223). Deste modo, as fontes abrangeram: leis, regulamentações e dados governamentais; bem como, livros, manuais, artigos de revistas, jornais, sites e outros materiais acessíveis ao público com a finalidade de estruturá-los, analisá-los e interpretá-los.

Com relação à lógica e o desenvolvimento da pesquisa foi empregado o método dedutivo, que de acordo com Silva (2003, p.40) transforma enunciados universais em particulares. O ponto de partida é a premissa antecedente, que tem valor universal e o ponto de chegada é o conseqüente (premissa particular). Esta pesquisa assemelha-se a essa concepção, porque considerou a amplitude das fundamentações, apreciando as características intrínsecas conceituais. (SILVA, 2003, p.153)

A caracterização desta pesquisa também pode ser realizada pelo resultado da pesquisa, uma vez que pode ser classificado como uma pesquisa básica, que segundo Collis e Hussey (2007, p.27) “ocorre quando uma pesquisa está sendo conduzida basicamente para aumentar

nosso entendimento de questões gerais, sem ênfase em sua aplicação imediata”. O estudo teve um caráter qualitativo com técnica de pesquisa:

- Estudo bibliográfico e análise documental com levantamento dos documentos oficiais que permearam e sustentaram a parcerias ensino-serviço
- Entrevistas com os idealizadores e responsáveis pela parceria
- Entrevista e o questionário padronizado e estruturado aplicados aos alunos de medicina da UNICID e Equipes de Saúde da Família Fernão Dias e Pinheiral.
- Observação Participante.

Assim, de forma explícita em relação ao assunto, e tendo em vista o objetivo, o processo, a lógica e o resultado da pesquisa, foi realizada uma revisão da literatura pertinente ao tema.

A pesquisa científica caracteriza-se pelo esforço sistemático de usando-se critérios claros, explícitos e estruturados, com teoria, método e linguagem adequados- explicar ou compreender os dados encontrados e, eventualmente, orientar a natureza ou as atividades humanas. (CHIZZOTTI 1991).

O trabalho está assim estruturado:

O primeiro capítulo abordará um histórico da educação médica, paradigmas que fundamentaram a formação discente até a reforma sanitária. Trata diretrizes curriculares implantadas desde 2001 e

conceitualiza a saúde e as políticas de saúde, estratégia de saúde da família, seu funcionamento e características .

O capítulo 2 trata da formação dos profissionais de saúde e os princípios, diretrizes e necessidades do SUS, a educação como um instrumento de mudança nas políticas de saúde e a necessidade de aproximação entre o sistema local de saúde, as instituições e a comunidade para o funcionamento desse novo modelo. O Programa Saúde da Família como o modelo de reestruturação.

O capítulo 3 fala das parcerias ensino-serviço, seus conceitos e pressupostos é mostrada como parte fundamental no novo paradigma de formação médica. Projetos realizados na parceria entre o curso de Medicina da UNICID e o PSF de Mairiporã. Comenta uma avaliação de parcerias ensino-serviço por oficinas realizadas em 2008, síntese das discussões e resultados apresentados.

O capítulo 4 abordará a questão da proposta pedagógica do curso de Medicina, resumindo o funcionamento da matéria Programa de Integração em serviço na comunidade – PISCO e seus objetivos inter-relacionados.

O capítulo 5 A pesquisa: Campo, sujeitos, metodologia, coleta e análise de dados.

O município de Mairiporã, sua história, características demográficas e a implantação e dinâmica do Programa Saúde da Família.

No mesmo capítulo é feita a análise dos dados com as percepções dos alunos de Medicina e dos profissionais de saúde das equipes Jardim Fernão Dias e Pinheiral com questionário semi-estruturado.

Nas Considerações Finais serão apresentados os resultados obtidos.

## **CAPÍTULO 1 HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO MÉDICA**

Para analisar a parceria entre a Universidade e o Serviço de Saúde, é preciso entender alguns movimentos que nortearam a educação médica, a partir do século XVIII.

A formação do médico foi um dos temas de maior destaque na medicina européia dos séculos XV a XVIII. Médicos formados em universidades exerciam a prática médica, ao lado de curandeiros empíricos, charlatães e cirurgiões-barbeiros. Até a segunda metade do século XVII, Hipócrates, Galeno e Avicena continuavam sendo os autores mais estudados nas salas de aula universitárias. Assim o ser humano era visto sob um prisma anímico, onde o orgânico e a alma se misturavam, sendo essa segunda de maior importância.

No século XIX, o objeto da medicina passou a ser o saber sobre o indivíduo como corpo doente, exigindo uma intervenção que dê conta de

sua singularidade. Assim, a doença passou de objeto de observação para objeto de explicação.

William Osler (1849-1919), clínico e educador canadense, influenciou fortemente a medicina do início do século, tanto nos Estados Unidos (na John Hopkins Medical School) quanto na Inglaterra (em Oxford), dando ênfase à escuta da história clínica do paciente.

Em 1910, o relatório Flexner, de Abrahan Flexner (1866-1959), educador canadense, avaliou 155 escolas médicas, mostrando que 120 tinham condições péssimas de funcionamento.

O modelo flexeriano foi implantado nos Estados Unidos com recursos de fundações privadas e Faculdades que não se adequassem às novas exigências deveriam ser fechadas, Assim, o ensino médico passou a ser científico ao invés de empírico, a prática médica fundamentada em hipóteses formuladas no contato com o paciente e os exames laboratoriais passaram a ter um enfoque maior, procurando confirmar, ou não, essas hipóteses.

Os olhares voltam-se à doença e não ao doente, considerando irrelevantes as singularidades de cada indivíduo.

Esse modelo permaneceu quase intocado nas Faculdades americanas durante 40 anos, até os anos 60, quando começaram a ser criados os departamentos de Medicina Preventiva, que buscavam articular-se com os departamentos de Pediatria e Gineco-Obstetrícia com a finalidade de criar experiências extra-hospitalares de prática e de ensino.

O relatório Dawson, de Lord Dawson of Penn, publicado no Reino Unido em 1920, mencionava centros de atenção primária e serviços regionalizados para a coordenação das ações preventivas e curativas locais. Assim, tanto a Europa, como os Estados Unidos passaram a enxergar uma possibilidade de mudança de paradigma Médico.

Para Marsiglia (1995, p.22), Dawson propõe a hierarquização, a disciplina institucional e a subordinação das ações profissionais aos serviços, reforçando a atenção primária e as atividades coletivas de promoção e prevenção da doença.

No Brasil, a educação superior iniciou-se pela criação da Faculdade de Medicina da Bahia, em 1808, com a vinda da Corte portuguesa.

Criadas nas primeiras décadas do século 20, as Faculdades da área da saúde utilizaram-se dos serviços, principalmente dos hospitais de caráter filantrópico, como locais de ensino e de prática dos futuros profissionais.

A primeira reestruturação significativa ocorreu na década de 40, seguindo os princípios do relatório Flexner, que buscou dar uma base mais científica à formação, separando o ciclo clínico do ciclo básico e centrando a aprendizagem da prática no ambiente hospitalar.

Segundo Marsiglia (1995), na linha do relatório Flexner, surge um modelo de ensino médico, com estas características:

- Sólida formação em ciências básicas nos primeiros anos do curso, como ocorria nas escolas alemãs (anatomia, fisiologia, bioquímica, farmacologia, histoembriologia, bacteriologia e patologia);
- Pouca ênfase nos aspectos de prevenção e promoção da saúde e concentração nos aspectos de atenção médica individual;
- Valorização da aprendizagem dentro do ambiente hospitalar, recomendando-se que as faculdades tivessem seu próprio serviço de ensino e considerando impróprio o uso de outros serviços;
- Recomendação para que o hospital de ensino contasse com um corpo clínico próprio e permanente;
- Limitação da assistência ambulatorial apenas aos casos que precisavam de internação;
- Organização minuciosa da assistência médica em cada especialidade;
- Ensino da assistência obstétrica dentro do hospital e não fora dele;
- Recomendação para que o hospital de ensino contasse com um número grande de leitos para cada aluno: quatrocentos leitos para cinquenta estudantes.

Segundo Marsiglia (1995), Flexner influenciou a criação das escolas de Saúde Pública, onde se deve trabalhar com uma nova ciência e higiene, voltar-se para aspectos práticos e administrativos da saúde, procurar fatores determinantes da saúde e do bem-estar da população e dedicar-se ao estudo das doenças mais frequentes.

Seguindo o processo de mudança no paradigma médico europeu e americano as escolas médicas brasileiras trouxeram a proposta da Medicina Comunitária na década de 70, a partir da necessidade de articulação mais estreita entre a formação e a prestação de serviços, Surgiram as concepções de Integração Docente-Assistencial, integrando estudo com assistência à população e ambos num sistema de mão dupla de trocas e apoios.

Em meados da década de 80, surgiu o Movimento da Reforma Sanitária, liderada pelo médico sanitarista Sergio Arouca. Estava em curso uma reforma democrática não anunciada na área da saúde.

A Reforma Sanitária nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical e em experiências regionais de organização de serviços.

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde no ano de 1986, ocorreu, pela primeira vez, uma grande mobilização com mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil. Discutiram nessa Conferência um novo modelo de saúde para o Brasil. Suas propostas foram contempladas tanto no texto da Constituição Federal/1988 como nas leis orgânicas da saúde, nº. 8.080/90. Participaram dessa conferência mais de 4.000 delegados, impulsionados pelo movimento da Reforma Sanitária, e propuseram a criação de uma ação institucional correspondente ao conceito ampliado de saúde, que envolve promoção, proteção e recuperação.

Como contribuição a Conferência apresentou uma emenda popular para a extinção do INAMPS, definindo com clareza o dever do

Estado. A Comissão Nacional de Reforma Sanitária, com 50% dos membros representada por usuários dos serviços de saúde, transforma o texto da constituinte na Lei Orgânica 8080/90.

Na visão de Marsiglia (1995, p.31), procurava-se garantir, na Constituição, por meio de emenda popular, a saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Esse movimento criou brechas para a entrada de um novo pensamento sobre a saúde, com diversas experiências de descentralização. A Escola Nacional em Saúde Pública (ENSP), da Fundação Osvaldo Cruz cria projetos de medicina comunitária.

A Fundação Kellogg para a América Latina promoveu uma série de estudos sobre a formação de recursos humanos para a área de saúde. Esse estudo buscou identificar as prioridades para a década de 90. A partir desses estudos foi criado o projeto União com a Comunidade (UNI) com objetivo de fortalecer a construção de Sistemas Locais de Saúde e promover o desenvolvimento comunitário em matéria de saúde.

Em 1988, é criado o Sistema Único de Saúde - SUS - que propôs a assistência universal, integral e igualitária, princípios preconizados na Constituição. Segundo o Artigo 2º, desta lei, ao SUS compete, além de outras atribuições, nos termos da lei, ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde.

Com essa proposta surgiu uma nova tarefa: formular políticas públicas para a formação de profissionais na área da saúde.

As novas Diretrizes curriculares instituídas em 2001 ajudam a nortear o novo paradigma do ensino médico. Entre as

mudanças o Art. 6º prevê a integralidade, quando diz que os conteúdos devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença da família, do cidadão e da comunidade proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina. (BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e Diretrizes para NOB/RH-SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.)

Feuerwerker e Sena (1999) afirmam que a integralidade como princípio operativo norteia o movimento de mudança, sustentado na integração curricular, em modelos pedagógicos interativos, em metodologias centradas no aluno como sujeito da aprendizagem e no professor como facilitador do processo de construção de conhecimento.

As Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 preveem a formação profissional de acordo com os princípios do SUS, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde.

O novo modelo, denominado de paradigma da integralidade, aponta para: (a) ênfase na saúde e não na doença (a promoção, a preservação e a recuperação da saúde); (b) processo de ensino-aprendizagem centrado no aluno que deve ter um papel ativo na própria formação; (c) ensino da prática no sistema de saúde em graus crescentes de complexidade e voltado para as necessidades básicas de saúde; (d) capacitação docente que considera, além da competência técnica-científica, a competência didático-pedagógica e a participação e o comprometimento no sistema público de saúde; (e) mercado de trabalho orientado para a reflexão e discussão crítica dos aspectos econômicos e humanísticos da prestação de serviços de saúde e de suas implicações éticas; e (f) ênfase na formação contextualizada, levando em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da vida da população. (Lampert, 2002, p 235)

Para que a formação integral ocorra, foi necessário que as instituições de ensino médico atravessassem os muros e estabelecessem parcerias com os serviços de saúde.

### 1.1 Formação em saúde

A medicina é uma das áreas do conhecimento humano ligada à manutenção e restauração da saúde, trabalhando, num sentido amplo, com a prevenção e cura das doenças humanas num contexto médico. É a área de atuação do profissional formado em uma Faculdade de Medicina.

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), saúde não é apenas a ausência de doença. Consiste no completo bem-estar físico, mental, psicológico e social do indivíduo. É um estado cumulativo, que deve ser promovido durante toda a vida, a fim de assegurar que seus benefícios sejam integralmente desfrutados em dias posteriores. Nesse contexto, diretrizes de organizações supranacionais compostas por eminentes estudiosos da área de saúde estabeleceram um novo paradigma de abordagem em medicina, conforme World Health Organization.

Para formar-se médico, o aluno deve estudar em uma Faculdade de Medicina, em período integral, durante seis anos. Após formar-se, pode fazer especialização, sendo a mais importante a residência médica, com duração de dois anos ou mais, dependendo da especialidade e subespecialidade. Para entrar em um programa de residência médica, o médico deve ser aprovado e classificado em concurso de âmbito nacional.

Devido ao grande número de médicos que se formam a cada ano, vem aumentando o número de profissionais que não conseguem ser aprovados nesse concurso, que acabam optando por fazer especialização em curso normal de pós-graduação, que, muitas vezes, não apresenta o mesmo nível de qualidade exigido para um programa de residência.

A Medicina tem dois aspectos: é uma área de conhecimento (isto é, uma ciência) e é uma área de aplicação do conhecimento (as profissões médicas).

As Diretrizes Curriculares para os cursos de Medicina, instituídas em 2001, preveem que os conteúdos devem estar relacionados com o processo saúde-doença da família, do cidadão e da comunidade proporcionando a integralidade das ações do cuidar.

O médico, como um profissional generalista, deve estar capacitado a atuar no processo saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção. Nas competências listadas, suas ações devem dar ênfase aos atendimentos primários e secundários, dentro do sistema hierarquizado de saúde, obedecendo aos princípios técnicos e éticos de referência e contrarreferência.

A estrutura curricular deve possibilitar a inserção precoce do aluno em atividades práticas, em complexidade crescente durante a graduação, utilizando vários cenários de aprendizagem, pela integração ensino-serviço.

A Portaria Interministerial n.º 610, de 26 de março de 2002, instituiu o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas, incentivando as transformações dos processos de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, visando:

- Inovar o processo de formação médica, de modo a propiciar profissionais habilitados para responder às necessidades do sistema de saúde brasileiro;
- Estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas médicas;
- Ampliar a duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde;

A Lei nº 1.920 desdobrou o Ministério da Educação e Saúde em dois: Saúde e Educação e Cultura, passando o Ministério da Saúde a encarregar-se das atividades até então de responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde (DNS). Mesmo sendo a principal unidade administrativa de ação sanitária direta do Governo, essa função continuava, ainda, distribuída por vários ministérios e autarquias, com pulverização de recursos financeiros e dispersão do pessoal técnico, alguns vinculados a órgãos de administração direta, outros a autarquias e fundações.

A Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, no artigo 3º dispõe:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais;

os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.

Parágrafo Único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

O Parecer nº. 1133/2001-CNE considera o SUS como espaço privilegiado para a formação em saúde, visando

garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001a, p. 2).

Ainda no texto da Resolução do Conselho Nacional de Educação (2001) no seu Art. 9º, prevê um projeto pedagógico construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem, o professor como facilitador. O projeto deverá buscar a formação integral articular ensino aos serviços de saúde. Utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos. O método PBL (Problem Based Learning) conhecido no Brasil também como Aprendizagem Baseada em Problemas, surge como um modelo pedagógico que vem de encontro às novas Diretrizes Curriculares.

O novo paradigma surgiu no Canadá nos meados dos anos 60 como sendo um método institucional que desafia os estudantes a “aprender a aprender”, trabalhando cooperativamente em grupos, buscando soluções para problemas do

mundo real. No Brasil, a primeira faculdade de Medicina a aderir ao método foi a de Marília – SP (FAMEMA). Sistematizado para facilitar o aprendizado, o método PBL promove a fusão da teoria com a prática. Com o novo método o ensino é centrado no aluno e não no professor como no método tradicional, o aprendizado não é mais passado de professor para o aluno, sendo construído em conjunto. A aquisição de conhecimento se dá principalmente por estudos de casos reais, onde os alunos são orientados com discussões de problemas em grupo tutorial reunidos em até 12 integrantes.

## **CAPÍTULO 2 CONCEITO DE SAÚDE**

Pilati (1989, p. 16) aponta os elementos que devem ser considerados em uma definição ideal de saúde:

- As três dimensões do ser humano: física, psíquica e social;
- Os aspectos sociais, culturais, econômicos, políticos e ecológicos, além dos anatômicos, fisiológicos e patológicos;
- Como sendo uma qualidade dinâmica de vida e não somente como uma entidade estática.

A Constituição Federal de 1988, no artigo 6º, dispõe:

São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

A Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

O artigo 2º estabelece que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. E o parágrafo primeiro do mesmo artigo:

O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Na esfera internacional, a OMS dispõe:

Os Estados, partes desta Constituição, declaram, em conformidade com a Carta das Nações Unidas, que os seguintes princípios são basilares para a felicidade dos povos, para as suas relações harmoniosas e para a sua segurança:

- A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental, social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade;
- Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social;

- Os Governos são responsáveis pela saúde dos seus povos, a qual só pode ser assumida pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais adequadas;

Aceitando esses princípios com o fim de cooperar entre si e com os outros para promover e proteger a saúde de todos os povos, as partes contratantes concordam com a presente Constituição e estabelecem a Organização Mundial da Saúde como um organismo especializado, nos termos do art. 57 da Carta das Nações Unidas.

A definição da OMS é idealista. Identificar saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social” é algo irreal, porque tal conceito é extremamente abstrato, inexistindo critérios que possam sustentá-lo.

Que é bem-estar físico? Vigor, robustez, disposição? E o bem-estar social? A adequação do indivíduo à sociedade, o que poderia ser verificado por indicadores como alimentação, moradia, trabalho, lazer etc.?. E o bem-estar mental? Seria serenidade de espírito? Tranquilidade? Discernimento? Cultura? Percebe-se que as dificuldades são grandes, quando se tenta definir conceitos tão abstratos.

A saúde, independentemente de qualquer definição, é produto de condições objetivas de vida do homem, variando no espaço e no tempo, a cada cultura e a cada época.

Tanto a legislação brasileira quanto a OMS vinculam a saúde a condições que transcendem a mera condição física do indivíduo. Atrelada à ausência de doenças, uma gama de outros fatores compõe o conceito de saúde: alimentação, moradia, lazer, bem-estar etc. É uma formulação

que tem o mérito de colocar a questão da saúde frente aos problemas da pobreza, da discriminação, das desigualdades sociais, entre outros, mas que incide na abstração.

A Declaração Universal dos Direitos do Homem estabelece no artigo 25.1:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, o direito à segurança, em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.

O Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, no artigo 12, dispõe:

Os Estados partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa ao desfrute do mais alto nível possível de saúde física e mental.

Entre as medidas que deverão adotar os Estados Partes no Pacto a fim de assegurar a plena efetividade deste direito, figuram as necessárias para:

- A redução da mortalidade e da mortalidade infantil e o bom desenvolvimento das crianças;
- A melhora em todos os aspectos da higiene do trabalho e do meio ambiente;

- A prevenção e o tratamento das enfermidades epidêmicas, endêmicas, profissionais e de outra índole, e a luta contra elas;
- A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade.
- Os direitos enunciados pelo Pacto têm realização progressiva, sendo resultado de um conjunto de medidas econômicas e técnicas a serem realizadas pelo Estado, por meio de um planejamento efetivo com vistas a alcançar a gradual concretização dos direitos nele estabelecidos. Pode ser verificado no art. 2º, I:

Cada Estado parte no presente Pacto compromete-se a adotar medidas, tanto por esforço próprio como pela assistência e cooperação internacionais, principalmente nos planos econômico e técnico, até o máximo de seus recursos disponíveis, que visem a assegurar, progressivamente, por todos os meios apropriados, o pleno exercício dos direitos reconhecidos no presente Pacto, incluindo, em particular, a adoção de medidas legislativas.

O Pacto, apesar de não definir saúde, reconhece-a como direito e estabelece que os Estados adotem medidas para sua plena efetividade. O termo saúde, qualificado com os adjetivos física e mental, leva a crer que a saúde não é simples ausência de doenças.

## 2.1 Políticas Públicas de Saúde

Diferentes países adotam diferentes políticas para a promoção da saúde, para melhor adequarem-se a suas realidades sociais, econômicas e demográficas.

O Brasil ocupa uma área de 8,5 milhões de km quadrados, sendo o maior país em extensão territorial da América Latina e o 5º maior do mundo. Sua organização político-administrativa compreende a União, 26 Estados, 5.560 Municípios e o Distrito Federal, distribuídos em cinco regiões geopolíticas (IBGE, 2005).

O quadro demográfico é resultado de várias transformações que ocorreram ao longo das últimas décadas, como a queda da fecundidade, a redução da natalidade, o aumento da esperança de vida e o progressivo envelhecimento da população.

Observa-se a passagem – característica da transição demográfica – de uma situação de alta mortalidade e alta fecundidade, com uma população predominantemente jovem e em franca expansão, para uma de baixa mortalidade e, gradualmente, baixa fecundidade, com um crescimento progressivo da população idosa. A comparação das pirâmides etárias da população entre 1980 e 2000 mostra progressivo estreitamento da base, revelando acentuada diminuição da proporção de jovens e o expressivo envelhecimento da população (IBGE, 2005).

Os dados sobre renda, proporção de pobres, desemprego e analfabetismo, entre outros indicadores, traçam o perfil socioeconômico da população brasileira, caracterizado por profundas desigualdades regionais entre os diferentes grupos sociais.

A situação das doenças transmissíveis no Brasil apresenta um quadro complexo, que pode ser resumido em três grandes tendências: doenças transmissíveis com tendência declinante ou erradicante; doenças transmissíveis com quadro de persistência e doenças transmissíveis emergentes e reemergentes. O surgimento da AIDS, no início da década de 1980, passou a constituir-se, ao final da década de 1990, uma das prioridades de saúde pública no Brasil (PNS, 2004).

No Brasil, existe uma rede estatal de produção de medicamentos formada por 17 laboratórios ligados ao Ministério da Saúde, às Forças Armadas, aos governos estaduais e às universidades, cinco no Nordeste, sete no Sudeste, quatro no Sul e um no Centro-Oeste. Do total de recursos financeiros do Ministério da Saúde, somente cerca de 10% são destinados à aquisição de produtos, sendo a maioria dos recursos da área de saúde aplicados na Folha de Pagamento.

## **2.2 Saúde da Família**

A saúde da família, estratégia do Ministério da Saúde para reorientar o modelo assistencial do SUS, a partir da atenção básica, foi iniciada em junho de 1991, com a implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras equipes, na proporção média de um agente para 575 pessoas. Uma unidade de saúde da família se destina a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, características do nível primário de atenção.

Afirma Costa (2004, p. 8):

A partir da década de 1950, ocorre a priorização excessiva da medicalização do processo saúde/doença, em detrimento da prevenção e do conceito ampliado de saúde.

Marc Lalonde, ministro da Saúde canadense, em 1974, chamou a atenção para os excessivos gastos com os serviços de saúde e destacou a importância do estilo de vida, da biologia humana e dos fatores ambientais como os principais determinantes do processo saúde/doença. (Carvalho 2001, p. 22)

Em 1978, a Conferência de Alma-Ata, na antiga União Soviética, estabelece as estratégias da atenção primária à saúde, objetivando alcançar *saúde para todos no ano de 2000*.

Em 1986, no Canadá, a I Conferência Internacional de Promoção de Saúde, na Carta de Ottawa, enfatiza a importância e o impacto das dimensões socioeconômicas, políticas e culturais sobre as condições de saúde.

A partir da Agenda 21, em 1992, ao conceito de promoção da saúde une-se o de cidade saudável, entendida em sua tríplice dimensão: saúde; intersetorialidade e participação popular.

Nesse contexto, o governo brasileiro elege a família como núcleo social-alvo em um território definido e agrega os princípios da responsabilidade social, interdisciplinaridade e intersetorialidade, além da vigilância em saúde, seguindo o modelo canadense de saúde.

O Ministério da Saúde (1998) aponta os objetivos da implantação do modelo de saúde da família:

- Prestar assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita;
- Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;
- Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população;
- Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão de qualidade de vida.

Cada equipe de saúde da família é capacitada para conhecer a realidade pela qual é responsável e elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença.

### 2.3 Funcionamento das Unidades de Saúde da Família

As unidades de saúde da família operam segundo algumas diretrizes operacionais e conceitos próprios:

Adscrição da clientela: cada unidade é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada (adscrita) a um território de abrangência. Pode atuar com uma ou mais equipes de profissionais, dependendo do número de famílias a ela vinculadas. Uma equipe é responsável por uma área onde residam entre 600 a 1.000 famílias, com um limite máximo de 4.000 habitantes;

- Cadastramento: as equipes deverão realizar o cadastramento das famílias em visitas aos domicílios, de acordo com a área territorial que foi preestabelecida para a adscrição;
- Integralidade e hierarquização: a unidade de saúde da família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, chamado atenção básica, vinculada à rede de serviços, para que seja garantida atenção integral aos indivíduos e às famílias e asseguradas a referência e a contrarreferência para níveis superiores de complexidade;
- Equipe multiprofissional: cada equipe é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (1998), as equipes de saúde da família devem estar capacitadas para:

- Identificar a realidade epidemiológica e sociodemográfica das famílias adscritas;

- Reconhecer os problemas de saúde prevalentes e identificar os riscos aos quais a população está exposta;
- Planejar como enfrentar os fatores desencadeantes do processo saúde/doença;
- Atender à demanda programada ou espontânea;
- Utilizar corretamente o sistema de referência e contra-referência;
- Promover educação à saúde e melhorar o autocuidado dos indivíduos; Incentivar ações intersetoriais para enfrentar os problemas identificados.

## 2.4 Composição das Equipes de Saúde da Família

O médico de família deve ter sólida formação geral para atender a todos os membros das famílias, independente do sexo ou idade, acompanhar os indivíduos, as famílias e a sociedade em todas as fases do ciclo vital e não apenas nos momentos do adoecer.

O Ministério da Saúde (1998) aponta as principais atribuições do médico de família:

- Prestar assistência integral aos indivíduos;
- Valorizar a relação entre médico/paciente e médico/família como parte do processo terapêutico;
- Aproveitar os contatos com a comunidade para abordar os aspectos de educação em saúde;
- Empenhar-se em manter as pessoas saudáveis;
- Executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em seu território;
- Executar as ações de assistência, inclusive primeiros atendimentos nas urgências e pequenas cirurgias;

- Promover a qualidade de vida;
- Auxiliar a desenvolver junto à equipe e à comunidade o conceito de cidadania;
- Participar do processo de programação e planejamento das ações e da organização do processo de trabalho das unidades.

O enfermeiro desenvolve seu trabalho em dois locais: na unidade de saúde, junto à equipe de saúde, e na comunidade, onde apoia e supervisiona o trabalho dos agentes comunitários de saúde e assiste as pessoas que necessitam de atenção de enfermagem.

O Ministério da Saúde (1998) descreve as atribuições básicas do enfermeiro:

- No nível de sua competência, responsabilizar-se pelas ações de vigilância sanitária e epidemiológica;
- Capacitar os agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem;
- Aproveitar os contatos com a comunidade para promover ações de educação em saúde;
- Promover a qualidade de vida, procurando contribuir para tornar o meio ambiente mais saudável;
- Discutir junto à equipe da unidade e com os indivíduos e famílias de sua área de atuação as relações existentes entre cidadania e saúde;
- Programar e planejar as ações e a organização do trabalho da unidade, em conjunto com os demais profissionais da equipe.

O auxiliar de enfermagem desenvolve suas ações na unidade de saúde, nos domicílios e na comunidade.

Segundo o Ministério da Saúde (1998), as principais atribuições dos auxiliares de enfermagem são:

- Junto com os agentes comunitários de saúde (ACS), atuar na identificação das famílias de risco;
- Auxiliar os ACS nas visitas domiciliares;
- Acompanhar as consultas de enfermagem;
- Executar, segundo sua qualificação profissional, procedimentos de vigilância sanitária e epidemiológica;
- Participar das discussões e da organização do processo de trabalho da unidade de saúde.

## 2.5 O Sistema Único de Saúde - SUS

O SUS, mesmo sendo o sistema de saúde vigente, amparado constitucionalmente em seus princípios, trabalha com diretrizes, conceitos e práticas que são contra-hegemônicos na sociedade. Ou seja, o SUS é um sistema de saúde democrático que vem sendo construído a partir dos serviços e práticas de saúde previamente existentes, que operam em outra lógica, alimentada por interesses econômicos e corporativos, e que continuam vigentes. (Organização Mundial da Saúde. Carta de Ottawa. In: Promoção da Saúde Pública. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz; 1986. p. 158-162)

No Brasil, observa-se o descompasso entre a formação dos profissionais de saúde e os princípios, diretrizes e necessidades do SUS, distância entre enunciados já consagrados da reforma sanitária

(integralidade da atenção, conceito ampliado de saúde, intersectorialidade) e as práticas de saúde vigentes.

Espera-se que a Educação seja uma ferramenta para ajudar a superar essas diferenças, trabalhada como uma das estratégias para a transformação das práticas de gestão, atenção em todos os níveis e controle social.

Apesar de ser um sistema descentralizado, as práticas de elaboração e implementação das políticas de saúde, historicamente, têm sido orientadas pelos princípios da centralização. A descentralização vem sendo construída por meio de árduas batalhas, com movimentos contraditórios de descentralização e re-centralização. Os mecanismos de financiamento do sistema são bastante ilustrativos, tanto da batalha como da oscilação e têm sido o principal lócus de disputa política em torno do *modus operandi* do sistema.

O SUS tem assumido um papel ativo na reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva, provocando importantes repercussões nas estratégias e modos de ensinar e aprender.

Programas como os de Interiorização do Trabalho em Saúde, de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina, de Capacitação e Formação em Saúde da Família, de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem, de Aperfeiçoamento ou Especialização de Equipes Gestoras, de Formação de Conselheiros de Saúde, entre outros, caminham nessa direção, mas têm de enfrentar, em suas próprias concepções e desenvolvimentos, o desafio de constituírem-se em eixo transformador, em estratégias mobilizadoras de recursos e poderes, em recursos

estruturantes do fortalecimento do SUS, deixando de estar limitados a introduzir mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e cuidado à saúde. (Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Sundswall, Declaração de Adelaide, Declaração de Jacarta, Declaração de Santafé de Bogotá, Rede de Mega Países, Declaração do México. Brasília, Ministério da Saúde; 2001.).

Todas essas iniciativas propiciaram processos cooperativos entre as instituições formadoras e o sistema de saúde. No entanto, por se apresentarem de forma múltipla e fragmentada, orientações e conceitos heterogêneos, sua capacidade de impacto sobre as instituições formadoras, no sentido de alimentar os processos de mudança, foram muito limitadas, como também sua capacidade de promover mudanças nas práticas dominantes no sistema de saúde, já que se manteve a lógica programática das ações e não se desafiaram os atores para a mudança e problematização de suas práticas.

A construção da gestão descentralizada do SUS, da atenção integral como acolhida e responsabilidade do conjunto do sistema de saúde e da participação popular com características de formulação política deliberativa, ficou relegada a segundo plano.

Em nosso país, a Saúde é o setor que vem sendo submetido ao mais significativo processo de reforma, protagonizado por importantes segmentos sociais e políticos. As várias instâncias do SUS devem cumprir um papel indutor no sentido das mudanças, tanto no campo das práticas como da formação profissional, o que implica trabalho articulado entre sistema de saúde (em seus vários níveis de gestão) e instituições formadoras. Segundo Mendes (2002),

o SUS tem como princípios básicos: acesso universal e igualitário a ações e serviços; participação comunitária; rede regionalizada e hierarquizada; e descentralização, cujas ações de saúde devem ser desenvolvidas de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda a princípios como: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (p. 45 )

Na 11ª Conferência Nacional de Saúde, tais princípios foram reiterados, constituindo-se como objetivos para a consolidação do SUS, do caráter público das ações e serviços de saúde e da responsabilidade do Estado, definida na Constituição Federal de 1988.

De acordo com Buss, (2000), a formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde têm como desafio não dicotomizar a atenção individual da atenção coletiva, as doenças e adoecimentos da vigilância da saúde; a qualidade de vida (biologia) do andar da vida (produção subjetiva); não fragmentar os grupos de trabalhadores (da gestão, da atenção e da vigilância); não perder o conceito de atenção integral à saúde e realizar o trabalho educativo junto à população, aceitar que há incerteza na definição dos papéis profissionais, onde há alternância de saberes e práticas de cada núcleo constituído das profissões de saúde e do campo da atenção integral à saúde.

A educação em saúde como área de conhecimento requer uma visão corporificada de ciências, para a qual convergem diversas concepções, as quais espelham diferentes compreensões do mundo, demarcadas por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade.

A educação em saúde, inspirada nos pensamentos de Freire, deve ser

coerente e competente, que testemunha seu gosto pela vida, sua esperança no mundo melhor, que atesta sua capacidade de luta, seu respeito às diferenças da realidade, a maneira consistente com que vive sua presença no mundo. (p. 103 ).

Assim, para educar em saúde, faz-se necessário estar aberto ao contorno geográfico, social, político, cultural do indivíduo, família e comunidade.

## **2.6 Humanização na Saúde**

Segundo Queiroz (1992), o processo de humanização da Saúde tem suas origens nos movimentos de reformas sanitárias, nas Conferências de Saúde e nos grupos militantes voltados a ações em prol do desenvolvimento de uma consciência cidadã e cujas atuações se tornaram, a partir da década de 1980, gradativamente influentes, estruturadas e articuladas. A reordenação do conceito de saúde, pedra de toque do movimento de reforma sanitária, incorpora, entre seus determinantes, as condições de vida e desloca no sentido da comunidade a assistência médico-hospitalar como diretriz da atenção à saúde.

Esse processo de humanização iniciou-se com a Constituição de 1988 e a implantação do SUS, passando a ser entendida como a *valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de Saúde* (SUS/PNH 2004).

Humanização implica a valorização dos trabalhadores e gestores, sua autonomia e protagonismo, co-responsabilidade, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão. Assim, humanização envolve:

- Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos;
- Aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde dos sujeitos;
- Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- Identificação das necessidades sociais de saúde;
- Mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde;
- Compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento. (Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS - 2004)

Assim, uma relação crucial se coloca no diálogo com o desconhecido. O paciente é sempre “o outro” e terá sempre estranhezas.

No Programa Saúde de Família, essas questões se intensificam à medida que os contatos são mais duradouros e intensos e incluem, além do paciente, sua família, sua casa e a comunidade de entorno. Não é possível estabelecer quem é o paciente, se, primeiramente, o agente de saúde não se identifica a si mesmo. A questão primordial é: quem somos nós? E, em seguida, que tipo de consciência prevalece em nós?

Segundo Werneck (2002, p. 19),

se temos uma consciência frágil de nós mesmos e do mundo, podemos não conseguir equacionar as adversidades e os inesperados problemas que surgirem no dia-a-dia do trabalho.

Se a consciência é ingênua, não aceita a crítica e não avalia outras opiniões, pensa-se estar sempre certo e isso dificulta o trabalho em equipe e a aceitação dos valores culturais da comunidade. Se a consciência é derrotada, há uma incapacidade de desenvolver idéias próprias e não se gosta de mudar nada, o que pode estagnar o trabalho de toda a equipe. Se a consciência é crítica, há a capacidade de avaliar as atividades e corrigir as falhas de percurso.

Normalmente, os serviços de saúde não estabelecem um diálogo eficiente com o paciente. Afinal, para que perguntar se, no fundo, teme-se uma resposta? Um sistema de saúde que prima por baixa resolutividade e filas enormes, que desconhece os determinantes sociais e econômicos, que sabe que falha na promoção da saúde não tem coragem de se expor nos momentos de programação, planejamento e avaliação do trabalho nas unidades.

Já a consciência livre acredita na sua capacidade de pensar e de criar e assume com tranquilidade as consequências de seus atos, possibilitando um trabalho altamente criativo e uma convivência consciente (amadurecida) entre a equipe e a comunidade.

Numa equipe de saúde multidisciplinar, todos os elementos sentem necessidade de ajudar o “outro” dentro de sua perspectiva profissional. Para compreender quem é a pessoa com que se relaciona, é preciso estabelecer um sistema eficiente de comunicação verbal ou não-verbal, definida por Chalifour (1993, apud Costa (2004, p. 25) em 10 modos de escuta:

- Acolhimento: consiste em acolher as mensagens enviadas pelo outro com compreensão empática;
- Reciprocidade e partilha: é a capacidade de colocar-se no lugar do outro;
- Simpatia: acolhida, partilha saudável de emoções, capacidade de identificar-se com o outro e de se imaginar em experiências semelhantes;
- Informação/opinião/interpretação/diagnóstico: permite compreender a situação, de modo a que as intervenções possam ser adequadas e ajudar o outro;
- Juízo de valores: quem ajuda, geralmente, se coloca numa situação de expectativa e de censura;
- Conselho/sugestão e prescrição: a intenção é transmitir informações úteis;
- Apoio e consolação: quem ajuda tende a minimizar o sofrimento do ajudado, consolar e encorajar;
- Exploração ou classificação: quem ajuda interage com o ajudado para que ambos busquem a melhor solução para cada problema;
- Investigação: neste momento o problema, pelo seu conteúdo, se faz muito importante, pois é necessário obter informações para se firmar um diagnóstico;

- Funções/aspectos funcionais: deve-se informar o ajudado sobre a evolução do seu estado.

As diferentes formas de escrita e de interação serão utilizadas, de acordo com o momento e a necessidade. As maiores dificuldades de comunicação surgem, quando não é possível romper a distância entre o paciente e a equipe. Os agentes de saúde têm um papel intermediador e aproximativo.

### **3 A PARCERIA NA SAÚDE**

Segundo NOLETO (2003) parceria é a reunião de indivíduos para certo fim com interesses comuns; sociedade, companhia, para desenvolver um projeto ou uma ação.

Por haver uma lacuna entre o que a organização necessita fazer e pode fazer, a parceria preencheria essa lacuna para otimizar os recursos, conhecimentos e potencialidades.

Para a implantação de parcerias deve-se seguir quatro passos:

- 1 – Identificação;
- 2 – Valorização;
- 3 – Negociação;
- 4 – Implementação.

Para a autora, os quatro passos correspondem a oito etapas, para que a parceria seja bem sucedida:

- 1 – Definir estratégias e objetivos;
- 2 – Avaliar parceiros em potencial;
- 3 – Avaliar as possibilidades e o que oferecer em troca;
- 4 – Definir a oportunidade;
- 5 – Avaliar o impacto da ação conjunta;
- 6 – Avaliar o poder de “barganhar”;
- 7 – Planejar a integração;
- 8 – Implementar a integração.

Também baseada na administração, alianças e parcerias consistem em estratégias de interação e troca entre diversos agentes sociais, de modo que possam apoiar-se reciprocamente em seu trabalho e melhor realizar seus objetivos, mediante a transformação e melhoria contínua de suas práticas, condição fundamental para responder as constantes necessidades de adaptação à evolução do ambiente sócio-econômico cultural (IGNACY, E OUTROS 2001 p 53).

Segundo TENNYSON (2003, p. 12), é preciso , numa parceria,

reconhecer com a mesma intensidade cada uma das contribuições recebidas e não apenas as mensuráveis em termos financeiros ou de aparição pública.

O SUS visa diminuir as desigualdades, tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde as carências são maiores. Todo cidadão deve ser visto como igual perante o SUS, ter o atendimento e o acolhimento de acordo com suas necessidades.

Transparência, abertura e honestidade nas relações de trabalho são pré-condições para criar confiança.

Parceria de aprendizado compartilhado – fundamenta-se na troca de experiências entre os atores e promove intercâmbio técnico, científico e cultural em diferentes níveis. (TENNYSON 2003, p 15)

Lacombe (2003, p.23) comenta:

Os fatores críticos para que uma aliança seja bem sucedida são: ter um objetivo estratégico claro, encontrar um parceiro adequado, criar incentivos para a colaboração, minimizar conflitos entre os parceiros, divulgar as informações, fazer intercâmbio de pessoal, operar com horizonte de longo prazo, desenvolver vários projetos conjuntos e ser flexível.

Segundo Noletto (2000, p.45), os conceitos de parceria e aliança estratégica são mais usados na área de administração e as definições do

senso comum a esse respeito auxiliam a construir um conceito geral de parceria e de aliança estratégica.

Segundo Noleto ( 2000 p.12), três forças significativas contribuem para o surgimento das parcerias e alianças estratégicas:

- A procura de capacidades à medida que os limites entre as organizações se tornam indefinidos;
- Recursos escassos e a intensificação da competição por espaço, além da crescente necessidade de intervenção na problemática social;
- A lacuna entre o que uma organização gostaria de realizar e o que, levando em conta a realidade e seus recursos próprios, pode realizar.

Ao perceber lacuna entre aquilo que gostariam de fazer e o que concretamente podem fazer, as organizações entendem que é necessário somar forças e descobrir formas de otimizar seus recursos, conhecimentos e potencialidades e que a melhor forma de fazê-lo é agregar esforços com organizações afins.

Por meio de parcerias e alianças estratégicas, as organizações podem desenvolver novas atividades, novos projetos, abrir frentes de atuação, ampliar o leque de conhecimentos, captar e economizar recursos humanos e materiais sem prejuízo do trabalho, aumentar a capacidade de intervenção, suas lacunas e preencher espaços importantes onde não é tão forte.

Para Noleto (2000, p.54),

construir parcerias e alianças estratégicas requer habilidade, desprendimento e o desejo de, ao somar forças e recursos, poder mais. No terceiro setor, tanto as parcerias quanto as alianças estratégicas estão voltadas a importantes objetivos ligados à transformação da realidade, buscando justiça social. A união de forças permite a transformação social.

Para Varelli (2008, p 108),

há certamente uma dimensão de complementaridade, isto é, buscar no outro os recursos e capacidades de que não se dispõe, mas que são necessárias para atingir seus propósitos. Porém, a diferença reside no fato de que esta troca ou complementaridade têm como motivação o cumprimento de objetivos compartilhados e externos a cada uma. Os objetivos da parceria tendem a ser relativos a um impacto mais profundo na realidade na qual as organizações envolvidas atuam. Por isso ela não apenas supre necessidades, mas converte-se tanto numa forma de ampliar e irradiar os efeitos de um trabalho quanto num modo de sensibilizar, mobilizar e co-responsabilizar outros sujeitos em torno de ações voltadas para a ampliação da cidadania e do enfrentamento dos problemas sociais.

O pressuposto fundamental da parceria é o encontro de organizações autônomas, com identidades e posições claras. Mesmo tendo recursos e poderes distintos, elas devem se reconhecer como iguais num determinado momento, além de conhecer e valorizar mutuamente a contribuição que cada uma pode dar. Devem adotar um comportamento como tendo igual poder na relação, tanto para estabelecer os objetivos como para definir os recursos necessários, papéis e responsabilidades. Parceria é o oposto de subordinação.

A avaliação dos parceiros é fundamental tanto para desenvolver uma parceria quanto para estabelecer uma aliança estratégica. Os aspectos a verificar: atuação, tempo de existência, credibilidade, imagem, missão, valores, intencionalidade ética, capacidade de investimento, saúde financeira, gestão de pessoas, projetos já desenvolvidos, devem ser analisados pela organização e registrados em relatórios minuciosos.

### **3. 1 A Parceria**

A parceria do curso de Medicina da UNICID e do Município de Mairiporã foi idealizada pelo diretor do curso e pela coordenadora do PISCO, visando criar campos de estágio em áreas urbanas e rurais, proporcionando uma ampla visão dos serviços de saúde aos discentes.

Como já havia um contato entre a universidade e a Prefeitura de Mairiporã, iniciou-se uma conversa que culminou com o convênio.

A idéia era inserir nos serviços de saúde os cursos de Fisioterapia, Enfermagem e Odontologia, além da Medicina. Com a assinatura do convênio as Unidades de Saúde da Família do Jardim Fernão Dias e Pinheiral, passaram a receber diariamente, em média, 12 alunos por período.

Um elemento fundamental para isso foi a quebra das barreiras de comunicação, o rompimento do isolamento habitual das instituições e dos micro-espços em seu interior, em relação à realidade social, além da construção de espaços coletivos de pensar, atuar e recriar. A parceria possibilitou que se construíssem sujeitos ao criar oportunidades para que os diversos atores recuperassem a iniciativa em seus respectivos contextos, analisassem a realidade, falassem, propusessem, escutassem, tomassem decisões, executassem e avaliassem atividades /alternativas /projetos. (Marsiglia, 1995, p. )

Com a parceria, os alunos teriam possibilidade de conhecer um sistema de saúde em um município pequeno, com Ambulatórios de Especialidades, Centro de Atenção Psicossocial (Caps), Centro de Reabilitação, Laboratório, Hospital. Além disso, poderiam ter experiências com a população rural, de núcleos sub-habitacionais.

Foram convidados funcionários do município com formação específica para serem capacitados no método PBL e assumirem a função de preceptores.

A parceria foi estabelecida em 24 de junho de 2004 pela lei municipal no. 2322, que autorizou o Executivo a firmar termo de cooperação técnica, científica e didática, visando ao desenvolvimento do PISCO, que tem como objetivo geral

colocar o aluno precocemente em contato com atividades de atenção à saúde na comunidade, fazê-lo conhecer uma unidade básica de saúde e observar como se desenvolve a rotina de uma Equipe de Saúde

das Família e como está sendo estruturado o atendimento às necessidades da sua área de abrangência, proporcionando a docentes e discentes o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, juntamente com os profissionais da rede pública e com a comunidade da área de referência (PISCO, Manual do Aluno, 2008)

Com a mudança de gestão, em 2005, portanto, seis após a assinatura do convênio, ocorreram mudanças de preceptores da UNICID e coordenadores na Secretaria de Saúde. Relatos demonstram dificuldades de relacionamento entre os atores envolvidos e resistência da atual gestão em aceitar a inserção da universidade nos serviços, pois havia desconhecimento do projeto.

Relatos dos preceptores demonstram uma grande influência da gestão política na parceria. O Programa Saúde da Família do município abriga a sua coordenação na Unidade de Saúde Fernão Dias, assim os preceptores e alunos tem um contato próximo com o gestor. Entre os anos de 2004 e 2005 ocorreram cinco mudanças de coordenação.

A atuação dos alunos depende de acordos entre as coordenações. A autorização de realização de procedimentos não está vinculada ao Termo de Cooperação, cabendo a decisão ao gerente da equipe. Assim em uma unidade o aluno pode realizar procedimentos como vacinação, aferição de pressão arterial, curativos, entre outros procedimentos e em outra unidade cabe somente a observação.

Quando do interesse pelo objeto de estudo, a própria autora encontrou dificuldade quanto ao Termo de Cooperação que embasa a parceria. Havia um desconhecimento do documento. Após várias buscas, foi descoberto um rascunho que não havia sido assinado. Mesmo após a regularização, o contrato pode ser reincidento sem que haja motivo técnico.

Assim, preconiza-se uma formação integral, generalista, para o SUS, mas não há uma política que garanta a perenidade ou que avalie a parceria.

Considera-se que o próprio desenvolvimento duradouro das mudanças obtidas pelos projetos de nível local depende de esforços bem sucedidos e a aprovação de novas políticas públicas (Projeto Kellogg 1997 p80)

### **3.2 Parceria ensino-serviço**

Segundo Albuquerque 2008 p 362 Entende-se por parcerias ensino-saúde o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços.

A iniciativa da fundação W.K.Kellogg na América Latina foi pioneira na implantação de parcerias academia-serviço com a implantação de um novo programa denominado “Uma nova iniciativa na formação de profissionais de Saúde: União com a comunidade,” denominado de Projeto UNI. Implantado no Brasil em 1988 no curso de Medicina da Faculdade de Botucatu.

Sob a ótica de Kisil (1996 p 134) parceria, no Projeto UNI é a aliança entre atores diferentes para a conquista de fins comuns, construindo uma modalidade de co-gestão, a partir da qual os vínculos entre os parceiros se dão em pé de igualdade ou semelhança. Modalidade de gestão superadora dos poderes próprios de cada parceiro para o desenvolvimento dos componentes e do conjunto, contribuindo na democratização dos processos. O estabelecimento de relações horizontalizadas entre universidades, serviços de saúde e comunidades objetiva criar espaços reais de troca, interlocução e transformação mútua. A parceria envolve mudança nas posturas e nos valores existentes nos três componentes como, por exemplo, a ruptura das barreiras e comunicação, do isolamento entre as instituições e sua aproximação da realidade social.

O curso de Medicina da UNICID pretende subsidiar as ações dos facilitadores no desafio de implementar, fortalecer e consolidar a proposta político-pedagógica da educação permanente nos postos de SUS de Mairiporã, com cursos, palestras, bolsas de estudos para funcionários da equipe de saúde da família, compromisso firmado pelo termo de cooperação.

Um dos problemas comuns à implementação de práticas de integração docente-assistencial é constituído pelo mútuo estranhamento entre práticas e culturas institucionais

distintas. Não é fácil compatibilizar as necessidades de ensino com as necessidades do serviço de saúde. Não bastam boas intenções ou a alteração de formatos educativos para modificações na formação, uma vez que é necessário também mudar conteúdos e a gestão cotidiana das práticas de ensino (FEUERWERKER, 1997, p. 23)

Essas situações exigem do corpo docente habilidade para lidar com o desconhecido e flexibilidade diante dos imprevistos, criatividade, capacidade de gestão para responder aos desafios da dinâmica complexa, indeterminada e com nuances que, muitas vezes, fogem ao planejamento.

O projeto de educação baseado na comunidade considera o envolvimento e a presença dos estudantes junto à população, como componente fundamental da formação.

Para que tal projeto se concretize, é necessário um deslocamento de papéis e funções dos atores envolvidos, para que se assumam e se reconheçam como sujeitos dos saberes e potenciais membros do corpo docente.

A relação pedagógica democrática é um processo que envolve: a formação dos sujeitos coletivos, a autoridade exercida como produto da relação pedagógica, a participação de professores e alunos nas decisões, nas concretizações dos objetivos comuns e na partilha da responsabilidade e a construção permanente da disciplina, que conduz à liberdade na medida em que garante a participação do sujeito coletivo em benefício do grupo. (SILVA, 2001, p.27).

De acordo com ALMEIDA (1999),

a análise relativa aos principais atores revela o predomínio de sujeitos do campo universitário, mas os serviços de saúde, a comunidade e as entidades profissionais também se fazem presentes. Todas as propostas, com maior ou menor grau de explicitação e aprofundamento, preconizam relações de parceria entre atores e sujeitos dos diversos campos. (p.34 )

Uma dificuldade é, segundo Feuerwerker (2002), que a Universidade, serviços e comunidades não são todos homogêneos, havendo grupos com interesses distintos, que exercem papéis variados.

Sem predisposição a um acordo, a parceria está fadada ao insucesso. Corre-se o risco de não se conseguir transformar os serviços de saúde em espaços que favorecem a aprendizagem, criando relações de dominação.

Para cumprir um papel transformador há que compreender “Cenários de Aprendizagem” como um conceito amplo, que diz respeito não somente ao local em que se realizam as práticas, mas aos sujeitos nelas envolvidos, à natureza e conteúdo do que se faz etc. Diz respeito, portanto, à incorporação e à inter-relação entre métodos didáticos pedagógicos, áreas de práticas e vivências, utilização de tecnologias e habilidades cognitivas e psicomotoras e que inclui, também, a valorização dos preceitos morais e éticos

orientadores de condutas individuais e coletivas. (REDE UNIDA, 2000).

É fundamental para a ação pedagógica eficiente que se criem relações horizontais de cooperação entre os alunos, docentes e comunidade.

A parceria UNICID-Mairiporã produziu vários projetos e ações:

- Projeto Colar da Vida: Os alunos da quarta etapa em parceria com o Instituto Se Toque, vinculado à Secretaria Estadual de Saúde, realizou, no ano de 2007, capacitação da rede municipal de educação sobre o câncer de mama.
- Projeto Catabagulho: alunos da segunda etapa juntamente com as equipes de Saúde e Secretaria Municipal de Obras e Secretaria Municipal de Meio Ambiente realizaram o projeto que abrangia orientação sobre a dengue e limpeza de caixa d'água. Foram distribuídos folhetos educativos e os moradores da comunidade foram estimulados a colocar na calçada objetos, móveis e entulhos para serem recolhidos pela Secretaria de Obras. Conjuntamente com o mutirão foram realizadas palestras educativas nas escolas municipais.

No mesmo ano, equipes de saúde da família, juntamente com alunos de vários semestres, realizaram mensalmente mutirões em áreas

estratégicas não abrangidas pelo Programa Saúde da Família, com o intuito de detectar, orientar e encaminhar pacientes que apresentam patologias.

No mutirão do Papanicolaou e HPV, a coleta de exames foi realizada em escolas municipais de bairros de difícil acesso, com palestras educativas sobre DST/AIDS, entre os anos de 2007 e 2008.

O ensino/aprendizagem mobilizam afetos e saberes, provocam indignação e raiva, mas também esperança e desejo de contribuir para a transformação do estabelecido. No convívio com a dinâmica e com trabalhadores e usuários, identificação de problemas, elaboração e implementação de projetos de intervenção e reflexão sobre a prática, os alunos tiveram a oportunidade de adquirir competências e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, para responder a problemas, com tais experiências.

Por essa razão, segundo Tennison (2003, p. 10), as parcerias precisam de alguns princípios básicos para manter os participantes unidos. Esses princípios devem ser trabalhados durante o processo de construção da parceria e aceitos por todos os parceiros. Os princípios-chave devem atuar como a “fundação” sobre a qual a parceria será erguida, mantendo todos os parceiros unidos ao longo do tempo.

### **3.3 Uma Avaliação de Parceria Ensino/serviço**

As Faculdades de Enfermagem, Farmácia, Medicina, Nutrição e Odontologia da Universidade Federal de Goiás realizaram, no final de 2008, a II Mostra da Parceria Ensino-Serviço-Comunidade da (II MOPESCO) com o propósito de identificar e divulgar as ações de parceria entre ensino, serviço e comunidade, atendendo aos princípios do Programa Nacional de Reorientação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), que busca orientar o profissional da saúde já em sua formação acadêmica para o fortalecimento do SUS. (UFG, 2008)

Segundo a organização do evento, as Faculdades estabeleceram uma agenda de trabalho orientada à formação para o SUS por meio da abertura de espaços para inovações, debates e reflexão, dentro dos princípios do Pró-Saúde.

Nos dois dias do evento foram realizadas rodas de conversa e mesas-redondas voltadas ao acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas. (UFG, 2008)

Visando ao desenvolvimento de estratégias de articulação entre o mundo do trabalho, da aprendizagem e da sociedade, a partir do reconhecimento dos avanços, das forças e fraquezas do atual modelo de atenção à saúde, foi realizada a Oficina sobre parceria academia-serviço-comunidade com a coordenação da professora Maria Jose Sanches Marin e mais nove colaboradores integrantes do projeto na Faculdade de Medicina de Marília, SP.

Tal reflexão teve como eixo central os princípios do SUS para pressupor a necessidade de inovação das práticas e da formação em saúde, envolvendo a participação social. (FANEMA, 2008)

Participaram do projeto 70 pessoas de variadas instituições que abordaram assuntos diversos, entre os quais, a integração ensino-serviço-comunidade na concretização dos princípios do SUS, as fortalezas e as fragilidades da integração ensino-serviço-comunidade, para definir estratégias, visando avançar na integração ensino-serviço-comunidade.

Como síntese das discussões foram apresentados os resultados:

Aprendizagem da academia com a equipe, formando profissionais mais críticos baseando-se na prática.

Assim os alunos podem comparar a teoria com a prática constantemente, diferente do modelo tradicional onde se vê a teoria nos quatro primeiros anos, para depois aplicá-la. Podem ter uma visão crítica tanto da realidade, quanto da teoria, propondo intervenções juntamente com a equipe de saúde local.

Outra fortaleza do paradigma levantada foi a de conhecimento do

território. Essa prática, comum no Programa Saúde da Família, leva o aluno a conhecer a área de atuação fora das Unidades de Saúde. Conhecendo as dificuldades locais, como de saneamento, moradia, dificuldade de acesso e infra estrutura, tornam-se mais humanos e sensíveis aos problemas da comunidade.

Essa sensibilização passa também pelos preceptores que tem de atuar com uma diversidade de cenários, diferentemente dos professores que atuam apenas no Campus Universitário.

Os pontos apontados como fragilidade mostram uma resistência dos profissionais da saúde que atuam nas Unidades de Saúde. Essa resistência pode ser reflexo de uma maior cobrança com a inserção dos alunos. Quando o médico atua em consultório com a observação do estagiário tende a demorar mais na consulta, assim como participar de discussões de casos. Os agentes comunitários, ao acompanhar os alunos em visitas domiciliares, também demoram mais, pois tem de esperar que completem a triagem

Ocorrem também insuficiência de políticas públicas voltadas para facilitar a inserção serviço-ensino comunidade,. Segundo o Conselho Nacional de Educação:

O Colegiado do Curso de Graduação em Medicina poderá autorizar, no máximo 25% da carga horária total estabelecida para esse estágio, a realização de treinamento supervisionado fora da unidade federativa, preferencialmente nos serviços do Sistema Único de Saúde.(Resolução

CNE/CES 4/2001)

As Universidades desde então buscam essas parcerias para os estágios no SUS. Não há até o momento políticas de incentivo a essas parcerias. A contrapartida é oferecida pelas instituições, os recursos muitas vezes não chegam onde ocorrem as reais necessidades e os governantes não tem conhecimento da legislação a respeito.

O relatório completo sobre as Fortalezas e fragilidades obtidas desse encontro estão em anexo.

## **CAPÍTULO 4 - O CURSO DE MEDICINA DA UNICID**

A Universidade Cidade de São Paulo teve seu curso de Medicina aprovado pela Portaria MEC nº 2.968, de 23 de outubro de 2002. O curso de Medicina veio coroar uma longa tradição da Universidade em cursos na área da saúde, iniciada na década de 80, com Enfermagem e Obstetrícia, Fisioterapia e Odontologia. O projeto pedagógico do curso foi baseado no PBL, Problem Based Learning, Aprendizagem Baseada em

Problemas. Um modelo didático com 30 anos de experiência, em cursos da área de saúde em países, como o Canadá, Estados Unidos e Holanda. A aprovação do curso coincidiu com o novo paradigma curricular. Assim o modelo pedagógico se viu pautado nas metodologias ativas.

As características principais do PBL são: o processo de aprendizagem centrado no estudante, a utilização de pequenos grupos de alunos para cada professor-tutor, a aprendizagem baseada nos problemas mais frequentes e relevantes a serem enfrentados na vida profissional, além das práticas vivenciadas pelos estudantes em laboratórios, ambulatórios, unidades de saúde da família e estágios hospitalares.

O curso de Medicina tem como objetivo principal oferecer conhecimentos sólidos na prática da saúde pública, bem como uma formação generalista.

A Política de Educação Permanente (PEP) é uma estratégia elaborada e implantada pelo Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, importante instrumento para promover mudanças no modelo de formação do Sistema Único de Saúde e impulsionar a integralidade da atenção à saúde, tendo como principal foco as necessidades dos usuários.

A PEP é descentralizada, ascendente, multiprofissional e transdisciplinar, contemplando diferentes saberes e fazeres buscando refletir as diversas práticas nos processos de trabalho e envolver todos os setores do chamado quadrilátero da saúde: usuários/controle social, profissionais de saúde, entidades formadoras e gestores do SUS.

No entanto, existem graus de liberdade no funcionamento e comportamento das instituições formadoras, já que elas estão também condicionadas pelos confrontos dinâmicos e dialéticos entre projetos político-ideológicos de grupos sociais . As escolas médicas, portanto, podem oscilar entre propostas e projetos transformadores ou reprodutores do modelo hegemônico, a depender do resultado das disputas que se estabeleçam em seu interior (que estão também relacionadas com forças externas como partidos políticos, entidades da corporação, movimentos sociais etc. (PAIM, 1994 p 67).

#### **4.1 Formação integral**

A proposta pedagógica do curso está pautada no entendimento de que o sujeito é agente ativo de seu próprio conhecimento, construindo significados e definindo sentidos e representações da realidade de acordo com suas experiências e vivências. Esse enfoque assume como eixo principal o pensamento crítico e produtivo e a atividade consciente e intencional do aluno na resolução dos problemas.

A estrutura é dinâmica, permitindo a inserção de atores com distintas funções, diferentes experiências e necessidades de formação, a construção de cenários que propiciem a reflexão permanente sobre suas práticas, visando ampliar as capacidades institucional e profissional de atenção, gestão, participação social e formação em sistemas locais de saúde, subsidiar as ações dos facilitadores no desafio de implementar, fortalecer e consolidar a proposta político-pedagógica da educação permanente em cada bairro da cidade. O facilitador escolhe seu próprio

percurso de aprendizagem a partir de suas motivações, vivências, necessidades e contexto profissional.

Feuerwerker e Lima (2002, p 171) afirmam:

Historicamente a relação entre a universidade (mundo da aprendizagem) e os serviços de saúde (mundo do trabalho) tem traduzido movimentos contraditórios de reprodução e de transformação da realidade social. Essas contradições variam entre dois extremos: formação de indivíduos adaptados ao mercado de trabalho e de sujeitos críticos, ativos, éticos, responsáveis, comprometidos com o direito das pessoas e, portanto, capazes de transformar a realidade.

## 4.2 O curso

De acordo com o currículo de grande parte das escolas de ensino superior do país, o atendimento efetivo ao paciente só ocorre no final do 5º ou 6º anos, quando os estudantes já atuam com um pouco mais de autonomia no hospital-escola.

O curso de Medicina dura em média seis anos e seu currículo é rigoroso e muito específico, com aproximadamente 70% de disciplinas

obrigatórias e 30% optativas. Em boa parte das escolas a grade curricular se divide em três ciclos: básico, que compreende o 1º e o 2º anos; clínico, que engloba o 3º e o 4º anos e o internato, 5º e o 6º anos.

Assim como em outras instituições, o aluno estuda nos dois primeiros anos matérias básicas, como Anatomia, Fisiologia e Bioquímica, que servirão de apoio para o aprendizado subsequente. Nas aulas de Anatomia, os alunos conhecem a estrutura e os aspectos do corpo humano.

As atividades ocorrem em sala de aula e nos laboratórios, onde acontecem as dissecações de partes de cadáveres. Durante as aulas o estudante põe literalmente a mão na massa, assistido e orientado pelos professores.

Nas aulas de Fisiologia, o aluno descobre como funcionam os sistemas do organismo, em aulas teóricas e práticas, em classe e nos laboratórios. As aulas de Bioquímica tratam das características e propriedades das células, dos processos metabólicos e sua relação com as doenças.

No quarto e no quinto ano do curso, o aluno fica interno em hospitais conveniados. Além da emergência, acompanha o atendimento das urgências em Pediatria, Ginecologia e Clínica Médica.

No último ano do Curso, pode decidir em qual especialidade quer atuar. Cada área médica requer uma residência (um período de treinamento e aprendizagem) de três ou mais anos.

A Residência Médica foi instituída no Brasil pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, e, segundo o Ministério da Educação, é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, funcionando em Instituições de Saúde, sob a orientação de médicos de elevada qualificação ética e profissional, sendo considerada o “padrão ouro” da especialização médica. Embora existam outros Cursos de Especialização Médica ministrados por instituições universitárias e que seguem as normas da Resolução CNE/CES nº 1, de 3 de abril de 2001, com programas idênticos ou superiores aos cursos de Residência Médica, os formandos dos cursos de especialização não terão validação ou equivalência ao título de Residência Médica, ficando esses profissionais impedidos de obter o registro de especialista junto aos CRMs e também não obtendo pontuação em concursos públicos, entre outras implicações. No entanto, não são impedidos de exercer a profissão.

Com o convênio entre a Associação Médica Brasileira (AMB), a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e o Conselho Federal de Medicina, celebrado em 2005, houve unificação na nomenclatura das especialidades médicas no País. Assim, os cursos de Residência Médica e os Cursos de Especialização serão reconhecidos pelo Conselho Regional de Medicina (CRM) com a mesma nomenclatura.

Desde 2004, o curso de Medicina da UNICID adota metodologias ativas de ensino-aprendizagem, entre as quais a Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL- Problem Based Learning) e a Problematização junto à comunidade, o que propicia novas bases para o atendimento do paciente. Comenta Machado (UNICID.br):

Uma das principais características desse modelo é o processo de ensino-aprendizagem centrada no aluno e a utilização de pequenos grupos que estudam problemas de saúde mais freqüentes e relevantes a serem enfrentados na vida profissional

Ainda sob a ótica do Prof José Lúcio, as práticas do curso vão das vivências nos domicílios, creches e centros comunitários às Unidades de Saúde da Família, ambulatórios especializados, hospitais comunitários e hospitais de alta complexidade.

Assim, desde o primeiro ano do curso, o aluno se vê frente a questões que possibilitam o raciocínio clínico e a tomada de decisões baseadas em evidências científicas.

A Convenção Mundial de Educação Superior da UNESCO, em 1998, recomenda uma formação responsável, cidadã e ética, a capacitação para a educação permanente e o conhecimento do método científico, com base em novas práticas pedagógicas que facilitem a aquisição de competências, habilidades e capacidade para trabalhar em grupos.

Formar profissionais com perfil adequado às necessidades sociais em qualquer área implica em desenvolver capacidades relacionadas a aprender, a trabalhar em equipe, a comunicar-se, a ter agilidade diante de situações-problema, a ter capacidade propositiva. Essas características não combinam com a formação tradicional e com a mera transmissão do conhecimento. Por isso a grande pressão para a superação do modelo, e para a adoção de metodologias que favoreçam o desenvolvimento do espírito crítico, da capacidade de reflexão, e a participação ativa dos estudantes na construção do conhecimento. (FEUERWERER, 2002, p 96).

O currículo médico tradicional era utilizado pelas escolas médicas brasileiras desde o início da sua implantação, baseado na divisão de disciplinas que não necessitam de integração entre si e com, a inserção do aluno em aulas práticas se dava após quatro anos.

Estudos comparativos indicam que alunos formados pela PBL retêm mais o conhecimento adquirido e as respostas para os problemas são seis vezes mais rápidas do que as dadas pelos estudantes tradicionais (Silva M V. em FAPERJ)

### **4.3 O PISCO (Programa de Integração Serviço Comunidade)**

A integração entre a academia e os serviços de saúde, visam a não dicotomia entre o individual e o grupal, o institucional e o social, o cognitivo e o afetivo. Com esse objetivo, o Programa de Integração Serviço Comunidade é a matéria do curso que insere o aluno desde o primeiro semestre na comunidade.

O Curso de Medicina da UNICID, implantado em março/2004, tem um projeto de formação médica ancorado no compromisso com a comunidade, o PISCO, que articula diferentes saberes e fazeres.

O objetivo é apresentar os dados da pesquisa do Programa da Iniciação Científica, visando à análise da impressão dos alunos sobre o PISCO, suas potencialidades e desafios, tendo como metodologia: a coleta dos registros escritos produzidos pelos alunos após as atividades.

O enfoque é qualitativo. Há uma análise das tarjetas apresentadas diariamente pelos alunos, onde as impressões sobre o trabalho efetuado são escritas e entregues aos preceptores. A avaliação mostra uma diversidade de olhares. O primeiro tema emergente refere-se à programação, vista como fonte de motivação, como comenta um aluno:

Hoje foi o primeiro contato com as famílias em suas casas e foi muito bom e enriquecedor. Essas visitas, e o PISCO, como um todo me faz refletir mais e redimensionar os meus problemas.

Semestralmente, ocorre a entrega de portfólios que resumem todas as tarefas e trabalhos desenvolvidos pelos alunos nas Unidades de Saúde, servindo como instrumento de avaliação tanto dos alunos, como do curso.

O objetivo do PISCO é formar profissionais capacitados para enfrentar as diversas realidades de saúde, mais críticos, problematizadores e comprometidos com a comunidade, no contexto do SUS.

O PISCO tem em seus objetivos ampliar o papel das Unidades Básicas de Saúde -UBS's - através da prática de exercício físico, recreação, e fomentar a participação da população na UBS, como meio de torná-la um local onde trabalhadores e comunidade possam se transformar, apontando para o autocuidado, responsabilidade pela saúde individual e sócio-ecológica (MENDES, 1996, p 23).

MENDES (1996) comenta que a estratégia de Promoção de Saúde é um elo entre as pessoas e o meio, enfatizando em determinados momentos a escolha pessoal com responsabilidade social. Segundo a autora, transita através de duas vertentes complementares, a educação para a saúde e as políticas sociais, dois eixos capazes de fazer um movimento de ações integradas e interativas por meio de instrumentos políticos, legislativos, fiscais e

administrativos, onde o conceito de saúde é apreendido como resultante do modo de vida das pessoas e de sua interação com o meio físico e social.

O caminhar para a Promoção da Saúde tem uma relação direta com o desenvolvimento da autonomia das pessoas, para que elas possam gerir o cuidado pela própria saúde, bem como exercer o controle de seus determinantes. Isso, de certa forma, apresenta-se como um desafio ao atual modelo de organização de assistência à saúde, que parece não agregar a população nas instâncias de programação, planejamento, avaliação e controle dos serviços.

Promoção da saúde é o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria a qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo. A plena condição de bem-estar depende de indivíduos que identifiquem as suas aspirações, buscando satisfazer as próprias necessidades, modificando o seu meio ambiente. Nesse sentido, entende-se que

as decisões políticas de outros setores têm uma contribuição crucial para a saúde; e que os ambientes físicos e sociais são importantes para o estabelecimento das condições de saúde e como parâmetros para o comportamento sanitário; que a comunidade pode e deve desempenhar um papel fundamental nas ações sanitárias; e que os serviços de saúde precisam ser reorientados (CARVALHO, 1996, p.117).

Segundo o Manual do PISCO , o projeto tem por objetivo colocar o aluno do curso de Medicina em contato com atividades de atenção na comunidade, desde o primeiro ano de estudo, fazendo conhecer uma

Unidade Básica de Saúde, observar como se desenvolve a rotina de uma Equipe de Saúde da Família e como está sendo estruturado o atendimento às necessidades da sua área de abrangência: interdisciplinar, juntamente com profissionais da rede pública de serviços de saúde e com a comunidade da área de referência.

No PISCO, o aluno adquire habilidades interpessoais que lhe possibilitam trabalhar em grupo e em equipe interdisciplinar e multiprofissional; conhecer e refletir sobre os principais problemas de saúde da comunidade; para que esta receba o atendimento a que tem direito.

Os alunos, uma vez por semana (4 horas semanais), desenvolvem trabalhos em uma Unidade de Saúde da Família (USF) estabelecendo contato com a realidade por meio de Visitas Domiciliares, onde acompanham o atendimento de serviços e atividades comunitárias.

Cabe aos professores supervisionar as atividades dos alunos nas USF e na comunidade; orientar a pesquisa bibliográfica; capacitar o grupo em seu desenvolvimento das habilidades interpessoais com a equipe multiprofissional, em uma atitude e visão crítica e criativa.

O aluno deve apresentar-se sempre de avental com o nome da UNICID, com roupa, calçado confortável e discreto, sem ostentação, reportando-se ao preceptor responsável.

O aluno será avaliado por meios quantitativos e qualitativos. Fará prova escrita e apresentação das atividades do grupo em plenária e portfólio.

O trabalho é dividido em oito etapas, para que tome conhecimento de cada fisiologia sintomática.

Assim, o aluno deve desenvolver visão humanista em seu processo de formação e atuação, onde ouvir, examinar, aconselhar, apoiar são recursos fundamentais para o diagnóstico .

O humanismo leva a ver o doente como um todo, a perceber o contexto da doença e do seu impacto na vida do indivíduo, compreender e ajudar; ao doente leva a confiar e respeitar o médico, a aceitar que nem todos os problemas têm resolução (pelo menos em tempo útil), que o "seu" médico tem mais doentes, mas, acima de tudo, também é homem, tem dias bons, dias maus, emoções, família, erros, alegrias e tristezas, amigos, sofrimento, doenças, dores, mágoas, férias, luxúria, contas a pagar, fins-de-semana, horário de trabalho, paixões, clube de futebol, partido político, ambições, cansaço.

Para melhor entendimento do PISCO descrevemos as atividades realizadas em 2007 nas sete Unidades Básicas de Saúde de São Paulo, da Coordenação Sudeste, Secretaria de Saúde do Município de São Paulo (Pari, Fazenda da Juta, Jardim Iva, Jardim dos Eucaliptos, Reunidas, Vila Nova York e Vila Renato) e em duas Unidades de Saúde da Família da Secretaria de Saúde do município de Mairiporã (Jardim Pinheiral e Jardim Fernão Dias).

As atividades seguiram o Manual do PISCO de 2007, sendo também realizadas atividades complementares-campanhas. No curso de Medicina da UNICID cada etapa corresponde a um semestre letivo.

### 1ª Etapa

- Inserção dos alunos na respectiva unidade de Saúde para compreensão do SUS, papel da UBS e equipe de saúde da família;
- Adoção dos alunos em dupla, por um agente comunitário;
- Reconhecimento do território da equipe;
- Realização de pelo menos duas visitas domiciliares a famílias;
- Reconhecimento dos equipamentos sociais da área de abrangência, como escolas, creches, asilos, serviços de saúde;
- Palestras em equipamentos sociais;
- Contato com lideranças comunitárias, conselho gestor local ou Conselho Municipal de Saúde;
- Levantamento geral dos problemas de saúde em conjunto com a equipe de saúde com estabelecimento de prioridades.

### 2ª etapa

- Retorno a famílias antigas;
- Acompanhamento do acolhimento dos usuários na UBS;
- Levantamento dos pacientes com hipertensão e diabetes de sua equipe;
- Visitas domiciliares a pacientes hipertensos e diabéticos;
- Acompanhamento à consulta médica /enfermagem de paciente hipertenso e diabético;

- Realização de grupos educativos/rodas de cultura junto a pacientes diabéticos e hipertensos, com informações sobre a doença, aferição de pressão arterial e glicosimetria em conjunto com equipe de saúde;
- Elaboração de propostas com a equipe de saúde para atenção ao paciente hipertenso e diabético.

### 3ª Etapa

- Retorno a famílias antigas;
- Acompanhamento do acolhimento de criança na unidade;
- Visita domiciliar a famílias com crianças em especial até 2 anos de idade;
- Acompanhamento de consulta médica /enfermagem com criança e sala de vacina;
- Realização de atividades em grupo com mães de crianças até dois anos, com temas de saúde da criança, com a equipe de saúde;
- Visita à creche com programação da realização de antropometria das crianças com aferição de peso, altura e inclusão no gráfico de crescimento e desenvolvimento e orientação para encaminhamento de crianças a UBS, se necessário;
- Visita a escola de primeiro grau, ou creche para aplicação do Teste de Acuidade Visual, utilizando a Tabela de Snellen.

### 4ª Etapa

- Retorno a famílias antigas;
- Levantamento e adoção de família com visita domiciliar a pacientes com câncer e discussão com equipe de saúde;
- Levantamento de gestantes da área com adoção e visitas domiciliares;

- Acompanhamento do acolhimento consulta médica/ enfermagem de gestantes e sala de vacinação;
- Orientação sobre a coleta do Exame de Papanicolaou com observação e realização do exame com auxiliar/enfermeiro da UBS, na rotina e campanha;
- Participação em grupos educativos/rodas de cultura sobre planejamento familiar, gestantes na UBS;
- Participação de grupos educativos sobre métodos anticoncepcionais, DST em escolas.

## 5ª Etapa

- Retorno a famílias antigas;
- Levantamento de pacientes com dor crônica;
- Visita domiciliária a pacientes com dor crônica e discussão com equipe;
- Levantamento dos casos de doenças de notificação compulsória na UBS;
- Visita à SABESP e Estação de Tratamento de Esgoto;
- Palestra sobre parasitoses, diarreia, na UBS, creche;
- Visita ao pensionato São Francisco de Assis em Guarulhos com pacientes hansenianos.

## 6ª Etapa

- Retorno a famílias antigas;
- Levantamento de pacientes com transtorno mental na área e eleição de caso para discussão em conjunto com a equipe de saúde;
- Visita domiciliária a paciente com transtorno mental, com realização de anamnese conforme previsto no roteiro do exame mental;
- Preparação de caso clínico pelo grupo de alunos;

- Apresentação do caso clínico aos alunos da etapa e discussão com prof. Sergio Gemigniani;
- Retorno à família do paciente para orientação, após a discussão com a equipe;
- Visita ao CAPS – Centro de Atenção Psicossocial;
- Levantamento de pacientes com Tuberculose/AIDS;
- Visita a pacientes com Tuberculose/AIDS.

## 7ª Etapa

- Retorno a famílias antigas;
- Levantamento de pacientes com distúrbios de locomoção e preensão, bem como com distúrbios sensoriais motores e da consciência para discussão de caso, eleição de pacientes a serem levados para discussão de caso;
- Visita domiciliar a família com paciente escolhido para discussão, com realização de anamnese, exame físico e levantamento de exames complementares já realizados pelo paciente.
- Preparação da discussão de caso pelos alunos;
- Apresentação do caso clínico aos alunos da etapa e discussão com os professores;
- Retorno à família do paciente para orientação após a discussão com a equipe de saúde.;
- Visita à Casa de Davi em Guarulhos, com pacientes portadores de deficiências.

## 8ª Etapa

- Resgate de pacientes visitados em etapas anteriores, com anamnese completa;

- Participação em dinâmica para resgate de atividades do Grupo Focal com 10 alunos e preceptores;
- Realização de projeto de intervenção junto à Unidade de Saúde, com participação da equipe.

## **CAPÍTULO 5 – O CAMPO DA PESQUISA**

### **5.1 A Cidade de Mairiporã**

Em sua evolução, a área de Mairiporã, inicialmente Juqueri, configurou-se à maneira de outros núcleos de povoamento ao redor da Vila de São Paulo, servindo como proteção desta e ponto de apoio às rotas de ligação com o sertão interior. O povoado surgiu em fins do século XVI ou meados do século XVII, em torno da Capela de Nossa Senhora do Desterro, erguida por Antonio de Souza Del Mundo. Ao redor da Capela, e funcionando como apoio elementar de serviço às atividades rurais, originalmente exclusivas na área, surgiu um núcleo dotado de interessante traçado e capacidade de adaptação ao sítio pouco favorável de sua implantação. Inseriu-se inicialmente na área de domínio administrativo de São Paulo e posteriormente de Guarulhos.

Em 1696, o povoado foi elevado à categoria de Vila de Nossa Senhora do Desterro de Juqueri, palavra tupi que designa uma planta leguminosa, conhecida também como dormideira. No ano de 1783, passou a ser paróquia; a capela transformou-se em igreja e passou por diversas modificações (1841 e 1982). A última reforma descaracterizou o antigo templo, conservando apenas a torre.

A Vila de Juqueri adentrou o século XVIII como fonte de produtos agrícolas para São Paulo, chegando a produzir algodão e vinho para exportação. Não prosperou como outras localidades inseridas nas

regiões das lavras de ouro e pedras preciosas, caracterizando-se como pouso de tropeiros que faziam o abastecimento das Gerais.

Em 1769, a Câmara paulistana determinou a abertura de uma estrada entre Juqueri e São Paulo. O "Caminho de Juqueri" transformou-se mais tarde na Estrada Velha de Bragança. Antes Distrito da Capital (1874 a 1880) e de Nossa Senhora da Conceição de Guarulhos (1881 a 1888), Juqueri passou a ser município por meio da Lei Provincial nº 67, de 27 de março de 1889. Um ano antes da emancipação, a São Paulo Railway (Estrada de Ferro Santos-Jundiaí) construiu a Estação do Juqueri. Em 1898, o Governo do Estado inaugurou o Hospital-colônia de Juqueri para doentes mentais, dirigido pelo médico Franco da Rocha.

A associação do nome de Juqueri ao hospital, causando confusão na entrega de correspondências e desconforto entre os juquerienses, criou um movimento para mudar o nome do município. Em 1948, o prefeito Bento de Oliveira solicitou à Assembléia Legislativa autorização para a mudança. Na ocasião, o deputado Ulisses Guimarães apoiou o pedido e pronunciou a célebre frase: "Juqueri, terra de loucos. Loucos por cidadania".

No dia 24 de dezembro daquele ano foi aprovada a Lei no 233, permitindo a mudança do nome do município. O nome Mairiporã, entre outros de origem tupi-guarani, foi sugerido pelo jornalista e poeta Araújo Jorge, significando cidade (mairi) bonita (porã). Assim, a cidade é conhecida como Aldeia Pitoresca.

Na década de 50, Mairiporã é marcada pela vinda da Companhia Cinematográfica Multi Filmes, dirigida pelo cineasta Mário Civelli. Hoje

ainda existem os barracões da companhia, onde foi rodado o primeiro filme colorido no Brasil.

Com a implantação da rodovia Fernão Dias, ligação de São Paulo para Minas Gerais, houve uma redescoberta e valorização intensa de Mairiporã, em razão dos atributos naturais da região para abrigar residências secundárias de alto padrão (lazer/recreio) e posteriormente para moradia fixa. O boom imobiliário ocorreu a partir do final da década de 70 e anos 80. A esse movimento contrapôs-se a Lei de Proteção dos Mananciais (leis estaduais nos 898/75 e 1.172/76), para preservação dos recursos hídricos responsáveis pelo abastecimento de grande parte da população metropolitana. Em 1992, a região da Cantareira foi reconhecida como Patrimônio da Humanidade pela UNESCO.

Fonte: Prefeitura Municipal de Mairiporã (2008)

Em 2000, Mairiporã apresentava a seguinte situação:

- Domicílios particulares permanentes em 2000:
- 16.121 domicílios particulares permanentes - com esgotamento sanitário:
  - Rede geral: 4.078
  - Domicílios particulares permanentes - forma de abastecimento de água rede geral: 8.865
  - Domicílios particulares permanentes - destino de lixo coletado
  - 14.263 hospitais em 2000: leitos hospitalares: 59
  - Unidades ambulatoriais: 03
  - Matrículas - ensino fundamental: 12.650
  - Matrículas - ensino médio: 3.472
  - Estabelecimentos de ensino fundamental: 55
  - Estabelecimentos de ensino médio: 7

- Atualmente o número de habitantes do município está em torno de 73 mil

#### Geografia

- Área total - 321,46km<sup>2</sup>• Localização Coordenadas geográficas: 23° 19' 12" latitude Sul; 46° 35' 18" longitude Oeste Gr.; extremo norte central da Região Metropolitana de São Paulo;
- Área total: 307 km<sup>2</sup>, dos quais 193 km<sup>2</sup> de área rural e 114 km<sup>2</sup> de área urbana;
- Perímetro com extensão total de 60 km, fazendo divisas com os municípios de Atibaia, Nazaré Paulista, Guarulhos, Bom Jesus dos Perdões, São Paulo, Franco da Rocha e Caieiras;
- Distância da Capital: 31 km do marco zero (Praça da Sé);
- Acesso rodoviário: Rodovia Fernão Dias (BR-381), ao sul para São Paulo e Guarulhos e ao norte para Atibaia, Bragança Paulista e Sul de Minas Gerais; SP-23 para Franco da Rocha; Estrada do Rio Acima para Nazaré Paulista; Estrada da Roseira, Estrada de Santa Inês e Estrada Velha São Paulo-Bragança (SP-8) para São Paulo.

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2008)

## 5.2- O Programa Saúde da Família de Mairiporã

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada.

As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e a manutenção da saúde da comunidade.

O Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). Seu principal propósito: reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família a fim de melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.

A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade de saúde da família ou no domicílio pelos agentes comunitários de saúde. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde.

Diante dos ótimos resultados já alcançados, o Ministério da Saúde está estimulando a ampliação do número de equipes de Saúde da Família no Brasil. E, para isso, é fundamental a mobilização das comunidades e dos prefeitos, pois só por intermédio deles as portas dos municípios se abrirão para a saúde entrar. (Ministério da Saúde, 2004)

O Programa de Saúde da Família tem uma lógica propositiva e vínculos bem determinados. Cada equipe é responsável por cerca de quatro mil pessoas.

Os agentes de saúde cadastram as famílias: nome, idade, condições de moradia, escolaridade, profissão, histórico de saúde, apontando a existência de enfermidades, como tuberculose, hanseníase, malária, hipertensão, diabetes, desnutrição, entre outras. As consultas são marcadas pelo agente, que, muitas vezes, acompanha a pessoa até o centro de saúde, controla a medicação dos doentes crônicos, dá orientações sobre dengue, leptospirose, higiene básica e outros cuidados com a saúde. As visitas domiciliares de médicos, enfermeiros e auxiliares são realizadas somente em situações especiais identificadas pelos agentes, como idosos em casos de abandono, com dificuldade motora, acamados e com feridas.

Mairiporã tem o privilégio de contar com o Programa de Saúde da Família especializado de múltiplo uso, que presta total assistência à população, da infância à terceira idade, no que se refere à saúde preventiva .

Atualmente, o Município conta com seis equipes de saúde da família, que dão atendimento a 30 mil pessoas, duas equipes de PACS (Programa Agente Comunitário de Saúde) e duas equipes de saúde bucal. A maioria das equipes estão implantadas em áreas rurais de difícil acesso e com precariedade sanitária, como mostra a Figura 1:

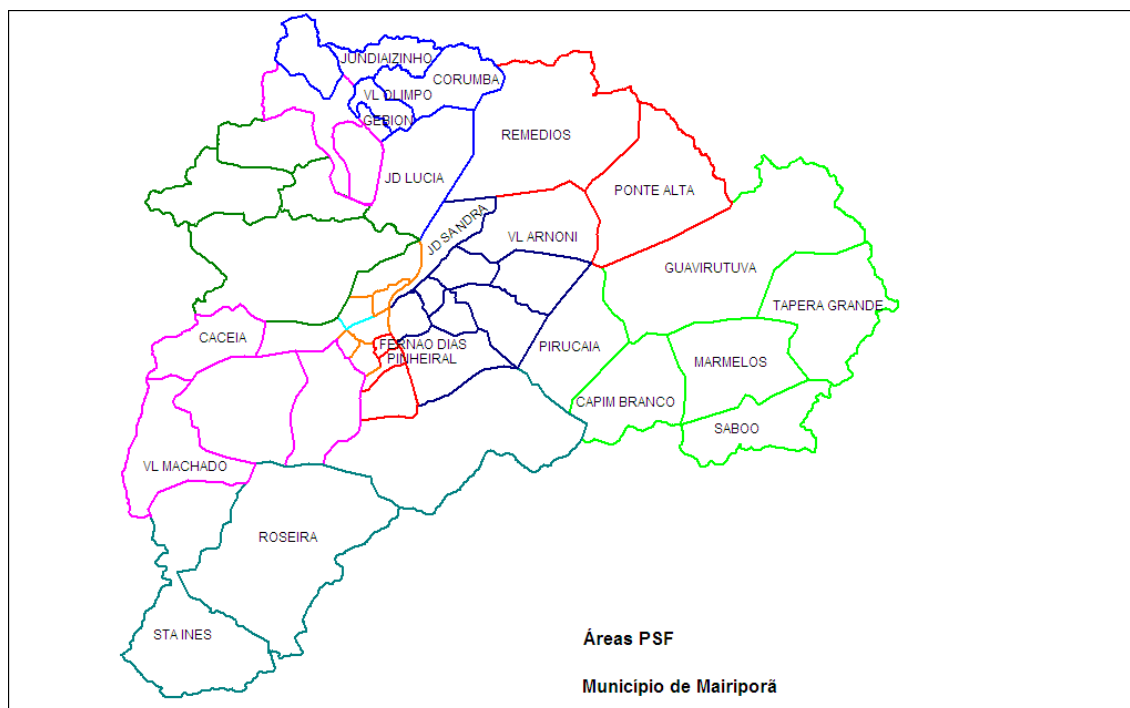


Figura Mapa Áreas PSF/ Município de Mairiporã – Secretaria da Saúde de Mairiporã, 2009.

O PSF não faz uma opção econômica pelo mais barato, nem técnica pela simplificação, nem política por qualquer forma de exclusão. A tecnologia é uma conquista que o setor da saúde entende como fundamental para o sistema, mas que vem sendo utilizada de forma excludente, deixando de fora boa parcela da população. O PSF não é uma peça isolada do sistema de saúde, mas um componente articulado com todos os níveis.

Pelo melhor conhecimento da clientela e pelo acompanhamento detido dos casos, o programa permite ordenar os encaminhamentos e racionalizar o uso da tecnologia e dos recursos terapêuticos mais caros. O PSF não isola a alta complexidade, mas a coloca articuladamente à disposição de todos.

O mapa mostra as áreas de cobertura do Programa, assim como as microáreas implantadas, sendo que outras áreas deverão ser implantadas.

O Programa dos Agentes Comunitários de Saúde permite a inversão da lógica anterior, que sempre privilegiou o tratamento da doença nos hospitais. Ao contrário, promove a saúde por meio de ações básicas, para evitar que as pessoas fiquem doentes.

Uma das principais estratégias do programa Saúde da Família é propor alianças, seja no interior do próprio sistema de saúde, seja nas áreas de saneamento, educação, cultura, transporte, e promover ações intersetoriais, estabelecendo parcerias com organizações formais e informais da comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas.

Por ser um projeto estruturante, deve provocar uma transformação interna do sistema, com vistas à reorganização das ações e serviços de saúde. Essa mudança implica a ruptura da dicotomia entre as ações de saúde pública e a atenção médica individual, bem como entre as práticas educativas e assistenciais.

Do ponto de vista político, esse programa não é um projeto de um gestor, nem mesmo de um governo. Desenvolvido nos três níveis de gestão, sua importância é associada ao impacto identificado no desenvolvimento atual da proposta, pelos administradores setoriais e pela própria população, o que possibilita sua perenidade, garantindo o permanente avanço na melhoria do modelo de atenção à saúde. Assim o programa é de responsabilidade das três esferas governamentais. Cabendo ao Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais

de Saúde a co-responsabilidade tanto na gestão, quanto do financiamento.

A relativa novidade do modelo ainda não permite um amplo estudo de índices de impacto das ações no quadro sanitário nacional.

Segundo informações do Ministério da Saúde e Departamento de Atenção Básica DAB, já existem, entretanto, muitos indicadores qualitativos, medidos em pesquisas de satisfação dos usuários e quantitativos, como o de índices de coberturas vacinais, aleitamento materno e mortalidade infantil, que permitem inferir as vantagens da presente proposta. (Departamento de Atenção Básica - DAB, 2009)

### **5.3 – Coleta e análise dos dados**

Foi aplicado um questionário semi-estruturado aos 12 alunos do oitavo semestre do curso de Medicina, que estiveram em contato com a comunidade e equipes de saúde por oito semestres, sem que ocorressem mudanças no grupo, e às Equipes de Saúde da Família Jardim Fernão Dias e Jardim Pinheiral, que estavam em contato com os alunos desde a implantação do PISCO no Município.

Foram entrevistados dois médicos, dois enfermeiros, dois auxiliares de enfermagem, um dentista, um auxiliar de Odontologia, duas recepcionistas e 12 agentes comunitários de saúde.

A metodologia utilizada nesta pesquisa pode ser classificada como exploratória, porque tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses.

Segundo Gil (1991, p. 45), embora o planejamento da pesquisa exploratória seja bastante flexível, na maioria dos casos, assume a forma de pesquisa bibliográfica ou de estudo de caso.

De acordo com Vergara (2004, p.60),

a pesquisa bibliográfica é um excelente meio de formação científica quando realizada independentemente ou como parte da pesquisa empírica e que segundo Vergara (2004, p.48), fornece instrumental analítico para qualquer outro tipo de pesquisa, mas pode esgotar-se em si mesma.

A pesquisa básica é considerada a forma mais acadêmica de pesquisa, visto que seu principal objetivo é contribuir para o conhecimento em geral, ao invés de resolver um problema específico para de organização.

Para Chizzotti (1991),

a pesquisa científica caracteriza-se pelo esforço sistemático de usando-se critérios claros, explícitos e estruturados, com teoria, método e linguagem adequados- explicar ou compreender os dados encontrados e,

eventualmente, orientar a natureza ou as atividades humanas. (p. 23).

Sendo de natureza qualitativa, esta pesquisa, na linha de Bardin (1977), Moreira (1997) e outros, tem como características a subjetividade, a informalidade, a experiência individual, questões mais amplas. Para compreensão do fenômeno, a abordagem qualitativa não exige muitas questões, entrevistas e questionários. O pesquisador participa, analisa, interpreta. Os resultados são genéricos, não projetáveis. O entrevistado é que determina o ritmo da abordagem. O roteiro é aberto e indireto e o tratamento dos dados não é estatístico, mas sujeito a vieses e valores, a verdade é relativa e a visão de mundo é antropológica .

#### 5. 4 Percepção dos Alunos

Os discursos indicam que a parceria é importante na formação médica. Os alunos não colocam as habilidades médicas como a prioridade nesse momento. O vínculo com o paciente, o conhecimento da comunidade e o contato com a realidade foram os aspectos relatados.

O PISCO é importante para conhecer os métodos utilizados pelos profissionais da saúde para estabelecer um vínculo com diferentes tipos de pessoas /culturas sociais.  
(E1)

É importante, pois é o primeiro contato e nos ensina a relação médico-paciente.(E4)

A inserção precoce é vista como positiva por todos os sujeitos e o foco da importância foi a relação estabelecida e os vínculos formados.

Quanto ao conhecimento do Programa Saúde da Família com a inserção na USF, os alunos responderam que tiveram uma visão do funcionamento do programa. Há certa divergência quanto às atividades propostas, acreditando-se que, na maioria das vezes, é satisfatória, mas, muitas vezes, abaixo das expectativas.

Essa divergência pode ser atribuída ao fato de os serviços das USFs não estarem totalmente vinculados com o conteúdo programático do curso. Nem sempre na etapa em que se contempla o estudo da Saúde da Mulher, o aluno tem acesso a exames, como papanicolau ou atendimento às gestantes. Apesar do planejamento, a vinculação das atividades depende de fatores, como o horário do médico, a demanda de pacientes e o calendário escolar.

A Unidade de atividade do PISCO é a grande responsável pela quantidade e qualidade das atividades a serem realizadas, dentro das possibilidades da UBS podemos sim obter aprendizagem. (E2)

Os relatos parecem confirmar que é possível, e útil, que os graduandos em Medicina sejam estimulados a participar, desde o início de sua formação, na comunidade.

Há necessidade de redefinir referenciais e relações com diferentes segmentos da sociedade no sentido da

universidade construir um novo lugar social, mais relevante e comprometido com a superação das desigualdades. No campo da Saúde, é indispensável que a produção de conhecimento, formação profissional e prestação de serviços sejam tomados como indissociáveis de uma nova prática (FEUERWERKER, 2003, p.25)

Parece que há um desconhecimento das nomenclaturas dos Programas de Saúde, como quando oito dos doze alunos questionados usam a sigla UBS, que significa Unidade Básica de Saúde, que não opera de acordo com as diretrizes da USF Unidade de Saúde da Família na qual estão inseridos. Assim, demonstram não entendimento do funcionamento da atenção primária de saúde.

Dilemas foram apontados quanto aos papéis de cada ator no processo de aprendizagem, como atribuir à unidade de saúde a responsabilidade pelo oferecimento de atividades relacionadas com as necessidades de aprendizado de cada etapa. Houve descontentamento de alguns alunos quanto à variedade de atividades propostas.

As Unidades de Saúde não cumprem seu papel e nem sempre a gente pode fazer o que a gente precisa. O conteúdo dos módulos as vezes não são vistos nas Unidades. (E1)

Quanto ao tempo de duração do estágio, alguns o consideram suficiente e outros, excessivo.

Nosso estágio é até muito longo, acredito que se essa atividade durasse até a quinta etapa, o estágio seria

melhor aproveitado, já que a partir dessa etapa contribui pouco para a aprendizagem.(E.7)

A insatisfação talvez se deva ao fato de na quinta etapa iniciarem o estágio no ambulatório de especialidades, onde o contato passa a ser mais específico no que se refere à doença, diagnóstico e tratamento.

Ainda segundo FEUERWERKER, (2003, p.65). Um importante desafio no processo de transformação dos cursos superiores na área da saúde refere-se à incorporação da concepção ampliada de saúde e a ênfase na integralidade e no cuidado no processo de formação profissional, bem como a aprendizagem para o trabalho em equipe multiprofissional e a discussão sobre os condicionantes trazidos pelos planos e projetos educacionais e assistenciais

Os alunos referiram diferente visão do trabalho em equipe após o estágio.

Acredito que o PISCO fez com que eu ficasse mais humano com relação ao paciente e a trabalhar em equipe (E.6)

O PSF faz a gente entender que não é só o médico que é importante na equipe, todos temos de trabalhar juntos (E.7)

Houve unanimidade quanto à importância da troca de experiências com as Equipes de Saúde da Família.

Todos os alunos acreditam que, após ingressarem no PISCO, a forma de atendimento foi alterada, com a dinâmica do Programa Saúde da Família.

A forma de obter o cadastro do paciente, colher a história, manter o vínculo com as famílias, ou, aprendemos a ver o paciente como um todo (biopsicossocial (E.4)

Questionados quanto à melhoria na qualidade de vida da população atendida, após a inserção dos alunos na comunidade, houve divergências de opiniões:

Acho que a qualidade de vida foi pouco alterada com a nossa atividade, uma vez que nós não temos a capacidade de colocar em prática ações com intervenções na população. (E.10)

Sim. Pois a faculdade possibilitou o uso de estudantes nas visitas domiciliares identificando problemas. (E.6)

Quanto às propostas de mudanças no PISCO, os alunos apontaram três pontos:

Duração: o estágio deveria durar até a quinta etapa, pois, nesse período, os alunos têm acesso aos ambulatórios, o que desmotiva a ida para a atenção primária.

Conteúdo: poderia estar mais relacionado aos conteúdos teóricos desenvolvidos na Universidade.

Tentaria tornar as ações menos pontuais e mais integradas com o conteúdo do módulo e de habilidades.  
(E. 2)

Às vezes passamos um semestre sem grandes atividades, pois a unidade não possui o serviço que deveria ser estudado pela proposta da faculdade. (E.3)

Elaboraria melhor a etapa de acordo com a disponibilidade da unidade. (E.10)

Observam-se duas posições no mesmo grupo. Um aluno responsabiliza o serviço de saúde pelo não oferecimento das atividades e outro responsabiliza a Universidade, o que demonstra desconhecimento das propostas e não participação no planejamento das atividades.

Avaliação: para alguns, as provas não são coerentes com as atividades desenvolvidas.

As provas não são avaliações coerentes, pois não abordam o conteúdo abordado em cada unidade já que cada unidade é única. (E 3)

A crítica está relacionada com a padronização da prova escrita aplicada a todos os alunos da etapa, não prevendo as singularidades das unidades rurais, mistas, na Capital e em centros urbanos. Algumas unidades favorecem mais o aprendizado do que outras.

### **5.5 Percepção das Equipes de Saúde da Família**

Os profissionais, quando questionados, foram unânimes em dizer que a inserção da universidade alterou a rotina das unidades. O planejamento passou a contemplar as atividades da universidade, para que houvesse a inserção dos alunos.

Com a parceria a unidade passou a apresentar maior agilidade no que se refere ao fluxo dos pacientes. As visitas domiciliares, um dos quesitos da mudança, passaram a ser menos numerosas e mais longas.

Tiveram alterações nas visitas, ficamos mais tempo em cada casa para eles poderem fazer a pesquisa e se enturmar com cada família e criar elos. (P. 4))

Todos os profissionais questionados relataram o aumento das ações do PSF na comunidade com a parceria, como o projeto nas escolas, grupo de pacientes obesos e curso para gestantes.

Quanto à adesão dos usuários aos programas educativos, acreditam que a participação da Universidade não exerce influência, mas que a comunidade tem maior participação, após o início da parceria.

Acreditam também que ocorreu conscientização maior da população sobre as ações das equipes com a vinda dos alunos, assim como alteração no atendimento às necessidades e demandas.

A partir do momento em que a comunidade é bem informada, passa a entender melhor e conhecer o trabalho das equipes. (P4))

Alguns exames que a faculdade traz para ser feito que o SUS não oferece. (P5)

A troca de experiências entre os alunos e a equipe foi citada como positiva, assim como a integração, devido ao planejamento das atividades ser feito mensalmente pelos preceptores e enfermeiros das equipes.

A articulação entre as Instituições de Ensino Superior e o servidor público de Saúde potencializa respostas às necessidades concretas da população brasileira, mediante a formação de recursos humanos, a

produção do conhecimento e a prestação dos serviços com vistas ao fortalecimento do SUS (PRÓ-SAÚDE 2007)

Tanto as equipes de saúde, quanto os alunos apontam falta de comunicação de todos os atores, como no planejamento, que é feito sem a participação dos alunos e representantes da comunidade.

Com isso, os alunos não conseguem perceber as reais dificuldades encontradas na oferta de serviços pelas USFs e os usuários do serviço não têm a informação da importância da parceria para a qualidade no atendimento.

Segundo Catelli (2001 p 13), o processo de gestão envolve planejamento, execução, controle e ações corretivas, direcionando as pessoas e recursos para agregar valor aos produtos e serviços e assim obter resultados. Para o processo de gestão se concretizar eficientemente, faz-se necessário não apenas o empenho do gestor, mas de todos os indivíduos envolvidos..

Muitas vezes, os agentes comunitários de saúde externaram o sentimento de dominação, desrespeito a horários e faltas dos alunos, sem aviso prévio. Há também queixas dos alunos quanto à disponibilidade e empatia com os agentes comunitários.

A distribuição dos alunos que estão no 1º Semestre para acompanharem o agente comunitário de saúde é feita previamente sem a participação dos envolvidos, sem levar em conta o perfil dos alunos ou profissionais.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O trabalho mostra a importância da parceria na formação médica com a reformulação do currículo e a inserção dos alunos na comunidade desde o 1º ano.

O conhecimento das demandas e da população assistida é um ponto positivo, assim como a sensibilização dos alunos para o trabalho em equipe.

A gestão da escola médica aperfeiçoa-se, porque novos sujeitos abraçam as funções de coordenação com disposição, aprimorando a elaboração, a discussão e a aprovação de projetos de cursos médicos e suas regulamentações.

É necessário adequar as parcerias do ensino médico com o instituto público, o que faz parte do processo constante de superação que ocorre em todo organismo social, vivo e dinâmico.

Para o sucesso é preciso a formação de novas lideranças, habilitadas na gestão de mudanças por parte de professores e estudantes. Responsabilidade, compromisso e transparência podem fazer a diferença e facilitar a gestão, que precisa deixar de ser um terreno de disputas e conflitos diários, com situações estressantes, para que cada um tenha noção dos seus limites e potencialidades.

Ao contrário do que se imaginava na década de 1990, a maioria dos dirigentes e professores das escolas médicas têm ciência da complexidade desses processos e da importância de políticas públicas empenhadas em mudanças com sustentabilidade. A sociedade já percebeu que a fragmentação da medicina em especialidades, subespecialidades e ultraespecialidades trouxe um grande avanço técnico, porém, deixou um vazio a ser preenchido, que é o daquele profissional mais próximo a quem recorrer em busca de orientação; daquele médico que conversa com o paciente, que o examina por inteiro, que o trata como pessoa, que não se comporta como um técnico atrás de suas máquinas.

Na década de 60, o modelo norte-americano, difundido na América Latina, através de organismos internacionais, como a Organização Pan-americana da Saúde, introduziu a "mentalidade preventivista" e a medicina comunitária.

Assim, o estudante de medicina deve resgatar a figura humana do médico do passado, do médico de família, do médico a quem se devota amizade e em quem se pode confiar, capaz de resolver a maioria das ocorrências banais e, ao mesmo tempo, reconhecer as situações que exigem investigação mais aprofundada e a colaboração de outros especialistas.

Em contrapartida, ele deverá ser visto como médico de maior cultura geral, com visão ampla da medicina. Seu trabalho deve ser reconhecido como fundamental na organização de qualquer sistema de saúde. O principal aparelho de que irá dispor para o exercício da medicina é sua inteligência, competência e humanidade.

Nesse sentido, o recurso a parcerias é fundamental, pois, através dos estágios realizados nas escolas e Unidades de Saúde, o aluno da Educação Médica pode entrar em contato com a realidade das especialidades médicas, obtendo uma visão geral sobre as necessidades de cada indivíduo em relação às doenças.

Apesar de todos os esforços, ainda enfrentamos dificuldades dentro das Unidades de Saúde, pois não há integração entre o projeto e as pessoas envolvidas. Muitas vezes, os profissionais de saúde queixam-se de que o serviço e a comunidade são um “laboratório” a ser usado pelos acadêmicos.

Um dos princípios básicos do SUS, a equidade, é dar importância igual a todos, reconhecer e valorizar todas as contribuições, independente da importância mensurável da participação. Assim, a perda de autonomia, que é inerente a qualquer parceria, poderia ser minimizada.

Os alunos entendem que com a inserção na comunidade tornam-se mais humanos, melhorando a relação médico-paciente, porém, contraditoriamente, mostram desinteresse na continuidade do estágio com o ingresso nos ambulatórios, o que pode significar uma valorização maior do modelo ambulatorial, especialista e fragmentado. É fundamental que aluno entre em contato com doentes e pessoas que necessitam de ajuda, para se tornarem profissionais éticos e responsáveis com seu diagnóstico, compreendendo e assumindo o que fazem.

Desde os tempos de Hipócrates, o objetivo central da Medicina é tratar o doente com humanidade, respeitando o ser, o sentir e o agir, a

fim de tranquilizar aquele que sofre, que sente dor e que procura confiar em alguém que possa ajudá-lo.

O planejamento semestral feito apenas pelos preceptores e gerentes da unidade causa desconforto tanto aos profissionais de saúde assim como aos alunos.

O esforço para adequar-se às propostas da universidade de acordo com cada etapa passa por vieses que, muitas vezes, fogem ao controle, causando frustração. Tanto os alunos, como os agentes comunitários de saúde mostram desconhecimento do processo, o que os leva a uma atitude de intransigência..

Se todos os atores participassem do processo decisório e do planejamento de cada etapa, percebendo a importância do trabalho em conjunto, visando não só à aprendizagem, mas às relações intrínsecas da parceria, onde todos se reconhecessem como parte integrante do sistema de saúde, os resultados poderiam ser mais efetivos.

O foco de cada grupo envolvido não atinge um objetivo comum. Para os alunos a aprendizagem prática é a mola propulsora da parceria, para o município a contrapartida em recursos, cursos e referência, as equipes não conseguem apontar esse objetivo. Os pacientes são beneficiados nesse processo mesmo sem participação nos processos decisórios.

Assim, percebe-se que não há um sujeito coletivo quando do início da parceria. Havia uma necessidade da Universidade de adequação as novas diretrizes e um interesse no município em receber

alunos de medicina. A comunidade e as equipes de saúde não foram e ainda não são consultadas ou informadas dos objetivos da parceria. Sem a relação de democracia, sem o compartilhamento de responsabilidades, sem o empoderamento de todos não há como florescer um sujeito coletivo.

Os estudos apontam para uma integralidade no atendimento em saúde e na formação médica. O paciente passa a ser visto como um todo, um ser biopsicossocial. O PISCO, ao tentar aliar a prática nas Unidades de Saúde às matérias ensinadas nos módulos de tutoria e habilidades, pode fragmentar o aprendizado e o aluno, tendo objetivos delimitados por módulo, pode perder a visão do todo, que é a comunidade a ser atendida.

Quando a Universidade impõe que o serviço programe suas atividades de acordo com seu currículo, pode causar certa resistência e descontentamento em ambas as partes, pois, muitas vezes, a Unidade de Saúde não tem capacidade técnica de adequação e, como nem todos os participantes têm o conhecimento do processo, podem ocorrer, por vezes, frustração.

Quanto aos objetivos, a parceria ensino/serviço pode ser positiva, desde que seja estabelecida uma relação dinâmica. No caso estudado, a parceria oferece aos acadêmicos auxílio na formação médica, para cumprimento das novas diretrizes curriculares. O contato precoce facilita a formação generalista, inserindo o aluno na realidade de saúde do País, assim como colabora na qualidade de vida dos pacientes com a inserção dos alunos na comunidade.

O impacto causado pela presença dos alunos no município aponta para uma melhoria na qualidade de vida da população atendida. Essa melhoria se deve ao aumento das ações do PSF, com os grupos de educação comunitária, tanto nas USFs como nas escolas das áreas adscritas. Assim, os alunos atuam como sujeitos de mudanças na saúde coletiva do município quando passam a informar e prevenir sobre doenças e seus agravos.

Outro ponto a ser repensado é no que diz respeito a avaliação. Há uma queixa dos alunos quanto à avaliação semestral. É feita com questões de múltipla escolha com foco nos conteúdos teóricos abordados no semestre. Sendo a Aprendizagem Baseada em Problemas uma metodologia inovadora, a avaliação que não prevê as diversidades de população e até mesmo a singularidade das áreas físicas de cada USF pode não estar adequada a realidade.

A Universidade deve repensar a parceria e o acompanhamento, aprimorar o portfólio para que os alunos contem suas experiências e dificuldades. Mais estudos devem ser realizados com o intuito de mensurar o real benefício ofertado à comunidade de Mairiporã por meio dessa parceria.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Marcio José de. **Gestão da escola médica: crítica e autocrítica**. Revista brasileira Educação Médica [online]. 2008, vol.32, n.2,
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições70, 1994.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988.
- BUSS, P.M. **Promoção da Saúde e Saúde Pública**. ENSP, Rio de Janeiro, 1998. Rev Ciência e Saúde Coletiva 2000; p. 163-77.
- CAMPOS, G.W.S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1991.175 p.
- CAMPOS, G.W.S. **Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- CARVALHO, A.I. **Da saúde pública às políticas saudáveis**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.104-121, 1996.
- CARVALHO, Gilson **A inconstitucional administração pos constitucional do SUS através de normas operacionais**. Revista Ciencia e saúde coletiva, rio de janeiro v6.
- CATELLI, A. **Controladoria: uma abordagem da gestão econômica - Gecon**. São Paulo: Atlas,2001.
- CECÍLIO, L.C. de O. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. Cap. 1, p.29-87.
- CHIZZOTT, A , **Pesquisa em ciências humanas e sociais**, São Paulo cortes 1991.
- COLLIS, J. e HUSSEY, R. **Pesquisa em Administração: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação**. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2007.
- .
- COOPER, D. R.; SCHINDLER, P. S. **Métodos de pesquisa em administração**. São Paulo: Bookman, 2003.

COSTA, H . **Plano Nacional de Saúde** Editorial Revista brasileira de Saúde da Família Brasília ano 5 abril 2004.

**Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI: Visão e Ação** – 1998 disponível em <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/DireitoEduca%C3%A7%C3%A3o/declaracao-mundial-sobre-educacao-superior-no-seculo-xvisao-e-acao.html> Acesso 01/02/2009 às 23h00

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; **Mudanças na educação médica: os casos de Londrina e Marília** Tese (doutorado em saúde) UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOÍAS – UFG (2002).

\_\_\_\_\_ **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil** – Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Universidade de São Paulo São Paulo (1997)

\_\_\_\_\_ **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados.** 1.ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2002.

\_\_\_\_\_ **Cinco caminhos para não abrir espaços de transformação do ensino médico.** Rev. Bras. Educ. Méd., v.23, 1999.

FEUERWERKER, L. C. M e LIMA, V.V. **Os Paradigmas da Atenção à Saúde e da Formação de Recursos Humanos.** In BRASIL. Ministério da Saúde. Política de recursos humanos em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

FLEXNER, A. **Medical Education in the United States and Canada.** A Report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching. New York, 1910.

FREIRE, Paulo **Política e Educação.** São Paulo Editora Cortez 1993

FUNDAÇÃO KELLOGG. **Evaluación del Cluster UNI 1:** informe del 3er. período. Buenos Aires, 1997b.

GARCIA, Rosana Aparecida: **Parcerias entre Instituições de Ensino e Serviços de Saúde do Distrito Sudoeste de Campinas** Dissertação (Mestrado em saúde) UNIVERSIDADE DE CAMPINAS- UNICAMP (2009).

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1991.

GIL, A.C **Estudo de Casos: Fundamentação Científica, Subsídios Para Coleta e Análise de Dados e Como Redigir o Relatório** Ed Atlas 2009.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO Hospital do Servidor Público Estadual assina parceria com Unid  
<<http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/lenoticia.php?id=87754>>  
Acesso em 24/05/09 às 13h50.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) 2005 disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/> Acesso em 28/10/2008 às 17h40.

KISIL, Marcos **Uma estratégia para a Reforma sanitária: a Iniciativa UNI. Divulgação em Saúde para debate**, 1996. Disponível em [www.mairipora.sp.gov.br/historiaecultura.asp](http://www.mairipora.sp.gov.br/historiaecultura.asp) acesso em 23/01/2009 às 12:30h.

LAMPERT, Jadete. (2002) **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**. Tipologia de escolas. HUCITEC-ABEM, Rio de Janeiro 2002.

LORANGE, Peter et al. **Alianças Estratégicas: Formação, implementação e evolução**. São Paulo: Atlas, 1996.

MARSIGLIA, R. M. G. **Os Dez Anos de Integração Docente Assistencial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1995.

MEIRELES, Hely Lopes **Direito Administrativo Brasileiro** São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1996.

MENDES, Ev. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO; RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 4 Institui **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina** Brasília, 2001

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO **PARECER Nº: CNE/CES 1.133/2001**.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de**

**Created by eDocPrinter PDF Pro!!**

**Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição.** Disponível em:

<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/113301EnfMedNutr.pdf>

Acesso em: 05 jan. 09.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES 4/2001.** Diário Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001

MINISTÉRIO DA SAÚDE **Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS** –2004 disponível em

[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf)

Acesso em 18/03/2009 às 18h50

MINISTÉRIO DA SAÚDE **Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata,** URSS, 6-12 de setembro de 1978

Disponível em <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf> Acesso em 08/03/2009 às 21h30

MINISTÉRIO DA SAÚDE **Princípios e diretrizes para NOB/RH-SUS.** Brasília, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE **Diretrizes Para a Organização da 11ª Conferência Nacional de Saúde 1999.** Disponível em <http://www.rebidia.org.br/novida/11conferencia.html> último Acesso em 30/09/2009 às 14h00

MINISTÉRIO DA SAÚDE **Portaria Interministerial Nº610,** de 26 de Março de 2002. Institui o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas

MINISTÉRIO DA SAÚDE **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços complementares de saúde e dá outras providências. Disponível em [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm) Acesso em 29/05/2008 às 19h40

MINISTÉRIO DA SAÚDE **SUS de a a z 2008** disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus\\_3edicao\\_completo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf) Acesso em 12/07/2009 às 14h30

MOREIRA, D. A. (org.) **Didática do Ensino Superior, técnica e tendência.** São Paulo: Pioneira, 1997

MOUST, JHC, Van Berkel, HJM, Schmidt, HG. **Signs of erosion: reflections on three decades of problem-based learning at Maastricht University**. Higher Education 2005.

NOLETO, Marlova J. **Parcerias e Alianças Estratégicas: Uma Abordagem Prática**. São Paulo: Instituto Fonte, 2000.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS **Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais** 24 de janeiro de 1992 disponível em [http://www.aids.gov.br/legislacao/vol1\\_3.htm](http://www.aids.gov.br/legislacao/vol1_3.htm) Acesso em 20/08/2008 às 20h45

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial de Saúde** julho de 1943. Disponível em [www. Hwo.int](http://www.hwo.int). último acesso em 22/02/2009 em 13:45

PAIM, J. S. **Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos**. São Paulo: AdSaúde, 1994. (Série Temática 1, Faculdade de Saúde Pública/USP).

PILATI, José Isaac. **O processo administrativo sanitário na federação brasileira**. Dissertação (Mestrado em Direito) Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC Florianópolis, 1989. SILVA, A. C. R.. Metodologia da Pesquisa aplicada à Contabilidade: orientações de estudos, projetos, relatórios, monografias, dissertações, teses. São Paulo: Atlas, 2003.

PISCO **Manual** do, UNICID 2008

QUEIROZ, M,S. **Padrão de política estatal em saúde e o sistema de saúde no Brasil**. Revista de Saúde Pública – São Paulo v.26 1992

REDE UNIDA **Oficina de integração de ações**. Brasília 2008

SILVA,J,M **Educação Comunitária Estudos e Propostas**. Ed SENAC 1996.

\_\_\_\_\_ **Os Educadores e o Cotidiano Escolar**  
Papirus 2000

TENNYSON, Ross **Manual e ferramentas para a construção de Parcerias** 2003 Disponível em [www.famema.br](http://www.famema.br) Acesso em 05/08/2009 às 20h40.

UNIVERSIDADE CIDADE DE SÃO PAULO Entrevista Prof José Lúcio Machado Disponível em [www.unicid.br](http://www.unicid.br) com acesso em 14/06/2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS Faculdades parceiras realizam Mostra da Parceria Ensino -Serviço-Comunidade da UFG. Disponível em <http://www.ufg.br> com acesso em 05/08/2009 às 15h36.

VALARELLI, Leandro Lamas. **Noções Gerais**. [www.rits.org.br](http://www.rits.org.br) in SEBRAE caderno parcerias

VERGARA, S. C. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2004

VERÔNICA,S,A **Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde**. Revista Brasileira de Educação Médica 2008 Vol 4

WERNECK, C. **Sociedade inclusiva. Quem cabe no seu .Todos?** 2ª. ed. Rio de Janeiro: WVA, 2002

WORLD HEALTH ASSOCIATION. **Ottawa charter for health promotion**.In: AN INTERNATIONAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION. Ottawa, 1986.

.WORLD HEALTH ORGANIZATION, **Men, ageing and health**. Disponível <[http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_NMH\\_NPH\\_01.2.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NMH_NPH_01.2.pdf)>. Acesso em 22/05/09 às 14h30.

## **ANEXO I**

### **Fortalezas**

Aprendizagem da academia com a equipe, formando profissionais mais críticos baseando-se na prática;

Integralidade do atendimento, contribuindo para a compreensão da complexidade da prática;

Contato precoce da academia com a população, permitindo um relacionamento humanizado entre todos os membros: usuário, família, equipe e tutores. Desta forma, os alunos são integrados com o SUS, vivenciando todas as suas interfaces;

Qualificação dos profissionais em parceria com a academia;

Profissional do serviço como professor colaborador da  
Academia;

Conhecimento da academia por parte da comunidade, com  
consciência da presença e papel do aluno;

Vivências da realidade, possibilitando sua problematização;

Estímulo e participação do aluno (academia) nos Conselhos  
de Saúde, juntamente com a comunidade e serviço;

Avaliação constante do serviço;

Estímulo ao trabalho em equipe;

Participação da comunidade nas decisões relativas às  
necessidades;

Conhecer e trabalhar as necessidades de saúde da  
comunidade;

Experiência de Educação Permanente – equipe –  
comunidade – estudante

Profissionais têm que se atualizar diariamente (afetivo,  
cognitivo e habilidades);

Educação continuada de profissionais do serviço;

Aumento da produção científica;

Educação da comunidade à saúde-prevenção;

Co-responsabilidade estudante – professor;

Inserção precoce do estudante no serviço;

Estudante na equipe (fortalecimento e renovação);

Acesso da comunidade ao serviço por intermédio do  
estudante;

A articulação da academia-serviço e comunidade favorece a  
atenção a integralidade;

Melhora na qualidade da assistência;

Favorece a participação social;

Participação horizontal dos Conselhos Locais de Saúde;

Vivência da realidade proporcionada para profissionais de  
saúde X academia e docentes X serviço;

Possibilidade de o serviço rever sua prática de cuidado e  
processo de trabalho de forma a se tornar um cenário mais  
adequado e produzir atenção de melhor qualidade;

Formação dos profissionais com prática na vivência  
/experiência da comunidade;

(RE)pensar o modelo técnico-assistencial, pois há contraste  
entre prática X teoria;

Diretrizes curriculares com compromisso dos docentes com o trabalho comunitário;

Aprender a conhecer o território, ferramentas importantes como, por exemplo, mapa inteligente para nortear a intervenção;

Diversidade de cenários;

□ Participar da Educação Permanente (EP) - profissionais da área hospitalar com os profissionais da Estratégia da Saúde da Família (ESF);

Fragilidades

Falta de estrutura física adequada para a interação do serviço – ensino - comunidade;

Grande número de alunos de Instituições de Ensino Superior (IES) e cursos diferentes em um mesmo cenário;

Falta de profissionais para cobertura nas unidades;

Falta de reconhecimento profissional pela sociedade;

Baixo poder de resolução no atendimento gera frustração do profissional, acadêmicos e usuários, fazendo-os acreditar mais nos hospitais;

Equipes incompletas: “falta de médico com experiência em saúde da família e comunidade”;

Barreiras impostas, por alguns cenários, por não compreender a complexidade do processo;

Volume de trabalho gerado (reuniões/produção informações/elaboração relatos, acompanhamento acordo/contratos);

Não disponibilidade do professor colaborador sempre para participar das atividades na academia;

Ausência de equipe multiprofissional e de apoio, prejudicando o usuário, o profissional que fica inseguro e o acadêmico que tem uma visão distorcida da profissão;

Alta rotatividade de médicos. E o vínculo com usuários? E acadêmicos?

Profissionais que não têm visão do indivíduo como um todo;

Falta de estratégia da equipe para participação social;

Muitos profissionais com baixa qualificação = o que ensinam? Falta educação continuada;

Falta de motivação profissional;

Resistência do profissional da saúde que atua nas unidades de saúde, aluno/docente;

“Motivação do estudante”, falta de compreensão da importância da interação serviço – ensino -comunidade;

Motivação é = \$, ?????????? aguarda-se passar na residência e depois abandona-se o serviço;

Resistência do aluno (impacto diante dos problemas, que o fazem desistir do curso);

Serviços (coordenação/equipe) não cumprem com seu papel na condução do Programa de Integração Ensino e Serviço (PIES);

Não existência de fórum por curso, entre as várias IES e Secretaria Municipal de Saúde (SMS) nem entre os vários cursos da mesma IES;

Dificuldade de conseguir “espaço” para discussão sobre as grades curriculares com as IES;

Repasse de verbas federais insuficiente não permite organização efetiva da unidade;

Falta de intersetorialidade;

Insuficiência de políticas públicas voltadas para facilitar à interação serviço – ensino - comunidade;

Reduzida participação da comunidade nos espaços de discussão de formação acadêmica;

Academia pouco envolvida com a realidade da unidade;

Resistência de alguns membros da academia, equipe,  
comunidade e gestores;

Desmotivação salarial / Sobrecarga de atividades;

Excesso de Instituições de Ensino, aumentando o número de  
estudantes no serviço;

Integralidade muito frágil na formação e na prática;

Dificuldade em lidar com as mudanças de gerência local;

Formação de profissionais hospitalocêntricos;

Dificuldade em dividir tarefas (responsabilidades): instituições  
x profissionais;

Equipe multiprofissional fragmentada;

Falta de apoio da Instituição de ensino;

Falta de registro da produtividade;

Falta interação- envolvimento serviço-academia-comunidade;

Falta apoio político na cidade: interação da prefeitura, SMS,  
junto a academia;

Falta de compromisso profissional;

Formação não adequada para o trabalho no SUS;

Modelo de procedimento centrado;

Falta de entendimento de docentes e comunidade sobre normas e rotinas no serviço;

Falta de entendimento cultural / linguagem / econômico;

Excesso de indivíduos na exposição do paciente;

Educação permanente ocorre isoladamente com cada profissional, não abordando o trabalho coletivo e suas dificuldades (habilidades, conhecimentos e competências);

Conflito de interesses entre comunidade – academia – serviço, sem compromissos firmados e/ou esclarecidos pelas partes;

Dificuldades na continuidade da assistência pela academia;

Baixa integração com outras áreas – interdisciplinaridade;

Propostas de trabalho definidas verticalmente (sem participação de outros setores);

Falta de incentivos aos professores – orientadores da rede;

Divergência nas falas dos docentes de áreas diferentes;

Dicotomia teoria – prática;

Não responsabilização das IES com a EP dos profissionais de saúde;

Modelos assistenciais voltados para as doenças e  
produtividade;

Aluno como “tocador de serviço”;

Desvalorização da saúde da família (Atenção Primária à  
Saúde - APS);

Falta de conhecimento dos professores e usuários sobre a  
temática APS

Falta de humanização do atendimento;

Falta de incentivo para carreira (mestrado, doutorado) do  
professor colaborador do serviço;

Desarticulação entre os profissionais (multiprofissional,  
transdisciplinar e interdisciplinar).

#### **ESTRATÉGIAS:**

Aprender a conhecer o território e ferramentas importantes,  
como o mapa inteligente para nortear a intervenção;

Conhecer os problemas da atuação profissional na  
comunidade e propor soluções em conjunto;

Fortalecer a vivência do aluno no processo saúde-doença na  
prática da equipe de saúde na ESF;

Desenvolver estratégias para garantir a continuidade do atendimento aos usuários dentro da equipe de saúde na parceria com a academia;

Garantir que haja a participação da comunidade no planejamento e acompanhamento nas atividades desenvolvidas no Pró-Saúde e outras ações de integração ensino-serviço;

Fortalecer o desenvolvimento de pesquisas junto aos serviços e que haja espaço para devolutivas;

EP da equipe de saúde/ academia, mobilizando a possibilidade de serviço/academia rever sua prática de cuidado para se tornar um cenário mais adequado e produzir atenção de qualidade;

Fortalecer a inserção da equipe de saúde para a construção do planejamento pedagógico das propostas acadêmicas;

Garantir nos municípios que haja um interlocutor que faça a comunicação academia- serviço de saúde, em todos os níveis de atenção de complexidade;

Divulgação na mídia de resultados de trabalho obtidos pela parceria serviço-academia;

Denunciar as escolas que não acompanham os aluno na prática, com ausência de preceptoria;

Efetivação da equipe de apoio/matricial na ESF;

Participação dos alunos da ESF nos diversos espaços sociais, levando os conhecimentos sobre o trabalho realizado pelos alunos e docentes à comunidade;

Construir um plano de atividade de estágio no serviço, com a participação de todas as instituições de ensino presentes;

Realizar a promoção de fóruns contínuos dos serviços de saúde com os gestores;

Estabelecer regras para liberação para atividades relacionadas a ensino e pesquisa (sem reposição de horas, pós-graduação, trabalhos científicos, eventos etc.);?????

Elaboração de plano de carreira;

Adequação do espaço físico proporcionando condições para o desenvolvimento das atividades realizadas mediante a parceria academia-serviço-comunidade;

Ampliação das parcerias com os recursos sociais para desenvolvimento das atividades com a participação da comunidade;

Efetivação da EP que ampare a formação necessária para o cumprimento do objetivo do serviço;

Pacto entre a academia e serviço para auxílio nas atividades da demanda;

Co-responsabilidade entre academia-serviço-comunidade com controle social (COMUS, associação de bairro, Conselho de Saúde);

Horizontalização das relações entre academia, serviço, comunidade e gestão;

Implantação da metodologia ativa na educação escolar;

Encontros mais frequentes entre academia-serviço-comunidade, além dos fóruns existentes;

Socialização dos resultados apresentados no fórum a todos os participantes;

Grupo de estudos operacionais para a discussão e incentivo da valorização do ensino-serviço-comunidade;

Seleção dos colaboradores com interesse em participar;

Roda de discussão de planejamento de ações dos acadêmicos nos diferentes cenários com a participação dos professores desses cenários;

Presença efetiva do docente nos cenários de aprendizagem (principalmente APS);

Gestores preparados para tratar dos aspectos entre academia- serviço;

Parceria que contemple: Fortalecimento do Conselho Local, colegiados (uso efetivo da lei existente); Estimular a pesquisa (procurando articular necessidades da comunidade); o SUS ordenador da formação (contratos e convênios); Planejamento coletivo das ações;

Participação mais ativa da comunidade nos Conselhos de Saúde, através de uma maior divulgação da sua importância;

Articular uma forma de registrar a produção da academia no serviço;

Formação voltada à integralidade e aos princípios do SUS e humanização do discente;

Despertar no discente e docente a importância da legislação sanitária e abrir possibilidade de maior aproximação nesta área;

Mudar o foco da formação da curva de doenças para a promoção da saúde, principalmente no 1º ano do curso;

Academia / serviço proporem práticas no cenário real para a mudança da forma de cuidar da saúde;

Fortalecer a integração entre academia e serviço, a co-responsabilidade dos dois em prol da saúde da comunidade;

Fortalecer a divulgação da função e da importância da Atenção Primária à Saúde para a comunidade, a academia e o serviço;

Implementar a articulação entre academias particulares e os serviços de saúde do SUS.

## **ANEXO II Questionários**

### **QUESTIONÁRIO – ALUNOS**

1. Como você vê o PISCO em relação à formação médica?
2. Através do PISCO você obteve uma visão do funcionamento do Programa Saúde da Família e da Atenção Básica?
3. As atividades propostas pelo PISCO contribuíram para a sua formação médica?
4. O tempo de estágio é suficiente para a formação?
5. Sua visão sobre o trabalho em equipe mudou depois do PISCO?
6. Houve trocas de experiências com a equipe da Unidade de Saúde da Família?
7. Você percebeu mudanças na sua forma de atender após o estágio? Se positivas, quais?
8. Houve integração entre o planejamento da universidade e a Equipe de Saúde da Família?

9. Acha que a parceria melhorou a qualidade de vida da população atendida pela Equipe Saúde da Família? Por quê?
  
10. Você faria alguma mudança no PISCO? Qual?

### **QUESTIONÁRIO – EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA**

1. A inserção da universidade no Programa Saúde da Família alterou a rotina de trabalho da Equipe de Saúde da Família? Que tipo de alteração?
  
2. Se houve alteração, aumentaram as ações do PSF na comunidade?
  
3. Houve mudanças quanto à adesão dos usuários aos programas educativos?
  
4. Quanto à participação da comunidade nas atividades propostas pela Equipe de Saúde da Família, houve mudanças?
  
5. Houve alteração da conscientização da comunidade sobre as ações da Equipe de Saúde da Família? Em caso positivo, de que tipo?
  
6. A área de abrangência na prática das ações do PSF na comunidade?
  
7. O atendimento às necessidades e demandas da comunidade?

8. Houve troca de experiências entre os alunos de medicina e a Equipe de Saúde da Família?
9. Houve integração entre o planejamento da universidade e da Equipe de Saúde da Família?
10. Acredita que a parceria melhorou a integração dentro da Equipe de Saúde da Família?