

Emanuel Vítor Guimarães

**O INTERNATO RURAL E A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL
MÉDICO PARA O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Universidade Federal de Minas Gerais
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública**

Belo Horizonte - MG

2004

Emanuel Vitor Guimarães

**O INTERNATO RURAL E A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL
MÉDICO PARA O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública (área de concentração em Política de Saúde e Planejamento).

Orientador: Prof. Antonio Leite Alves Radicchi

Belo Horizonte
2004

G963i

Guimarães, Emanuel Vitor

O Internato Rural e a formação do profissional médico para o Programa de Saúde da Família. / Emanuel Vitor Guimarães. – 2004. 101 f.

Orientador: Antonio Leite Alves Radicchi

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina.

1. Serviços de integração docente-assistencial. 2. Atenção primária à saúde. 3. Saúde da família. 4. Educação médica. 5. Promoção da saúde. I. Radicchi, Antonio Leite Alves. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WA 308

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitora

Prof^a. Ana Lúcia Almeida Gazzola

Vice-Reitor

Prof. Marcos Borato Viana

Pró-Reitor da Pós-Graduação

Prof. Jaime Arturo Ramirez

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. José Aurélio Garcia Bergmann

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Geraldo Brasileiro Filho

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof^a. Elza Machado de Melo

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenadora

Prof^a. Ada Avila Assunção

Sub-coordenador

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

Colegiado

Prof. Fernando Augusto Progetti

Prof^a. Maria Fernanda Furtado de Lima e Costa

Prof. José Otavio Penido Fonseca

Prof^a. Elizabeth Barbosa França

Prof^a. Waleska Teixeira Caiaffa

Prof^a. Eli Iola Gurgel Andrade

Prof^a. Mariângela Leal Cherchiglia

Prof. Tarcisio Marcio Magalhães Pinheiro

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Antônio Leite Alves Radicchi cuja dedicação, disponibilidade e postura respeitosa o distinguem como docente e orientador.

Aos alunos do Internato Rural, que concederam as entrevistas para esta Dissertação.

Aos meus pais.

À Vânia, minha esposa.

À Carolina, pela cuidadosa correção do texto.

À Érica e Heloisa, pela digitação do texto.

Ao Jeferson, pelo estímulo constante.

Aos colegas do Internato Rural e a todas as pessoas que ajudaram a construir esta Dissertação.

RESUMO

A disponibilidade de profissionais médicos com um perfil adequado é de grande importância para fazer avançar a estratégia da Saúde da Família. O objetivo desta pesquisa foi compreender como uma disciplina da graduação médica da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, o Internato Rural, na qual os alunos atuam de forma integrada com o Programa de Saúde da Família (PSF), influencia a formação dos alunos, especialmente no preparo para atuar na equipe de PSF ao se graduarem. Utilizou-se metodologia qualitativa e a coleta de dados foi realizada através de entrevistas semi-estruturadas com os alunos, ao final do período letivo da disciplina. A análise dos resultados mostrou um envolvimento adequado dos alunos com as atividades das equipes de PSF e o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e habilidades em comum com as atribuições definidas para o profissional médico do PSF. A pesquisa conclui que o Internato Rural influencia favoravelmente a formação dos alunos e, dentro de seus limites, contribui para torná-los mais preparados para atuarem no PSF; faz considerações para aprimorar a disciplina e a graduação médica da Faculdade, e sobre a importância destas avançarem na integração com o PSF e o Sistema Único de Saúde (SUS).

ABSTRACT

The availability of physicians with an adequate profile is very important for the improvement of Family Health strategy. The objective of this research was to comprehend how a discipline of medical graduation of Minas Gerais Medical Sciences School, the Rural Internship, in which the students develop their activities integrated with the Family Health Program (PSF), may influence the formation of the students, especially in the preparation to be acting in the PSF team after their graduation. A qualitative methodology was used, and the data collection was carried out through semi-structured interviews with the students in the end of the period of learning of the discipline. The analysis of the results showed an adequate involvement of the students with the activities of the PSF teams and the development of knowledge, attitudes and skills in common with the attributions defined to the physician in the PSF. The research concludes that the Rural Internship has a favorable influence upon the formation of the students and, within its limits, contributes to make them more prepared to perform in the PSF, makes considerations on how to improve the discipline and the medical graduation in the School, and about the importance of the advance of both in the integration with the PSF and with the Unified Health System (SUS).

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária de Saúde
DDA	Distritos Docente-Assistenciais
IDA	Integração Docente-Assistencial
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	10
2.	REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1	AS REFORMAS DO SETOR SAÚDE	14
2.2	AS REFORMAS DO SETOR SAÚDE NO BRASIL	16
2.3	MODELOS ASSISTENCIAIS	19
2.4	MODELOS ASSISTENCIAIS ALTERNATIVOS	21
2.5	PROMOÇÃO DA SAÚDE	24
2.6	O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	26
2.7	A EDUCAÇÃO MÉDICA NO BRASIL	31
2.8	PARADIGMAS DA EDUCAÇÃO MÉDICA	37
2.9	A DISCIPLINA INTERNATO RURAL	41
2.10	O INTERNATO RURAL DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS	42
3.	OBJETIVOS	46
4.	MÉTODOS	47
4.1	OS MUNICÍPIOS E AS EQUIPES DE PSF	51
5.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
5.1	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS COM A EQUIPE DE PSF	55
5.1.1	ATIVIDADES DE SAÚDE COLETIVA	55
5.1.1.1	A visita domiciliar	55
5.1.1.2	Pesquisa de Incontinência Urinária	58
5.1.1.3	Sala de Situação	59
5.1.1.4	Grupos de Pacientes	60
5.1.2	O ATENDIMENTO CLÍNICO	61
5.2	O QUE REPRESENTOU PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL ATUAR COM O PSF	64
5.2.1	ABERTURA DE HORIZONTES	64
5.2.2	COMPREENSÃO MAIS ABRANGENTE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	67
5.2.3	FORMAÇÃO PROFISSIONAL	70

5.3	O QUE OS ALUNOS CONHECIAM SOBRE O PSF E O QUE APRENDERAM NO INTERNATO RURAL	72
5.3.1	O QUE OS ALUNOS CONHECIAM SOBRE O PSF	73
5.3.1.1	A proposta do PSF	73
5.3.1.2	A importância da equipe de PSF e sua composição	74
5.3.1.3	Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	75
5.3.1.4	As atividades da equipe	77
5.3.1.5	As deficiências do PSF	78
5.3.2	O QUE OS ALUNOS APRENDERAM SOBRE O PSF NO INTERNATO RURAL	79
5.4	A VIVÊNCIA COM O PSF NO INTERNATO RURAL E A CAPACITAÇÃO PARA SER MÉDICO DO PSF	83
5.4.1	CONSIDERAM QUE CAPACITA	83
5.4.2	CONSIDERAM QUE NÃO CAPACITA	85
5.5	A POSSIBILIDADE DE TRABALHAR NUMA EQUIPE DE PSF ...	87
5.5.1	TRABALHARIAM	87
5.5.2	NÃO TRABALHARIAM	89
6.	CONCLUSÃO	92
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98
	ANEXOS	101

1 - INTRODUÇÃO

Nos países da América Latina, inclusive no Brasil, têm ocorrido reformas no setor saúde, a partir da década de 80, nas quais consideram-se os recursos humanos como fator primordial nas mudanças, que podem favorecê-las ou prejudicá-las.

Reconhece-se a importância da formação desses recursos humanos, bem como se mantém uma postura crítica com relação às instituições de ensino que os formam, especialmente as escolas médicas.

O profissional médico ainda é hegemônico nas equipes e exerce grande influência nas políticas, serviços e ações de saúde. Portanto, sua participação no processo de reforma setorial merece a devida atenção.

Assim, a discussão sobre a necessidade de se promover mudanças na formação médica, com vistas a preparar profissionais de acordo com as reais necessidades dos sistemas de saúde, ganha espaço crescente na área de educação médica e na sociedade como um todo.

A Reforma Sanitária brasileira tem realizado avanços significativos, mas as mudanças na formação de recursos humanos em saúde ainda têm sido muito discretas.

No caso do Brasil, as reformas do setor, que culminaram com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), buscam construir um modelo assistencial capaz de dar respostas às necessidades de saúde da sociedade.

Na década de 90, foi implantado o Programa de Saúde da Família (PSF), considerado uma estratégia para reorganização da atenção básica, capaz de contribuir para a mudança do modelo assistencial.

Um dos requisitos fundamentais para a consolidação e o sucesso do PSF é a existência e disponibilidade de profissionais de saúde com perfil adequado para atuarem no programa, incluindo o profissional médico.

O fato de a estratégia da Saúde da Família estar se expandindo e consolidando-se, coloca para as escolas médicas novos desafios a serem enfrentados, de maneira a se evitar a continuidade de distorções características das políticas de saúde no Brasil.

A inadequação da graduação médica para a formação de profissionais preparados para se inserirem na atenção básica é um fato conhecido e bastante discutido no Brasil, sob a liderança da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM).

Assim, o momento e as condições atuais são favoráveis a iniciativas da área de educação médica e dos gestores do SUS, nos três níveis de governo, capazes de promover as desejadas mudanças na educação médica.

A relevância dessas questões é que motivou a realização dessa pesquisa, sobre a disciplina da graduação médica, da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, denominada Internato Rural, na qual, entre outras atividades, os alunos atuam junto às equipes de PSF em municípios do interior do estado.

Uma vez que essa atuação em conjunto com as equipes é bem próxima e estreita em várias situações, a pesquisa pretende compreender como o fato de cursar a disciplina Internato Rural influencia a formação dos alunos, especialmente no preparo para atuar na equipe de PSF ao se graduarem.

O pressuposto da pesquisa é que a vivência do aluno com a equipe de PSF no Internato Rural, influencia favoravelmente sua formação, tornando-o mais preparado para atuar como médico da equipe de PSF ao graduar-se.

Apesar de Barbosa (1995) e Alves (1996) já terem realizado estudos abrangentes e profundos sobre o Internato Rural, o que se pretende ao se fazer uma nova dissertação é realizar um estudo voltado para o aspecto da atuação do aluno com o PSF no Internato Rural e sua relação com a formação médica.

O interesse do autor nesse tema decorre do fato de ser docente da disciplina, sendo portanto, um dos participantes na definição de sua política pedagógica, que inclui a opção pela integração com as atividades do PSF nos municípios.

Além disso, a partir de meados da década de 90, o autor tem participado de iniciativas de capacitação em Saúde da Família, como cursos introdutórios e de especialização, realizados pela Faculdade de Ciências Médicas, em conjunto com a Universidade Federal de Minas Gerais e a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, sob patrocínio do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde.

No capítulo 2 apresentar-se-á a revisão da literatura, que contempla dois temas principais, as políticas de saúde e a educação médica.

Nas políticas de saúde apresentam-se as reformas do sistema de saúde no Brasil, que culminaram com a criação do SUS e a implantação do PSF; o novo modelo assistencial que se procura criar, orientado pela Vigilância de Saúde, e a Promoção da Saúde, proposta que adquiriu grande destaque em anos recentes.

Quanto ao Programa de Saúde da Família, são apresentados um breve histórico, seus princípios, objetivos e atribuições diversas.

Com relação à educação médica destaca-se a transição do paradigma flexneriano, em direção ao paradigma da integralidade, que está em processo de construção, e o surgimento recente das Diretrizes Curriculares para os cursos médicos. Descreve-se também o Internato Rural, como a disciplina se organiza, suas características e funcionamento, mencionando-se a opção por atuar de forma integrada com as equipes de PSF.

No capítulo 3 apresentam-se o objetivo geral e os objetivos específicos da pesquisa.

No capítulo 4 descreve-se a metodologia utilizada, do tipo qualitativa, considerada a mais adequada para a realização da pesquisa, na qual se recorreu a entrevistas semi-estruturadas com os sujeitos da pesquisa, alunos de graduação da Faculdade, cursando a disciplina Internato Rural. Apresenta-se também o caminho proposto para o estudo do pressuposto da pesquisa. Faz-se ainda uma descrição sumária dos locais em que os alunos entrevistados fizeram Internato Rural e das equipes de PSF em atividade.

No capítulo 5 apresentam-se os resultados das entrevistas.

É feita uma análise, procurando confrontar o material empírico com o referencial teórico existente, com a finalidade de responder à pergunta que motivou esta pesquisa.

No capítulo 6 apresenta-se a conclusão a que se chegou e são feitas recomendações referentes a políticas para as áreas de educação e saúde, especificamente para a área de educação médica.

2 - REVISÃO DA LITERATURA

2.1 - AS REFORMAS DO SETOR SAÚDE

Almeida (1999) fez uma síntese abrangente das reformas do setor saúde, relacionando-as com os recursos humanos, que será descrita a seguir.

Na década de 80, os países da Europa iniciaram um processo de reformas, devido especialmente ao gasto público crescente nessa área e à crise do “Welfare State”.

Na década de 90, as reformas abrangem maior número de países e aprofundam suas medidas, baseando-se em equidade, controle de custos, incentivos à eficiência, controle de qualidade, capacidade de escolha dos consumidores e formação do profissional médico.

Na América Latina, observam-se dois momentos distintos nas reformas do setor saúde: um momento orientado pelos princípios da democratização e universalização (no final dos anos 70 e nos anos 80); e outro, por medidas racionalizadoras de contenção de custos (a partir da segunda metade da década de 80 e nos anos 90). Esses momentos não são nitidamente delimitados, estando entrelaçados.

Em alguns países, as reformas são parte de um processo mais amplo de ajuste da estrutura e função do estado, visando incrementar seu papel regulatório e reduzir sua participação direta na prestação de serviços, e, em alguns, acompanha a descentralização global do Estado.

Mas, em alguns casos, as reformas visam enfrentar deficiências específicas da assistência médico-sanitária, tais como o incremento de custos, a ineficiência dos serviços, a iniquidade do acesso e a insatisfação de usuários e prestadores.

Um componente importante das reformas é o processo de descentralização e fortalecimento dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), que constituem uma tática operativa da Atenção Primária de Saúde (APS). Entretanto, na maioria dos países, a APS não é entendida como estratégia global de reformulação do sistema de saúde, mas como programa para satisfazer

necessidades de grupos sociais marginalizados, com recursos de baixa densidade tecnológica e custos mínimos.

Alguns processos de reforma propõem a mudança dos modelos assistenciais, com ênfase para a atenção ambulatorial de base promocional e preventiva. Embora com frequência se limitem à “ambulatorização” do cuidado médico, isso às vezes se constitui em oportunidade para a discussão de mudanças do modelo assistencial.

A orientação das agências financeiras internacionais é baseada em princípios como a descentralização e a focalização do gasto público na atenção às parcelas mais vulneráveis da população. Medidas de racionalização da atenção vêm sendo adotadas, como as “cestas básicas de cuidados”, consideradas por muitos como uma oficialização da iniquidade.

Entre os problemas enfrentados pelas reformas na América Latina está a escassez de recursos humanos capacitados para levar adiante tanto as tarefas de condução das mudanças, quanto as de desenvolvimento de novas práticas assistenciais. A maioria dos processos de reforma propõe adequar a formação e capacitação de recursos humanos para a nova realidade dos serviços. Entretanto, esses aspectos não têm sido priorizados, mas apenas a gestão desses recursos.

Assim as políticas mais utilizadas nas reformas do setor saúde não incluem o campo do desenvolvimento de recursos humanos.

Parece claro que as universidades da América Latina estão desvinculadas da reorganização dos serviços, da redefinição das práticas de atenção e dos processos de reforma setorial.

Observa-se assim uma incoerência em relação ao papel dos recursos humanos no processo das reformas, referidos como muito importantes nos diagnósticos realizados, mas considerados apenas um reflexo da organização dos serviços nas intervenções propostas.

2.2 - AS REFORMAS DO SETOR SAÚDE NO BRASIL

No Brasil, na década de 70, consolidou-se o modelo médico-assistencial privatista, caracterizado por privilegiar a medicina curativa, assistencialista, especializada, dirigida ao indivíduo, em detrimento das ações de saúde pública (MENDES, 1993).

A hegemonia desse modelo estava baseada no papel financiador do Estado, através da Previdência Social, na prestação da atenção médica pelo setor privado nacional e na produção de medicamentos e equipamentos biomédicos pelo setor privado internacional (MENDES, 1993).

O movimento de Reforma Sanitária Brasileira desenvolveu-se a partir da década de 70, integrado por profissionais de saúde, intelectuais, trabalhadores, lideranças políticas e da sociedade civil. Tinha fortes críticas ao sistema de saúde vigente, aspirava a mudanças sociais profundas e a uma transformação da situação sanitária do país.

Na segunda metade da década de 70, agravam-se as dificuldades de acesso de grande parcela da população aos serviços de saúde, que ocorriam no modelo médico-assistencial privatista, devido à conjuntura econômica desfavorável.

O Estado brasileiro, que procurava criar políticas sociais compensatórias, articula, na área de saúde, uma alternativa de assistência de baixo custo para a população excluída por esse modelo.

Coincidentemente, em 1978, surgiu a proposta de priorização da Atenção Primária em Saúde (APS), na Conferência Mundial de Saúde de Alma-Ata, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que nos anos seguintes exerceu grande influência no Brasil.

No Brasil, ocorre entretanto uma descaracterização da proposta de atenção primária, adaptada com um caráter seletivo, através de programas de medicina simplificada (MENDES, 1993).

Em meados da década de 70, foi criado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), primeiro programa de medicina simplificada em nível federal, que contou com a participação de técnicos do movimento da Reforma Sanitária e é considerado o

programa de extensão de cobertura que conseguiu maior expressão como política governamental.

O PIASS, que absorveu outros programas importantes, como o Programa de Integração de Serviços de Saúde do Norte de Minas, iniciou-se pelo Nordeste e expandiu-se para outras áreas rurais do país, resultando em grande incremento da rede ambulatorial pública (SILVA & DALMASO, 2002).

O movimento da Reforma Sanitária, atuante nesse momento, destacava três princípios em seu ideário: um conceito de saúde abrangente, o reconhecimento da saúde como direito de cidadania e dever do Estado e a criação do Sistema Único de Saúde.

Na década de 80 ocorreram grandes avanços no setor saúde, destacando-se a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a Constituição de 1988, para os quais o Movimento da Reforma Sanitária teve destacada atuação.

Os princípios doutrinários do SUS são:

- Universalidade: a saúde é um direito de todos os cidadãos, a ser assegurado pelo Estado;
- Equidade: os indivíduos e grupos sociais que têm mais necessidades devem receber uma maior atenção do sistema de saúde;
- Integralidade: o indivíduo deve ser considerado como um todo. O sistema de saúde deve desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, ações curativas e de reabilitação. As políticas de saúde devem ser articuladas com outras políticas públicas, promovendo ações intersetoriais, visando melhorar a qualidade de vida e o nível de saúde da população.

Os princípios organizativos são:

- Regionalização: os serviços devem organizar-se por área geográfica, cuja população estará sob sua responsabilidade, devendo ser conhecidas suas características epidemiológicas e outras;

- Hierarquização: visa organizar os serviços de saúde segundo os níveis de atenção, prover o acesso a serviços de acordo com a complexidade exigida em cada situação e realizar a referência e contra-referência;
- Descentralização: implica a transferência aos municípios de parte significativa das responsabilidades pela saúde de seus cidadãos;
- Participação popular: ocorre através dos Conselhos e das Conferências de Saúde, que definem estratégias, controlam e avaliam a operacionalização das políticas de saúde (CUNHA & CUNHA, 1998).

Em 1990, é publicada a lei 8080, a chamada Lei Orgânica da Saúde, que regulamenta o capítulo da saúde da Constituição, e a lei 8142.

No decorrer da década de 90, o Ministério da Saúde editou as Normas Operacionais Básicas (NOB), visando a operacionalização do SUS e implantou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF).

Viana & Dal Poz (1998) descrevem dois tipos de reforma dos sistemas de saúde: “big bang” e incremental.

A do tipo “big bang” introduz mudanças significativas no sistema de saúde, de forma rápida e pontual.

A reforma que ocorreu no Brasil em 1988 é considerada desse tipo e tem três características: criação de um sistema nacional de saúde, descentralização e criação de novas formas de gestão.

A reforma incremental se baseia em pequenos ajustes sucessivos e é definida como um conjunto de modificações no desenho e na operação das políticas.

Essas mudanças podem ocorrer na forma de organização dos serviços, no perfil do financiamento ou no modelo assistencial.

No caso do Brasil as mudanças no modelo assistencial do SUS que vêm ocorrendo devido ao PSF e ao PACS estão provocando alterações no financiamento da saúde e na organização dos

serviços. Assim, considera-se que o PSF constitui uma estratégia de reforma incremental do sistema de saúde.

Noronha (2002) relata que, no segundo semestre de 2002, segundo avaliação da Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos (CGPRH) do Ministério da Saúde, a implementação do SUS vivia três grandes movimentos:

- o primeiro estava relacionado ao processo de reorganização das funções dos diferentes níveis de gestão do SUS;
- o segundo era o processo de regionalização pactuada, iniciado pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2001);
- o terceiro estava relacionado à implantação do Programa de Saúde da Família como estratégia de reorientação da Atenção Básica e do modelo de atenção à saúde no país.

Ao mesmo tempo, na década de 90, consolidou-se um sistema privado de saúde forte e com baixa regulação pelo Estado, o da atenção médica supletiva, que se expandiu em boa parte devido à perda de qualidade dos serviços públicos de saúde, a qual resultou no afastamento da classe média dos mesmos, e na sua absorção por aquele (MENDES, 1993).

2.3 - MODELOS ASSISTENCIAIS

Paim (1999) apresenta uma síntese sobre modelos assistenciais, que será descrita a seguir.

Os modelos assistenciais estão entre os componentes fundamentais das intervenções que visam reorientar os sistemas de saúde.

Modelos assistenciais são combinações tecnológicas estruturadas para o enfrentamento de problemas de saúde individuais e coletivos em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de serviços de saúde (PAIM, 1999, p.476-477).

Em nosso país coexistem o modelo médico-assistencial privatista e o modelo assistencial sanitário.

No modelo médico-assistencial privatista, hegemônico no Brasil, não se prioriza a atenção integral à saúde, há predomínio das práticas curativas e não há compromisso em causar impacto no nível de saúde da população. Atende-se às pessoas que, devido a alguma necessidade sentida, procuram espontaneamente os serviços de saúde, fenômeno conhecido como “demanda espontânea”.

Nesse modelo a oferta de serviços é organizada para dar resposta à demanda ou é orientada por interesses econômicos, que induzem ao consumo de serviços.

A prioridade ao atendimento da demanda espontânea, embora característica do setor privado, é encontrada também no setor público, quando o mesmo não está organizado para dar resposta às necessidades de uma determinada população.

O modelo assistencial sanitário, representado pela saúde pública tradicional, atua frente aos problemas de saúde através da realização de campanhas sanitárias (vacinação, combate a epidemias e outros) e dos programas especiais de saúde pública (saúde de criança, da mulher e outros).

Usualmente, essas formas de intervenção não contemplam a totalidade da situação de saúde, isto é, concentram sua atenção no controle de certos agravos ou em determinados grupos supostamente em risco de adoecer ou morrer. Geralmente deixam de se preocupar com os problemas do sistema de serviços de saúde e com os determinantes mais gerais da situação sanitária. Configuram um modelo assistencial que não enfatiza a integralidade da atenção e não estimula a participação da comunidade nem a descentralização na organização dos serviços (PAIM, 1999, p. 477).

Com relação aos modelos assistenciais os principais problemas do sistema de saúde no Brasil, apontados pela Reforma Sanitária, foram: desigualdade no acesso aos serviços, serviços inadequados às necessidades e de qualidade insatisfatória, ausência de integralidade.

As medidas propostas para fazer frente a estes problemas foram o reconhecimento do direito à saúde, universalização, equidade, integralidade e a organização de serviços contínuos e de qualidade (PAIM, 1999).

Ao mesmo tempo que se buscam transformações mais profundas na sociedade brasileira, capazes de modificar a situação sanitária, algumas intervenções no setor saúde podem contribuir na melhoria dessa situação, como a mudança dos modelos assistenciais.

2.4 - MODELOS ASSISTENCIAIS ALTERNATIVOS

Devido à inadequação dos modelos referidos anteriormente tem sido proposta a estruturação de modelos assistenciais alternativos, orientados pelo princípio da integralidade, pela busca de resposta para as necessidades e problemas de saúde da população de um determinado território e de impacto epidemiológico nos mesmos.

A Vigilância da Saúde tem sido considerada o eixo do processo de reorientação dos modelos assistenciais do SUS.

No debate sobre a Vigilância da Saúde existem algumas vertentes, sendo mais coerente com os pressupostos da Reforma Sanitária a que a entende como uma proposta de redefinição das práticas sanitárias.

Nessa vertente existem duas concepções que, mesmo enfatizando aspectos distintos, não são conflitivas:

[...] uma, que privilegia a dimensão técnica, ao conceber a vigilância à saúde enquanto um modelo assistencial alternativo conformado por um conjunto de práticas sanitárias que encerram combinações tecnológicas distintas, destinadas a controlar determinantes, riscos e danos; outra que privilegia a dimensão gerencial da noção de vigilância à saúde, caracterizando-a como “uma prática que organiza processos de trabalho em saúde sob a forma de operações”, para confrontar problemas de enfrentamento contínuo, num território delimitado ...) através de operações montadas sobre os problemas em seus diferentes períodos do processo saúde-doença (TEIXEIRA, PAIM & VILASBÔAS, 1998, p. 17).

As intervenções da Vigilância da Saúde são desenvolvidas através da associação de ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e acidentes e de práticas curativas (MENDES, 1999).

A promoção da saúde implica o reconhecimento do papel principal dos determinantes mais gerais sobre as condições de saúde.

A prevenção de doenças e acidentes procura organizar ações com a finalidade de evitar esses eventos em indivíduos ou grupos.

Com relação às práticas curativas, devem ser organizadas de acordo com os princípios da Vigilância da Saúde, de modo a dar respostas adequadas e oportunas às necessidades da população.

A Vigilância da Saúde orienta-se por três dimensões de grande importância: o território, os problemas de saúde e a intersetorialidade (MENDES, 1999).

No território do município devem ser compreendidas as relações entre as condições de vida da população, sua situação de saúde e o acesso às ações e serviços de saúde.

Os problemas de saúde da população de um determinado território devem ser identificados, descritos e analisados segundo seus determinantes sociais, num processo de planejamento com a participação da população, que permita desencadear operações para seu enfrentamento.

As ações a serem desenvolvidas visando à solução dos problemas devem contemplar uma articulação intersetorial, envolvendo o poder público, organizações não governamentais, a própria comunidade e suas famílias.

Mendes (1999) discute uma proposta abrangente para realizar uma mudança profunda, estrutural, capaz de construir um novo sistema de saúde.

Essa construção se fundamenta nas categorias: concepção do processo saúde-doença, paradigma sanitário e prática sanitária, que por sua vez determinam como se estrutura a ordem governativa da cidade, conforme ilustrado a seguir (FIG.1):

CATEGORIA	SENTIDO DA MUDANÇA	
Concepção de saúde-doença:	Negativa	—————▶ Positiva
Paradigma sanitário:	Flexneriano	—————▶ Produção social da saúde
Prática sanitária:	Atenção médica	—————▶ Vigilância da saúde
Ordem governativa da cidade:	Gestão médica	—————▶ Gestão social

FIGURA 1

Fonte: MENDES, 1999, p.234

A concepção do processo saúde-doença tem evoluído de uma relação maior com as doenças e a morte, numa aproximação negativa, para uma maior vinculação com as condições de vida e sua qualidade, numa aproximação positiva.

O paradigma sanitário flexneriano é inspirado nas idéias do Relatório Flexner, como o mecanismo, o biologismo, o individualismo, a especialização, a tecnificação e o curativismo. Está de acordo com o conceito de saúde como ausência de doença e sustenta a prática sanitária da atenção médica.

O novo paradigma sanitário, o da produção social da saúde, baseia-se na teoria da produção social. Está de acordo com um conceito de saúde positivo, dinâmico, resultante de uma acumulação social, que se manifesta momentaneamente num estado de saúde. Saúde vincula-se assim à interdisciplinaridade no campo do conhecimento e à intersetorialidade como prática social. Portanto, o conceito de saúde é uma expressão de qualidade de vida.

Com relação à prática sanitária, pode ser assim descrita:

[...] é a forma como uma sociedade, num dado momento, a partir do conceito de saúde vigente e do paradigma sanitário hegemônico, estrutura as respostas sociais organizadas ante os problemas de saúde.

O conceito de saúde, tomado em sua negatividade, como ausência de doença, e o paradigma flexneriano, estruturaram uma resposta social organizada sob a forma da prática da atenção médica, nos marcos da medicina científica.

A prática da atenção médica pretende, portanto, oferecer à população a maior quantidade possível de serviços de saúde, reduzidos a serviços médicos, ofertados individualmente e destinados a tratar as enfermidades ou reabilitar os pacientes portadores de seqüelas, por meio da clínica e com a intermediação crescente de tecnologias (MENDES, 1999, p. 241).

[...] a vigilância da saúde é uma nova forma de resposta social organizada aos problemas de saúde, referenciada pelo conceito positivo de saúde e pelo paradigma da produção social da saúde.

Por conseguinte, essa prática tem de, a um tempo, recompor o fracionamento do espaço coletivo de expressão da doença na sociedade, articular as estratégias de intervenção individual e coletiva e atuar sobre todos os nós críticos de um problema de saúde, com base em um saber interdisciplinar e em um fazer intersetorial (MENDES, 1999, p. 243 – 244).

Os modelos alternativos procuram construir uma “oferta organizada” de ações e serviços de saúde, voltada aos principais agravos e grupos prioritários, que substitua os programas especiais e provoque uma redução da demanda espontânea (PAIM, 1999).

A vigilância da saúde necessita de uma nova ordem governativa, a gestão social, centrada na idéia da intersectorialidade, que possa tornar a cidade um espaço de produção social da saúde.

Mendes (1999) propõe que o processo da construção social de um novo sistema de saúde se materialize na prática social baseado em dois projetos estruturantes: o projeto do campo da saúde, entendida como qualidade de vida, através da proposta da cidade saudável; e subordinado a este, o do campo dos serviços de saúde, o distrito sanitário.

Por sua vez, o distrito sanitário desenvolve-se através de duas estratégias: organiza a atenção primária através da Saúde da Família e a atenção secundária e a terciária através dos consórcios de saúde.

2.5 - PROMOÇÃO DA SAÚDE

Usado inicialmente para designar um nível de atenção da medicina preventiva, o conceito da promoção da saúde modificou-se e passou a representar uma abordagem política e técnica do processo saúde-doença-cuidado (BUSS,2003).

Assim, o que caracteriza a promoção da saúde é

[...] a constatação do papel protagonizante dos determinantes gerais sobre as condições de saúde: a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, boas condições de trabalho, oportunidade de educação ao longo de toda a vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde. Suas atividades estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido, num sentido amplo, por meio de políticas públicas e de ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades (empowerment). (BUSS,2003, p. 19).

Orienta-se pela integralidade na compreensão dos problemas do processo saúde-doença-cuidado, bem como na busca de respostas para os mesmos.

Valoriza o conhecimento popular e a participação social, estreitamente associados ao conceito e procura criar ambientes favoráveis com a finalidade de promover um aumento na expectativa de vida, tornando-a mais saudável e com qualidade.

Outros aspectos importantes são a intersetorialidade na abordagem de problemas e a equidade no acesso aos bens e serviços existentes na sociedade.

Buss (2003) faz também referência a eventos internacionais marcantes, relacionados à produção da saúde. A I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizou-se em 1986 e resultou na publicação da Carta da Ottawa, que se tornou a referência fundamental para o desenvolvimento das idéias de promoção da saúde em todo o mundo.

A Carta de Ottawa propôs cinco campos de ação principais para a promoção da saúde:

- elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis;
- criação de ambientes favoráveis à saúde;
- apoio à ação comunitária;
- desenvolvimento de habilidades pessoais;
- reorientação dos serviços de saúde.

Além disso, propôs ainda a superação do modelo biomédico, mudanças nos serviços de saúde, nas práticas e na formação dos profissionais.

Em 1992, realizou-se na Colômbia a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na Região das Américas, que resultou na Declaração de Bogotá, considerada a referência para a promoção da saúde no contexto da América Latina, e apresentou propostas como a superação das desigualdades no acesso aos serviços de saúde, ações de saúde pública voltadas às doenças causadas pela pobreza e a conquista da equidade.

Freitas (2003) discute as possibilidades de uma vigilância da saúde para a promoção da saúde voltada à situação brasileira, resultante da combinação dos princípios mais globais da Carta da Ottawa com os princípios da Declaração de Bogotá, mais adequados à nossa realidade.

Nessa perspectiva a população deveria exercer o controle social da informação sobre os condicionantes e determinantes da saúde, associado a programas de promoção da saúde que fossem movimentos politicamente agressivos na busca da equidade política e econômica.

Esta equidade estaria associada ao desenvolvimento de habilidades, especialmente no nível local, que permitissem maior participação da sociedade nas estratégias de vigilância da saúde e nos processos decisórios.

Para Mercadante (2002), focar a promoção da saúde no SUS abre espaço para se questionar a hegemonia do modelo biomédico e resgatar os ideais da Reforma Sanitária, com sua abordagem de saúde ampla e profunda.

Para esse autor, apesar dos princípios e diretrizes da promoção da saúde estarem previstos na legislação de saúde do Brasil, ainda não existe no país uma política estruturada abrangendo todas as dimensões da promoção da saúde.

2.6 - O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Em 1987, o estado do Ceará incluiu nas frentes de trabalho contra a seca pessoas que atuaram com atividades de promoção à saúde, constituindo a primeira experiência de trabalho no Brasil, em ampla escala, com agentes comunitários de saúde.

Após a desativação das frentes de trabalho, o estado decidiu pela manutenção da atividade, iniciando-se assim o Programa de Agentes de Saúde do Ceará.

Os resultados positivos desse programa influenciaram o Ministério da Saúde a propor a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 (SILVA & DALMASO, 2002).

O PACS foi proposto visando reduzir a mortalidade infantil e a materna, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, através da extensão de cobertura dos serviços para as populações mais pobres, sendo percebido depois pelo próprio Ministério da Saúde que os agentes poderiam ajudar na organização dos serviços básicos de saúde em seus municípios.

Em 1994, foi criado oficialmente o Programa de Saúde da Família (PSF), instalado inicialmente na Fundação Nacional de Saúde (SILVA & DALMASO, 2002).

Em sua concepção pretendia-se que ele fosse um instrumento de reorganização do SUS, de municipalização da saúde e que sua implantação no país ocorresse nas áreas de maior risco social. Neste momento o programa era operado através de convênio, com critérios para seleção de municípios e exigência de contrapartidas.

Em 1995, o programa foi transferido para a Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, o que representou um rompimento com a idéia de programa vertical e um outro tipo de institucionalização do PSF, foram definidos mecanismos de financiamento e muitos municípios passam a se interessar pelo programa.

Em 1996 passou a ser remunerado pela tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) e a ter um caráter reestruturante dos serviços de saúde e de reorganização do SUS. Posteriormente, com a NOB 96, foi criado o Piso Assistencial Básico (PAB), prevendo uma remuneração per capita para os municípios desenvolverem ações básicas de saúde e recursos adicionais para os que implantassem o PSF, o que representou mais um estímulo à expansão do programa.

O PSF, embora formulado posteriormente ao PACS, não representou uma substituição deste, uma vez que os dois programas coexistem e foram propostos para situações específicas, visando à reversão de condições adversas de saúde e de acesso aos serviços.

Mendes (1999) atribui papel de destaque à Saúde da Família, ao apresentar proposta para construção de um novo sistema de saúde, em que esta seria uma das estratégias básicas para a inversão do modelo assistencial, constituindo um projeto estruturante de uma nova forma de pensar e fazer saúde.

Acrescenta também que a Saúde da Família deve ser entendida como uma estratégia de organização da atenção primária em saúde, considerada a base de um sistema de saúde racional, e que, bem organizada, constitui pré-condição para o funcionamento de um sistema de saúde eficaz, eficiente e equitativo.

Outro aspecto importante da proposta de Saúde da Família é que ela procura se orientar pelos princípios da Vigilância da Saúde, cuja estratégia de intervenção, já referida, resulta da

combinação de três grandes tipos de ações: a promoção da saúde, a prevenção de enfermidades e acidentes e a atenção curativa.

O PSF seria a “porta de entrada” do sistema de saúde e deveria realizar ações de prevenção e controle de doenças.

Mendes (1999) considera como **princípios organizativos** da Saúde da Família:

- Impacto: refere-se às mudanças no estado da saúde da população atribuíveis aos serviços de saúde;
- Orientação por problemas: no território de abrangência da saúde da família os problemas devem ser identificados, descritos e analisados, para se atuar sobre suas causas e causar impacto nos níveis de saúde;
- Intersetorialidade: devido ao fato de os problemas de saúde serem complexos, a saúde da família deve trabalhar em conjunto com outros setores na busca de soluções;
- Planejamento e programação local: o território local adquire grande importância no processo de planejamento e programação;
- Hierarquização: o nível de atenção primária deve ter suficiência resolutiva adequada e ser complementar com os outros níveis do sistema de saúde; é necessário também organizar o fluxo e contrafluxo de pacientes e informações;
- Primeiro contato: através da saúde da família a população terá o primeiro contato com o sistema de saúde e acesso ao nível secundário e ao terciário, caso necessite;
- Longitudinalidade: a saúde da família prestará cuidado contínuo e permanente à população e não apenas ocasional; como ocorre na prática da atenção médica;
- Integralidade:

A aplicação desse princípio implica reconhecer que os serviços de atenção primária envolvem ações promocionais, preventivas e curativo-reabilitadoras, providas de forma integrada, por meio da vigilância da saúde, e que as intervenções da saúde da família conformam uma totalidade que engloba os sujeitos do sistema e suas inter-relações com os ambientes natural e social. Conseqüentemente, a saúde da família vai atuar em diferentes espaços sociais, nos quais se dão a reprodução da vida: no espaço primário do núcleo familiar, o domicílio, onde se dão as relações intrafamiliares; no espaço da microárea, microespaço que apresenta certa homogeneidade sócio-econômica e sanitária denotadora de áreas de exclusão ou de risco sócio-sanitário; nos espaços da vida social, lugares fundamentais para a sobrevivência e a sociabilidade da vida, como a creche, a escola e o local de trabalho (MENDES, 1999, p. 278).
- Adstrição: a unidade de saúde da família tem responsabilidade sanitária sobre a população do território de sua área de abrangência;

- Co-responsabilidade: no território da área de abrangência a saúde da família e a população deverão desenvolver uma relação de responsabilidade mútua e parceria, buscando melhorar o nível de saúde;
- Humanização: a humanização do cuidado adquire grande importância na prática da saúde da família.

O Ministério da Saúde (Brasil, 1997) define como **objetivo geral** do PSF contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, de acordo com os princípios do SUS. A atenção está centrada na família, inserida em seu ambiente, o que possibilita à Saúde de Família compreender o processo saúde-doença e propor as intervenções necessárias, que ultrapassam as práticas curativas (BRASIL, 2001a).

Com relação aos **objetivos específicos** do PSF, o Ministério da Saúde (Brasil, 1997) propõe:

- prestar assistência integral, contínua, com resolubilidade e de boa qualidade à população adscrita;
- intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;
- eleger a família e seu espaço social como núcleo da atenção à saúde;
- desenvolver ações intersetoriais;
- estimular a organização da comunidade para exercer o controle social.

Segundo o Ministério da Saúde os **princípios** que orientam a atuação das equipes de Saúde da Família são:

- Caráter substitutivo – não significa a criação de novas estruturas de serviços, exceto em áreas desprovidas, e sim a substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde.
- Integralidade e hierarquização – a Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e seja assegurada a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema, sempre que for requerida maior complexidade tecnológica para a resolução de situações ou problemas identificados na atenção básica.
- Territorialização e adscrição de clientela – trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adscrita a esta área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 4.500 pessoas.
- Equipe multiprofissional – a equipe de Saúde da Família é composta minimamente por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. O número de ACS varia de acordo com o número de pessoas sob responsabilidade da equipe – numa proporção média de um agente para 550 pessoas acompanhadas (BRASIL, 2001a, p.6).

O Ministério da Saúde estabelece entre as **atribuições fundamentais da equipe** da Unidade de Saúde da Família (USF) as seguintes, divididas em quatro grandes áreas:

- Planejamento das Ações:

Conhecer os fatores determinantes do processo saúde-doença do indivíduo, das famílias e da comunidade;

Estabelecer prioridades entre os problemas detectados e traçar estratégias para sua superação;

Conhecer o perfil epidemiológico da população de sua área de abrangência.

- Saúde, Promoção e Vigilância à Saúde:

Conhecer os fatores (sociais, políticos, econômicos, ambientais, culturais, individuais) que determinam a qualidade de vida da comunidade adscrita;

Entrar em articulação com outros setores da sociedade e movimentos sociais organizados, integrando ações para a qualidade de vida da comunidade;

Estimular a participação da comunidade no planejamento, execução e avaliação das ações da USF;

Articular, com a rede institucional local, ações integradas para a melhoria constante da qualidade de saúde da população.

- Trabalho interdisciplinar em equipe:

Conhecer e analisar o trabalho de toda a equipe, verificando as atribuições específicas e do grupo, na USF, no domicílio e na comunidade;

Compartilhar conhecimentos e informações para o desenvolvimento de trabalho em equipe.

- Abordagem integral da família:

Compreender a família de forma integral e sistêmica, como espaço de desenvolvimento individual e de grupo, dinâmico e passível de crises;

Identificar a relação da família com a comunidade (BRASIL, 2001b, p.73-74).

As **atribuições comuns a todos os profissionais** que integram as equipes, definidas pelo Ministério da Saúde, são:

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas;

- Identificar os problemas de saúde e situações de risco mais comuns aos quais aquela população está exposta;

- Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde e fatores que colocam em risco a saúde;

- Executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nas diferentes fases do ciclo de vida;

- Valorizar a relação com o usuário e com a família, para a criação de vínculo de confiança, de afeto, de respeito;

- Realizar visitas domiciliares de acordo com o planejamento;

- Resolver os problemas de saúde no nível de atenção básica;

- Garantir acesso à continuidade do tratamento dentro de um sistema de referência e contra-referência para os casos de maior complexidade ou que necessitem de internação hospitalar;

- Prestar assistência integral à população adscrita, respondendo à demanda de forma contínua e racionalizada;

- Coordenar, participar de e/ou organizar grupos de educação para a saúde;

- Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados;
- Fomentar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direito à saúde e as suas bases legais;
- Incentivar a formação e/ou participação ativa da comunidade nos Conselhos Locais de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde (BRASIL, 2001b, p.75).

As **atribuições específicas do médico** da equipe, definidas pelo Ministério da Saúde, são:

- Realizar consultas clínicas aos usuários da sua área adstrita;
- Executar as ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso;
- Realizar consultas e procedimentos na USF e, quando necessário, no domicílio;
- Realizar as atividades clínicas correspondentes às áreas prioritárias de intervenção na Atenção Básica, definidas na Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 2001;
- Aliar a atuação clínica à prática da saúde coletiva;
- Fomentar a criação de grupos de patologias específicas, como de hipertensos, de diabéticos, de saúde mental, etc.;
- Realizar o pronto atendimento médico nas urgências e emergências;
- Encaminhar aos serviços de maior complexidade, quando necessário, garantindo a continuidade do tratamento na USF, por meio de um sistema de acompanhamento e de referência e contra-referência;
- Realizar pequenas cirurgias ambulatoriais;
- Indicar internação hospitalar;
- Solicitar exames complementares (BRASIL, 2001b, p.75-76).

Sabe-se que uma das principais dificuldades para a implementação do PSF é a escassez de recursos humanos com perfil profissional adequado para atuarem nas equipes.

A esse respeito Mendes (1999) pondera que se deveria criar um mercado atraente, com salários dignos, para os profissionais, além de envolver as universidades na qualificação dos recursos humanos, em graduação e já graduados.

A seguir se abordará a formação de recursos humanos em saúde no Brasil, especificamente a educação médica.

2.7 - A EDUCAÇÃO MÉDICA NO BRASIL

Feuerwerker (1998) apresenta uma visão abrangente da educação médica no Brasil nas últimas décadas.

No início da década de 70 já se discutia a relação entre ensino médico e instituições de saúde. Apontava-se a insuficiência dos hospitais universitários como cenário de treinamento prático dos estudantes e indicava-se a necessidade de maior integração com a rede pública de serviços que começava a se estruturar, utilizando-se também hospitais comunitários e centros de saúde como cenários de aprendizagem.

Nessa época um dos temas discutidos pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) era a definição do perfil do médico que deveria ser formado no país.

Em 1973, a ABEM realizou um seminário sobre “A formação do Médico de Família”, no qual foi sugerido que as universidades deveriam desenvolver modelos de atendimento médico centrados na atenção à família, e considerou-se que só se poderia falar em médico de família quando houvesse um sistema de saúde que oferecesse atendimento centrado na família.

Em 1978, a ABEM promoveu um seminário sobre “A formação do médico generalista”, tema também de seu congresso anual, realizado em Londrina.

Gradualmente, nos debates sobre educação médica, foi se estabelecendo um consenso quanto a orientar o currículo da graduação para a formação do médico generalista.

Segundo Marsiglia (1995), a Integração Docente Assistencial (IDA) é considerada a primeira proposta mais abrangente de mudança na educação médica a ser implementada na prática, da qual se esperavam grandes transformações nos currículos das faculdades, com a finalidade de estimular a formação geral de profissionais e criar novas relações de professores e alunos com a prática.

Além de buscar definir o médico a ser formado, o reconhecimento generalizado da inter-relação entre estrutura assistencial, prática médica e educação médica, no final dos anos 1970 e início dos 1980 levou a que se procurassem fortalecer as oportunidades de integração entre serviços e escolas médicas. Considerava-se que por meio das relações universidade/serviços de saúde seria possível acelerar a transformação dos serviços de saúde e do processo de formação simultaneamente (FEUERWERKER, 1998, p. 68).

Valorizava-se o desenvolvimento de serviços básicos de saúde, a criação de Distritos Docente-Assistenciais (DDA) e a gestão conjunta dos programas de IDA com a participação das instituições envolvidas.

Naquele momento, no Brasil, a Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação e Cultura (MEC) exortou as universidades a aderirem às propostas de IDA.

As iniciativas de IDA foram conduzidas especialmente pelos Departamentos de Medicina Preventiva, com participação pequena de outros, como os de Pediatria, Tocoginecologia e Psiquiatria. Muitas das experiências de IDA, que surgiram no período, ainda continuam em atividade, mas em segmentos definidos da Universidade e em serviços de saúde específicos.

Esses projetos se reúnem em rede, através da Rede UNIDA, que tem procurado influir na discussão sobre a formação de recursos humanos em saúde no Brasil.

Atualmente avalia-se que as mudanças na educação médica devidas à IDA ficaram aquém do que se esperava.

A integração docente – assistencial no Brasil foi apoiada e incentivada por políticas públicas originárias tanto dos ministérios da área da saúde como da educação, traduzidas em mecanismos legais de financiamento e incentivos de variadas ordens (Kisil, 1985). Apesar disso, a expectativa inicial de que essa iniciativa fosse, por isso mesmo, capaz de produzir mudanças substanciais não se confirmou. Todos esses mecanismos de incentivo à inter-relação universidade-serviços resultaram em poucas mudanças no ensino das profissões de saúde, no papel que a Universidade assume na educação permanente dos profissionais da área e na relação entre hospitais universitários, escolas médicas e rede de serviços de saúde (FEUERWERKER, 1998, p. 71).

Fato curioso é que o período da Reforma Sanitária brasileira, em que ocorreu intensa mobilização política, é pouco expressivo em iniciativas de educação médica relevantes no país.

Feuerwerker (1998) analisa os sujeitos atuantes na educação médica no Brasil nos últimos trinta anos, as relações entre eles e seus projetos. Entre os docentes das escolas médicas destaca duas correntes: uma vinculada à Medicina Social e Saúde Coletiva e outra, a que chama pedagógica, mais ligada às questões específicas da educação médica. Apesar de atuantes, essas correntes não foram majoritárias no período, e suas propostas de mudança enfrentaram grandes resistências.

A interação entre as duas correntes parece ter sido importante, uma vez que juntas levaram à prática grandes experiências inovadoras que ocorreram nas décadas de 1970 e 1980, dentre elas a Integração Docente-Assistencial.

Quando as correntes ligadas à Medicina Preventiva e Social passaram a se dedicar ao processo da Reforma Sanitária e à organização dos serviços, em detrimento dos processos de educação médica, especialmente na década de 1980, observou-se perda importante de dinamicidade no movimento de mudança da educação médica. Uma das razões para isso foi o isolamento da corrente pedagógica, que não estava vinculada ao processo de mudanças no sistema de saúde, ocorrendo uma perda de ligação com um movimento social real.

Nesse período, as correntes conservadoras exerceram influência hegemônica sobre o processo e o conteúdo da formação médica, desestabilizando as tentativas de mudanças.

Feuerwerker (1998) analisa também alguns problemas conceituais das principais propostas de mudança da educação médica até o final da década de 1980 e destaca alguns pontos.

A partir de certo momento ganhou força a idéia de que as mudanças no ensino médico iriam se viabilizar induzidas por mudanças nos serviços de saúde. Na metade da década de 1980 a corrente da Medicina Social praticamente afastou-se do cenário da educação médica e passou a se dedicar à Reforma Sanitária.

Apesar da profundidade das mudanças que ocorreram nos serviços de saúde, não se definiu o perfil e as características desejáveis do médico a ser formado.

Embora seja correto que práticas sanitárias, organização do sistema de saúde e mercado de trabalho exerçam influência sobre o perfil e o conteúdo da formação de médicos, no processo de mudança do setor saúde deve-se procurar influir na formação durante todo o tempo e em todas as oportunidades.

Portanto, uma vez que a área de educação foi deixada à margem, ocorreram conseqüências para a implementação do sistema de saúde, devido à abordagem inadequada da formação profissional.

Na década de 90 e nos anos 2000, ocorreram alguns fatos de destaque no cenário da educação médica no Brasil, que são relacionados a seguir.

Em 1991, é criado o Projeto da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM), por entidades representativas ligadas ao ensino e à prática da medicina, com a finalidade de avaliar os componentes que pudessem melhorar a qualidade e transformar a realidade do ensino médico no Brasil.

Em 1996, entra em vigor a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), que define o ensino com base em competências e valoriza o local de trabalho com um espaço privilegiado de ensino/aprendizagem, possibilitando que a integração entre instituições formadoras e serviços e a tomada de decisões necessárias ao funcionamento do sistema ocorram localmente.

Outra iniciativa importante é a constituição dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família, destinado a capacitar os profissionais de acordo com o perfil adequado aos princípios da estratégia de Saúde da Família. Apesar da atuação dos Pólos ser importante, o impacto que eles exercem sobre a graduação em saúde ainda é muito baixo.

Em fevereiro de 2001, foi instituído o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), por iniciativa do Ministério da Saúde, envolvendo médicos e enfermeiros e dirigidos a regiões do país em que a atenção à saúde é bastante precária.

Em abril de 2002, foi criado, também pelo Ministério da Saúde, o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares em Cursos de Medicina (PROMED), cujo objetivo é reorientar os produtos da escola médica – profissionais formados, conhecimentos gerados e serviços prestados, dando ênfase às mudanças no modelo de atenção à saúde, em especial àquelas voltadas para o fortalecimento da atenção básica.

Um aspecto contraditório da formação profissional em saúde é que, apesar do mandato constitucional concedido ao SUS para ordená-la, na prática o Ministério da Educação é quem a controla.

Apesar desse quadro institucional, avalia-se que iniciativas como o PSF, o PITS e o PROMED, desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, são promissoras na medida em que representam, na prática, assumir esse papel definido na Constituição, ao mesmo tempo em que se desenvolve articulação intersetorial com o Ministério da Educação (LAMPERT, 2002).

Nesse contexto histórico, o Ministério da Educação instituiu em novembro de 2001 as novas Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Medicina (BRASIL, 2001c), que estabelecem competências e habilidades para o perfil do profissional médico ao final da graduação, de forma a capacitá-lo para atender às necessidades básicas de saúde, com formação geral, humanista, reflexiva e crítica.

As Diretrizes representam um avanço na formação profissional ao estabelecerem que a estrutura da graduação médica deve:

- vincular a formação às necessidades sociais de saúde, com ênfase no SUS, através da integração ensino-serviço;
- propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde;
- inserir o aluno precocemente em atividades práticas;
- utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem.

Com esses dispositivos abre caminho para a integração entre o aparelho formador e os serviços de saúde, especialmente do SUS.

Para se ter idéia da importância das Diretrizes Curriculares existem avaliações que:

As possibilidades de levar adiante mudanças curriculares para a formação de médicos preparados para exercerem a prática da Medicina no contexto de um novo modelo de cuidados de saúde centrado na estratégia de saúde da família dependem, em grande medida, das novas diretrizes curriculares para os cursos médicos (CORDEIRO, 2000, p. 40).

Outro aspecto de grande importância decorrente do perfil que as Diretrizes estabelecem é que “esse perfil conflui com o que é requerido para atuar nas equipes de saúde, na estratégia do PSF [...]” (LAMPERT, 2002, p. 109).

Com relação a isso há vários pontos das Diretrizes em comum com os princípios do PSF e as atribuições dos seus profissionais já referidas, podendo-se citar:

- análise dos problemas da sociedade e procura de soluções para os mesmos;
- integralidade das ações do cuidar médico;
- atuação em equipe;
- atitudes humanísticas;

- atuação no sistema hierarquizado de saúde, obedecendo aos princípios de referência e contra-referência.

Enfim, as novas Diretrizes Curriculares para a graduação médica valorizam, além da excelência técnica, a relevância social das ações de saúde e do próprio ensino.

2.8 – PARADIGMAS DA EDUCAÇÃO MÉDICA

Embora o conceito de paradigma, *stricto sensu*, não seja aplicável à educação médica, esse termo tem sido usado na América Latina em sentido amplo, de modelo, para designar o referencial do modelo biomédico, dominante na educação médica, através da expressão paradigma flexneriano (CHAVES, 1996).

Segundo Lampert (2002), a educação médica orientada pelo tradicional paradigma flexneriano, tem se caracterizado por:

- predomínio de aulas teóricas, com enfoque em doenças e fragmentação do conhecimento em disciplinas;
- processo de ensino-aprendizagem centrado no professor, através de aulas expositivas e demonstrativas;
- atividades práticas realizadas predominantemente em hospitais;
- capacitação docente privilegiando a competência técnico-científica;
- mercado de trabalho referenciado pelo consultório particular.

Este modelo estimula a especialização precoce, já na própria graduação, e dificulta a formação geral do médico.

Este paradigma já dá sinais de exaustão, não atendendo mais às necessidades sociais e da comunidade científica, sendo necessária sua substituição por outro, adequado ao seu tempo.

Essa substituição se dará após a passagem por um período de transição, em que o velho e o novo paradigma irão conviver por algum tempo (CHAVES, 1996).

Chaves (1996) observa que o novo paradigma deverá se aplicar à prática da saúde de uma maneira geral e não apenas à educação profissional. Deve atender também a algumas necessidades da sociedade contemporânea:

- Divisão racional do trabalho e respeito mútuo entre os profissionais das equipes de saúde, trabalho de generalistas e especialistas realizado de forma complementar;
- Melhor definição dos perfis ocupacionais e currículos adequados às competências necessárias à prática profissional;
- Controle no uso da alta tecnologia, de forma a equilibrá-lo com a compaixão e o calor humano no atendimento;
- Aperfeiçoamento da avaliação de desempenho e certificação profissional, acreditação das instituições de ensino e dos serviços de saúde;
- Promoção da integração curricular e da articulação entre a teoria e a prática;
- Desenvolvimento da Bioética, devido aos impactos das inovações científicas na atenção à saúde;
- Maior atenção à unidade entre o corpo e a mente no ensino e na atividade profissional;
- Compreensão de outras terapêuticas, usadas de forma complementar ou alternativa;
- Maior atenção, na prática clínica, à qualidade de vida e ao desejo de uma morte boa e digna;
- Exploração das fronteiras entre a ciência e a religião na formação profissional, inclusive quanto à influência terapêutica desta.

Segundo Lampert (2002), desde a década de 60, com o surgimento da proposta da Medicina Preventiva, procura-se formular um novo paradigma, que se contraponha ao modelo hospitalocêntrico.

A Declaração da Alma-Ata foi um marco nesta trajetória, que prossegue com a Conferência de Ottawa (1986), que formulou a proposta de Promoção da Saúde e discutiu a saúde como qualidade de vida.

No Brasil, os modelos da Medicina Preventiva e da Promoção da Saúde tiveram dois marcos importantes no movimento da Reforma Sanitária e na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que influíram na política constitucional para a saúde.

Lampert (2002) relata que os fóruns de educação médica têm feito recomendações para promover mudanças efetivas na formação médica, coerentes com o modelo do novo paradigma, relacionadas a seguir:

- A concepção do processo saúde-doença deve destacar mais a saúde, nos aspectos da promoção, preservação e recuperação;
- Processo ensino-aprendizagem mais centrado no aluno, que desempenharia papel ativo na própria formação;
- Atividades práticas realizadas no sistema de saúde, voltadas para as necessidades básicas, valorizando a referência e contra-referência entre seus níveis hierárquicos e a abordagem intersetorial dos problemas de saúde;
- Capacitação docente dirigida não apenas à competência técnico-científica, mas também à didático-pedagógica;
- Atitude docente de participação e compromisso com o sistema público de saúde e com suas políticas de saúde, colaborando inclusive com a capacitação de seus profissionais;
- Posicionamento perante o mercado de trabalho médico marcado pela reflexão crítica sobre os aspectos econômicos, humanísticos e éticos da prestação de serviços de saúde.

No setor saúde o novo modelo busca a construção do paradigma da integralidade, que possa aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica (CAMPOS et al., 2001).

Nesse modelo pedagógico a formação deve ser menos voltada para a assistência individual e hospitalar, tornar-se mais contextualizada, valorizar os aspectos sociais, econômicos e culturais da população e preparar os profissionais para compreender e intervir no desenrolar do processo saúde-doença da população com a qual atuam.

Deve observar os princípios do SUS, procurando atuar com responsabilidade integral sobre um território e sua população, de forma multiprofissional e interdisciplinar.

Deve valorizar a relevância social, além da excelência técnica, promover a integração curricular, a adoção de modelos pedagógicos interativos e de metodologias de ensino-

aprendizagem centradas no aluno, como sujeito de aprendizagem e no docente, como facilitador do processo de construção do conhecimento.

Devem ser estimuladas as parcerias entre as universidades, os serviços de saúde e as comunidades de forma a garantir que o processo de ensino-aprendizagem seja orientado pelos problemas sanitários relevantes e prevaletentes nas populações.

Apesar da Constituição Federal indicar que o SUS deveria ordenar a formação profissional na área de saúde e deste envolver expressivos setores sociais, com recursos estratégicos e capacidade para influir nessa formação, isso ainda não tem se concretizado numa prática institucional.

Uma vez que é improvável uma transformação espontânea das instituições de ensino na direção desejada pelo SUS, é necessário que este desempenhe um papel indutor das mudanças na formação profissional, de forma a atender seus interesses e necessidades, no processo de construção de um modelo de atenção à saúde mais integral.

Com essa finalidade, Campos et al. (2001) discutem um processo de mudança gradual das instituições de ensino em direção a uma imagem-objetivo, na qual estariam integradas e dando respostas ao SUS na formação profissional, produção de conhecimentos e prestação de serviços de saúde.

O grau mais avançado e desejável deste processo da mudança estaria representado pelas situações descritas a seguir:

- pesquisa científica contemplando também a atenção básica e a gestão do SUS;
- aprendizagem coerente com a importância dos fatores determinantes da saúde; com esse propósito deve-se interagir com os serviços de saúde e integrar aspectos de promoção, prevenção e cura, incluindo as necessidades da atenção básica;
- oferta de pós-graduação definida de forma articulada com os gestores do SUS;
- currículo integrado, com os conteúdos organizados em módulos;
- aprendizagem ativa, com tutoria; realizada em diversos cenários, incluindo a própria comunidade;

- ensino privilegiando a resolução de problemas e enfatizando a realidade de saúde, vivenciada nos serviços e na comunidade;
- atividades extramurais nas unidades do SUS, escolas e comunidade, com complexidade crescente;
- serviços de saúde universitários integrados ao SUS, incluindo referência e contra-referência;
- participação ampla dos alunos em atividades clínicas e comunitárias, sob supervisão docente.

2.9 – A DISCIPLINA INTERNATO RURAL

No Brasil, uma iniciativa que se destacou no campo da Integração Docente – Assistencial foi a estruturação da disciplina denominada “Internato Rural”, incluída em cursos de graduação e desenvolvida sob a forma de estágio junto às comunidades e aos serviços do Sistema Único de Saúde.

Implantado na Faculdade de Medicina da UFMG em 1978, o Internato Rural tem reconhecida importância na graduação médica dessa instituição e junto ao Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais (ALVES, 1998).

Barbosa (1995), ao descrever as referências teórico-metodológicas da disciplina Internato Rural, da Faculdade de Medicina da UFMG, afirma que se propunha romper com o modelo de educação médica dentro do padrão hospitalocêntrico flexneriano, deslocando-se o eixo para a Atenção Primária de Saúde, valorizando as ações preventivas e procurando ver o paciente como um todo, um ser humano integrado à sociedade.

Utiliza-se um método pedagógico que propõe não tomar o ensino como mera reprodução do saber, mas como um processo próprio em que o aluno tem criatividade. O estudante envolve-se num processo de aprender-fazendo e também dispõe de autonomia.

Nessa pedagogia de ensino centrado no problema, o docente, ao invés de ser um transmissor de conhecimentos, tem um papel de facilitador na resolução de problemas.

Ao vivenciar os fatos e refletir sobre a realidade diversificada do trabalho médico, o aluno pode exercer um papel de ator e não somente de expectador passivo.

Outras expectativas da disciplina são: despertar uma consciência crítica nos alunos, permitir que estes avaliem os conhecimentos e habilidades adquiridos na graduação, no confronto com as demandas locais de atenção à saúde e também refletir sobre a organização dos serviços de saúde e a nosologia prevalente.

Alves (1996), em estudo sobre o Internato Rural da UFMG, concluiu que o fato de o aluno exercer um papel que se assemelha ao do médico, nas consultas, nos grupos operativos, nas palestras e outras atividades, era a principal característica do estágio, que o diferenciava das outras disciplinas do currículo, e levava o aluno a refletir sobre o processo saúde-doença e o papel da Medicina na sociedade.

A seguir será apresentado o Internato Rural da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, implantado alguns anos após o Internato Rural da Faculdade de Medicina da UFMG.

2.10 – O INTERNATO RURAL DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS

A Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais foi fundada em 1950 por um grupo de professores, liderado por Lucas Monteiro Machado.

É uma instituição privada, filantrópica, mantida pela Fundação Educacional Lucas Machado, que oferece os cursos de Medicina, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

No final de 1988 a Faculdade realizou uma atividade voluntária com alguns alunos de Medicina, que serviu como um projeto piloto visando à criação do Internato Rural.

A iniciativa foi bem sucedida e já no início de 1989, no contexto de uma reforma curricular parcial, a Faculdade implantou a disciplina Internato Rural, no 5º ano do novo currículo do curso médico, realizado em municípios do interior do estado. Posteriormente a disciplina foi implantada também no currículo de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

No seu início, o Internato foi implantado em regiões mais distantes do Estado, mas atualmente as cidades estão a uma distância média de duzentos quilômetros de Belo Horizonte.

No segundo trimestre de 2003, quando foi realizada esta pesquisa, o Internato Rural era realizado nos seguintes locais: Acaiaca, Formiga, Gouveia, Itabira, Distrito de Ipoema, Distrito de Senhora do Carmo, João Monlevade, Luz, Mariana, Moema, Monjolos, Santa Cruz do Escalvado, São Pedro dos Ferros.

Para a implantação do Internato Rural nos municípios do interior do Estado firma-se convênio entre as Prefeituras e a Faculdade, que prevê que os municípios são responsáveis por oferecer as condições necessárias ao funcionamento do Internato, o que inclui montar uma casa, fornecer alimentação e transporte para a realização das atividades, especialmente na zona rural.

Os alunos geralmente vão em duplas para as cidades, em algumas delas existem alunos de dois ou três cursos da Faculdade, situação em que se procura atuar de forma integrada nas atividades.

Os alunos que não podem ir para o interior, geralmente casados ou que têm emprego, fazem o Internato no Distrito Sanitário Leste, em Belo Horizonte.

A escolha dos locais é feita pelos próprios alunos, através de sorteio, de acordo com a relação de cidades conveniadas.

A disciplina está ligada ao Departamento de Medicina Preventiva e Social e conta, na área médica, com docentes de Medicina Social, Pediatria e Ginecologia-Obstetrícia. Além disso existem também docentes de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Nas supervisões realizadas pelos docentes são discutidas as atividades de saúde coletiva, incluindo as realizadas com o PSF, o atendimento clínico, aspectos operacionais e situações diversas do funcionamento da disciplina.

As atividades realizadas no município são definidas de acordo com o interesse comum da secretaria municipal de saúde e da disciplina, mediante discussões regulares, incluem

atendimento clínico nas unidades ambulatoriais do SUS e ações de saúde coletiva, como grupos de pacientes, palestras educativas, levantamentos epidemiológicos e outras.

Em alguns locais conveniados existe também o Internato Rural da UFMG (Medicina, Enfermagem e Odontologia), com o qual se procura atuar de forma integrada.

O estágio tem duração aproximada de dois meses e meio e é interrompido em janeiro e na segunda quinzena de julho, devido ao calendário das escolas particulares, estabelecido em convenção coletiva de trabalho, fato que gera uma descontinuidade prejudicial às suas atividades.

Antes de os alunos iniciarem as atividades nos municípios, é realizada uma reunião preparatória na Faculdade, que inclui informações gerais sobre a disciplina, aulas sobre o Programa de Saúde da Família, Saúde da Mulher e Saúde da Criança, além de uma discussão entre os alunos e professores sobre as atividades específicas de cada cidade.

Nos últimos anos um número significativo de docentes fez cursos de pós-graduação *strictu sensu*, o que contribuiu para incrementar e aprimorar a produção científica realizada nas atividades da própria disciplina, por estes e pelos alunos.

Um dos docentes da disciplina, da área de ginecologia, desenvolve também uma iniciativa denominada Internato Campanhista. É uma atividade voluntária, na qual participam alunos que não estão cursando o Internato Rural, realizando estudos epidemiológicos, geralmente sobre Saúde da Mulher, nos municípios do Internato e noutros. Os trabalhos produzidos são repassados e discutidos com os municípios, contribuindo para formular suas políticas de saúde, e divulgados também em eventos científicos. No ano de 2003 o Internato Campanhista desenvolveu um estudo sobre prevalência de incontinência urinária, em conjunto com o Internato Rural.

Alguns docentes da disciplina têm participado também de atividades de capacitação em Saúde da Família, como cursos introdutórios e de especialização.

Esses docentes têm se envolvido também com as discussões sobre educação médica, no âmbito da própria Faculdade e nas atividades e eventos da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM).

O Internato Rural é apoiado pelo Programa de Integração Serviço-Ensino (PISE), da Secretaria de Estado da Saúde, que fornece uma bolsa de ajuda de custo mensal a cada aluno, de grande importância para a disciplina.

Nos últimos anos, o Internato Rural incluiu entre os critérios de escolha das cidades a existência de equipes de PSF, com o propósito de atuar de forma integrada com estas, por acreditar na importância dessa estratégia para a reorganização da atenção básica no SUS.

Essa opção da disciplina está definida em seus objetivos pedagógicos, relacionados a seguir:

- Proporcionar ao aluno da Faculdade uma compreensão do processo saúde-doença, seus determinantes e condicionantes;
- Inserir o aluno na rede básica de saúde dos municípios, de forma que ele tenha a oportunidade de atuar junto ao Sistema Único de Saúde (SUS) e seus profissionais;
- Atuar de forma integrada com as equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);
- Contribuir na formação de profissionais com um perfil mais adequado às necessidades do SUS;
- Contribuir na reorganização dos serviços e das ações básicas de saúde desenvolvidas pelas Secretarias Municipais de Saúde;
- Desenvolver ações de mobilização da comunidade, visando ao avanço da consciência sanitária da população;
- Desenvolver ações de prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, visando à melhoria da qualidade de vida e do nível de saúde da população.

Ao mesmo tempo que se procura propiciar ao aluno a oportunidade de compreender e participar da construção de um novo modelo de atenção à saúde, espera-se também que o convívio com a equipe de PSF possa influir positivamente na definição de seu perfil profissional.

3 – OBJETIVOS

O objetivo geral da pesquisa é:

- Compreender como a disciplina Internato Rural influencia a graduação médica da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, especialmente no preparo do graduando para atuar na equipe de PSF.

Quanto aos objetivos específicos, são os seguintes:

- Conhecer as atividades realizadas pelo aluno do Internato Rural com as equipes de PSF;
- Compreender o que representa para a formação do aluno do Internato Rural atuar com as equipes do PSF;
- Identificar o conhecimento do aluno do Internato Rural sobre o PSF.

4 - MÉTODOS

Devido à natureza do objeto de investigação desta pesquisa, optou-se pelo uso de uma metodologia qualitativa.

A região mais visível dos fenômenos sociais pode ser captada por meio das metodologias quantitativas. Entretanto, a partir daí, à medida que se adentra num universo qualitativo, que envolve valores, atitudes, crenças, significações, aspirações e motivos, que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, é necessário um outro referencial para a coleta e interpretação de dados (GURVITCH, 1955 apud MINAYO, 1992).

Na abordagem qualitativa preocupa-se mais em aprofundar e compreender um grupo social, uma política ou uma representação.

Por esses motivos, esta metodologia foi considerada a mais adequada para a pesquisa.

No trabalho de campo da pesquisa optou-se pela utilização de uma entrevista semi-estruturada, que permitisse recolher informações através da fala dos atores sociais.

A seguir foram estabelecidos os critérios de amostragem e a estratégia para a entrada em campo.

A amostragem qualitativa privilegia os sujeitos que detêm os atributos que se quer conhecer, considera-os em número suficiente para que possa ocorrer uma reincidência das informações, entende que, apesar da homogeneidade relativa aos seus atributos, o conjunto de informantes deve ser diversificado para permitir apreender semelhanças e diferenças e finalmente procura um grupo de observação e informação que contenha o conjunto de experiências que se quer objetivar com a pesquisa (MINAYO,1992).

Uma vez que a pesquisa refere-se à graduação médica, os alunos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, cursando a disciplina, não foram entrevistados.

O critério para escolha dos alunos de Medicina a serem entrevistados foi o fato de estarem realizando atividades junto com as equipes de PSF, nos locais em que estavam fazendo Internato.

Assim, não foram entrevistados os que estavam em locais em que havia PSF, mas na programação das atividades estabelecida pelo município, o Internato não atuava junto com este.

Da mesma maneira os alunos que estavam em locais onde havia o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), mas não havia PSF, também não foram incluídos.

Observando os procedimentos éticos recomendados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP), da UFMG, a cuja aprovação a pesquisa foi submetida, não foram incluídos os alunos sob supervisão docente do autor.

Entre os alunos incluídos, observou-se que equipes dos locais em que estavam ficaram incompletas em certos momentos, devido à saída de algum profissional, substituído posteriormente. Não se considerou esse fato, que ocorre com freqüência nas equipes de PSF, como motivo para excluir esses alunos da pesquisa.

Assim, dos vinte alunos que cursavam a disciplina no segundo trimestre de 2003, foram entrevistados dez alunos, que estavam fazendo Internato Rural em Luz, Moema, Gouveia e nos distritos de Ipoema e Senhora do Carmo, localizados na zona rural de Itabira. Ao final deste capítulo, descreve-se estes locais e suas equipes de PSF.

O momento escolhido para a realização das entrevistas foi o final do estágio, pois considerou-se que era necessário apreender a experiência dos alunos com o PSF referente ao período letivo completo.

Demo (2000) observa que, na pesquisa qualitativa, o depoimento referente à experiência consolidada é mais consistente e elaborado, e até certo ponto mais crítico e autocrítico.

Assim, oito entrevistas foram realizadas na última semana de atividades, de 7 a 11 de julho de 2003, nos próprios municípios, metade delas na unidade de saúde, ao final dos trabalhos, e a outra metade na casa dos alunos.

Como o tempo não foi suficiente para percorrer todos os municípios nesta última semana, as outras duas entrevistas foram feitas no reinício das aulas, entre 5 e 7 de agosto, na própria Faculdade.

O roteiro de entrevista visou a apreender o ponto de vista dos atores sociais. Procurou facilitar o processo de comunicação e constituiu-se de poucas questões, somente as consideradas necessárias para delinear o objeto de pesquisa, em relação à realidade empírica.

O roteiro deve contribuir para fazer emergir a visão, os juízos e as relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto, sob o ponto de vista dos entrevistados (MINAYO, 1992).

O roteiro foi construído com cinco perguntas, relacionadas a seguir:

- Que atividades você desenvolveu junto à equipe do Programa de Saúde da Família?
- Em sua opinião o que representou para sua formação profissional atuar junto à equipe do Programa de Saúde da Família?
- O que você conhece sobre o Programa de Saúde da Família? O que aprendeu no Internato Rural?
- Você considera que a vivência com o PSF no Internato Rural o capacita a ser médico do PSF? Por quê?
- Após atuar com uma equipe de PSF você considera que poderia vir a trabalhar futuramente numa equipe? Por quê?

Todas as entrevistas foram gravadas e em nenhuma delas houve perda do material gravado.

Minayo (1992) sugere alguns passos operacionais para realizar a análise de dados, que se procurou seguir na pesquisa.

Inicialmente se fez uma ordenação dos dados. As fitas-cassetes foram transcritas integralmente, procurando-se ser fiel ao seu conteúdo. Embora o autor não tenha feito a transcrição das fitas, ele ouviu todas as entrevistas, com a finalidade de conferir e corrigir as transcrições e de procurar apreender as impressões e emoções dos alunos. Foi feita uma leitura geral, “horizontal”, das entrevistas, e uma organização inicial dos relatos.

Seguiu-se então uma etapa de classificação dos dados, descrita a seguir.

Inicialmente foram feitas leituras repetidas, mais detalhadas, procurando apreender os aspectos relevantes de cada entrevista, apontados pelos alunos; em seguida procedeu-se a um recorte de cada pergunta, identificando e anotando seus conteúdos relevantes, orientado pelos objetivos da pesquisa.

A seguir, esses conteúdos, de cada pergunta, de todas as entrevistas, foram agrupados em uma classificação inicial, mais ampla.

Essa classificação foi depois aprimorada e sintetizada em categorias, empíricas, que são apresentadas nos resultados.

Na análise das entrevistas procurou-se relacionar o material empírico com o referencial teórico, num movimento dialético que oscila entre o concreto e o abstrato, o particular e o geral.

Para tentar responder ao problema que motivou esta pesquisa, procurou-se compreender como o fato de cursar o Internato Rural influenciou a formação do aluno, especialmente em relação ao preparo para atuar no PSF.

Para se compreender este preparo, tomou-se como referência o perfil profissional do médico do PSF, incluindo as atividades que este deve realizar.

Este perfil foi definido de acordo com as atribuições fundamentais e as comuns a todos os profissionais da equipe, bem como as atribuições específicas do médico do PSF, definidas pelo Ministério da Saúde, já referidas na revisão da literatura. Além disso, foram levados em conta também os princípios e objetivos que orientam a atuação do PSF, também já referidos.

Essa influência foi considerada favorável caso o aluno, ao cursar o Internato Rural, tenha desenvolvido e incorporado conhecimentos, atitudes e habilidades em comum com estas atribuições, princípios e objetivos.

Embora na verdade estas se refiram ao profissional do PSF, supõe-se que o fato de o aluno em formação desenvolvê-las pode torná-lo mais preparado para atuar na equipe de PSF, ao graduar-se.

Na apresentação e análise dos resultados, e mesmo na conclusão, serão citadas novamente as atribuições, princípios e objetivos do PSF.

Essa repetição não tem o propósito de forçar conclusões tendenciosas, mas de facilitar a confrontação destas com o material originário das entrevistas, de maneira a possibilitar o processo de análise e a conseqüente conclusão.

Um ponto que merece reflexão é a possibilidade de ocorrência de viés na pesquisa, pois, apesar de não ter entrevistado os alunos sob sua supervisão direta, o autor é docente da disciplina. Embora aparentemente os alunos tenham sido espontâneos e críticos nas entrevistas, a possibilidade de ocorrer viés em situações como esta, que pode se dar de muitas maneiras, deve ser levada em consideração pelo pesquisador, exigindo-lhe uma postura crítica a respeito (HAGUETTE, 2000).

A seguir será feita uma descrição sumária das equipes de PSF e dos locais em que os alunos entrevistados estavam fazendo Internato Rural.

4.1 – OS MUNICÍPIOS E AS EQUIPES DE PSF

Município de Luz

O município de Luz está localizado na região oeste do Estado, na região do Alto São Francisco, a 188 km de Belo Horizonte.

Sua população era de 16.973 habitantes em 1996, sendo 14.425 pessoas residentes na zona urbana e 2.548, na zona rural. Sua principal atividade econômica é a agropecuária e seu maior distrito é o de Esteios.

O município implantou o PSF em maio de 2002, conta com três equipes em atividade, compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis ACS.

As equipes atingem uma cobertura de 62% da população e estão sediadas nos bairros Aparecida, Rosário e Soda, na zona urbana.

Além do PSF, existe também o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em atividade. (Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Luz).

Município de Moema

O município de Moema está localizado na região oeste do Estado, na região do Alto São Francisco, a 159 km de Belo Horizonte.

Sua população era de 5.911 habitantes em 1996, sendo 5.375 pessoas residentes na zona urbana e 536 na zona rural. Seu maior distrito é o de Chapada. Suas principais atividades econômicas são a agropecuária e o comércio.

O município implantou o PSF em 1998, tem duas equipes em atividade, nas zonas urbana e rural, compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco ACS, cobrindo 95% da população.

Não existe Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em atividade no município. (Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Moema)

Município de Gouveia

O município de Gouveia está localizado na região do Alto Jequitinhonha, a 258km de Belo Horizonte.

Sua população era de 11.424 habitantes em 1996, sendo 7.715 pessoas residentes na zona urbana e 4.009 na zona rural.

O município possui várias comunidades na zona rural: Barão do Guaicui, Cuiabá, Espinho, Pedro Pereira, Engenho da Bilia, Engenho da Raquel, Camilinho, Água Parada, Vila Alexandre Mascaranhas e Riacho dos Ventos.

O município implantou o PSF em junho de 1996, conta com quatro equipes em atividade, compostas cada uma por um médico, um enfermeiro, um dentista, um auxiliar de enfermagem, um auxiliar de consultório dentário e sete ACS.

Três equipes estão sediadas nos bairros Serrinha, Luiz Ponciano e Comunidade do Sol, na zona urbana. Uma equipe é responsável pelas comunidades da zona rural. (Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Gouveia)

Distritos de Ipoema e Senhora do Carmo

Os distritos de Ipoema e Senhora do Carmo estão localizados na zona rural de Itabira, respectivamente a 34 km e 36 km da sede do município, localizado na região do Médio Piracicaba, a 111km de Belo Horizonte.

A população de Ipoema era de 2.776 habitantes e a de Senhora do Carmo era de 3.617 habitantes, no Censo do ano 2000.

O município implantou o PSF em Ipoema em 1998, conta com uma equipe em atividade, composta por um médico, um enfermeiro, três auxiliares de enfermagem, um dentista, um auxiliar de consultório dentário, dez ACS e um psicólogo.

Em Senhora do Carmo, o PSF também foi implantado em 1998, conta com uma equipe em atividade, composta por um médico, um enfermeiro, três auxiliares de saúde e dez ACS.

Nos dois distritos as equipes atingem uma cobertura de 100% da população. (Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Itabira).

5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

As informações originárias das entrevistas com os alunos foram agrupadas e serão apresentadas e discutidas a seguir, de acordo com a mesma seqüência do roteiro.

5.1 - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS COM A EQUIPE DE PSF

Considerando as atribuições definidas pelo Ministério da Saúde, as atividades foram agrupadas como referentes à área de saúde coletiva e como atendimento clínico.

5.1.1 - ATIVIDADES DE SAÚDE COLETIVA

As atividades de saúde coletiva são descritas a seguir.

5.1.1.1 - A Visita Domiciliar

A visita domiciliar, uma atribuição da equipe, era sempre feita em conjunto com seus profissionais. As atividades realizadas com mais freqüência eram atendimento clínico e orientação às famílias.

Ah, tá! As visitas domiciliares, elas eram feitas, mais ou menos, duas a três vezes por mês também, nos pacientes acamados, normalmente eram pacientes, eram pacientes sequelados de AVC.

E aí, geralmente hipertensos também, a gente olhava tudo, se precisasse de examinar, se precisasse pedir algum exame pedia, apesar da dificuldade de ser feito, porque eles são acamados, e algumas visitas de orientação também que, não eram visitas para examinar nem nada, a gente conversava, a agente de saúde fica sabendo se a pessoa não está tomando o remédio direito, se não faz o regime, para a gente tentar fazer uma conscientização, sabe, tentar abordar de uma outra forma. E 6

A visita domiciliar descrita pelo aluno guarda semelhança com a observada por Silva & Dalmaso (2002) em pesquisa no Projeto Qualis, experiência de PSF implantada na cidade de São Paulo em 1996.

Nesse, embora os ACS identificassem nas entrevistas, como ponto central de seu trabalho, as orientações, especialmente sobre prevenção de doenças e saneamento, na observação de seu trabalho, no qual predominavam as visitas domiciliares, constatou-se que as ações em torno da assistência médica e do controle de riscos (reforço da conduta médica, controle de medicação/ tratamento, marcação de exames e consultas) representavam a maior parte das suas atividades.

Devido à ausência de médico na equipe, a pedido do município, este foi temporariamente substituído pelo aluno em parte de suas atividades, como a visita domiciliar, até que se conseguisse outro profissional.

A segunda atividade desenvolvida foi a atividade de visita domiciliar, que a gente ia na zona rural, basicamente na zona rural, porque no centro mesmo a gente não chegou a ter visita domiciliar, e o atendimento, a gente ia com uma enfermeira, com um acadêmico de enfermagem e com um auxiliar de enfermagem, normalmente, e como médico, assim, porque no primeiro mês a gente estava sem médico aqui na comunidade, então a gente fazia o papel do médico, assumia toda a responsabilidade, tanto que a gente chegava na comunidade, a enfermeira, a auxiliar, todo mundo ficava esperando a nossa conduta. Então, por exemplo, a gente chegava, tinha uma situação “X”, todo mundo ficava esperando, você tinha que ver o que estava acontecendo, fazer a consulta, dar as orientações para todo mundo, então assim, a gente tinha o papel de médico mesmo, não era porque a gente era o acadêmico que você não tinha responsabilidade de fazer as coisas, de fazer o que era importante, o que era devido, então, a gente encarava como profissional, os atendimentos eram assim. E 7

Embora essa situação não seja interesse e nem tampouco conste dos objetivos da disciplina, o aluno parece ter se saído bem neste contexto, procurando participar com compromisso das atividades realizadas nas visitas, predominantemente clínicas, de maneira a dar respostas às demandas que surgiam e integrar-se aos outros profissionais da equipe.

A boa recepção da população à equipe, na visita, foi um dos aspectos que impressionaram positivamente os alunos.

As visitas foram basicamente isso, não teve nenhum imprevisto, nenhum... em momento nenhum a gente foi mal recebido, sempre com uma recepção muito calorosa, o pessoal às vezes faz até questão que você coma alguma coisa ou beba alguma coisa, às vezes você é obrigado a lanchar em mais de uma casa seguidas vezes. E 2

Um fato a lamentar é que, devido ao menor interesse e compromisso de alguns alunos com a visita, às vezes ocorre uma irregularidade na sua participação, o que gera por parte da equipe

de PSF uma atitude de restringir sua inclusão na atividade, com conseqüências negativas para o projeto pedagógico da disciplina.

Mas, a experiência não foi tão grande quanto a gente até queria, a gente chegou com a intenção de fazer muita visita, fazer uma Medicina mais comunitária mesmo, acabou que não foi possível, no PSF um e dois teve uma certa resistência, porque eles falaram que às vezes a gente... uma equipe de Internato deseja fazer, os alunos vão e acompanham; a segunda equipe que vem já não quer, então eles ficam sem o acompanhamento acadêmico; então fica aquele negócio, vai ou não vai, então o PSF mudou e desenvolveu assim uma certa resistência... E 2

A importância da visita domiciliar para o conhecimento da realidade das famílias e indivíduos, numa situação capaz de ultrapassar as oportunidades propiciadas pelo atendimento clínico realizado na unidade de saúde, foi percebida assim pelo aluno.

Nesse processo de visita domiciliar, a gente julgou que foi muito importante a gente conhecer a realidade da pessoa, porque muitas vezes a gente, simplesmente pelos atendimentos em Posto de Saúde, a gente prescreve algum tipo de medicamento, prescreve um comportamento para a pessoa que muitas vezes não condiz com a sua realidade. Então, a gente se prendeu mais é... a experiência nossa maior que ficou dessas visitas, foi a questão do lado social, de como a pessoa está presente no seu dia-a-dia, como que é a realidade daquela pessoa. E 1

O saber normativo, veiculado nas práticas de saúde do modelo biomédico, é incompatível com a nova prática sanitária que se busca construir, orientada por uma outra compreensão dos fatores determinantes do processo saúde-doença e das condições de vida dos indivíduos e famílias.

Na situação anterior, a visita domiciliar permitiu ao aluno deparar-se com alguns aspectos desse fenômeno complexo na comunidade em que atuava, sensibilizar-se e abrir-se para uma nova compreensão, agora mais ampliada, das condições de vida de sua população.

Finalmente, a visita domiciliar, uma oportunidade de interagir com a população, foi considerada pelos alunos como muito importante na sua formação médica.

E lá sim, nós realizamos algumas visitas domiciliares, atendendo a população, interagindo mesmo com a população rural, o que a meu ver é de uma importância, assim, essencial realmente no curso de Medicina. Então, basicamente foi isso, em Esteios é que eu realizei essas visitas domiciliares, que foram muito positivas... E 2

Então, para nós, esse projeto de engajamento com as visitas domiciliares do PSF foi muito importante nessa formação. E 1

5.1.1.2 - Pesquisa de Incontinência Urinária

Trata-se de uma pesquisa desenvolvida pelo docente de ginecologia, pelos alunos da disciplina e pelo Internato Campanhista, que visa avaliar a prevalência de incontinência urinária entre mulheres em municípios em que o IR da Faculdade de Ciências Médicas atua. Embora não seja atividade originalmente proposta pela equipe de PSF, o engajamento e a participação desta foi muito importante para sua realização.

E, juntamente com a equipe de PSF, a gente desenvolveu o trabalho de pesquisa nosso, que foi assim, a gente... eu falo equipe de PSF, assim, por causa do material, assim, do meio de transporte, de organizar as tarefas, a divisão com os Agentes Comunitários de Saúde, então assim, não era porque a pesquisa era pela Faculdade, com o Dr. Álvaro, que o PSF não estava envolvido, estava sim, teve uma reunião antes com a Rosilene, que é gerente do Posto, então foi um trabalho conjunto, mesmo porque para funcionar tinha que ser um trabalho conjunto, se fosse só da nossa parte não saía, então eu acho que a equipe teve um papel para a pesquisa muito importante, primordial também. E 7

... depois a gente começou a desenvolver o trabalho de incontinência urinária com o Dr. Álvaro, em todas as comunidades, então cada dia era estabelecida uma comunidade para a gente visitar, tanto no período da manhã, quanto da tarde. E 8

A realização desta atividade contribui para conhecer um aspecto do perfil epidemiológico da população e o desenvolvimento de ações de assistência integral à saúde da mulher, ambas atribuições do PSF.

Campos et al. (2001) discutem a necessidade da pesquisa científica atender às demandas da atenção básica e contribuir para a tomada de decisões criteriosas e o aprimoramento das práticas de saúde, numa nova situação em que as instituições de ensino estejam integradas e dando respostas ao SUS.

Chamam a atenção a organização e a divisão das tarefas da pesquisa com a equipe, especialmente com as ACS, constituindo um trabalho conjunto com a participação desta e dos alunos e docentes da disciplina, o que denota uma atitude de amadurecimento profissional, expressa na capacidade de parceria e colaboração mútua.

5.1.1.3 – Sala de Situação

A atividade da sala de situação é desenvolvida de forma integrada pelo Internato Rural da Faculdade de Ciências Médicas, da UFMG (Enfermagem e Odontologia) e pela equipe de PSF.

Destina-se à elaboração de um diagnóstico para conhecer a realidade sócio-econômica, demográfica e sanitária da população coberta pelo PSF em Ipoema, uma das atribuições previstas para os profissionais das equipes.

... a sala de situação que a gente fez foi um projeto de mapeamento da região, que deve ser feito com todas as outras localidades, a gente fez na... na... numa localidade, juntando tudo, deram trinta famílias.

A gente vai de casa em casa das famílias, entrevistando cada morador da casa, e aí era avaliado a idade, a escolaridade, a renda, a alimentação; o passado da mulher, o passado de preventivo, de gestação; a criança também, o cartão de vacina; tem vários pontos que são avaliados e é individual, sabe.

Foi muito bom a gente ter feito, muito para conhecer o trabalho da agente de saúde, sabe, de perto, ter uma experiência da agente, porque assim, o conhecimento da população a gente teve um período aí bom para poder... no consultório, nas visitas domiciliares, a gente já tinha uma noção das dificuldades que eles passam, da... do nível econômico e social das pessoas, da escolaridade, do grau de orientação que cada um tem; isso aí até que não acrescentou muito não, sabe.

Mas, foi uma experiência também muito boa por estar saindo do consultório, fazendo... tendo um contato diferente com a população, que não seja de atendimento... E 6

Chama a atenção o interesse do aluno em conhecer o trabalho e ter uma experiência semelhante à da agente de saúde, numa situação em que diferentes sujeitos, com vinculações institucionais distintas, interagem numa atividade de saúde, mas, apesar de suas especificidades profissionais, parece haver uma identificação com a atuação do outro, quem sabe despertada pela afinidade do objeto de trabalho, o cuidado de saúde.

O contato mais próximo com a população, fora do atendimento clínico, em suas próprias residências, descrito como agradável pelo aluno, é interessante na medida em que sugere uma expectativa de uma proximidade maior com as pessoas, numa relação de empatia, necessária e sem dúvida benéfica na atividade de Saúde da Família.

5.1.1.4 - Grupos de pacientes

Estimular e participar da organização de grupos de pacientes está entre as atribuições do PSF. Na situação a seguir, referente a essa atividade, desenvolvida pelos alunos junto com os ACS, obtiveram-se alguns bons resultados, mas ocorreram algumas dificuldades, como obter a adesão dos pacientes às recomendações e sua baixa frequência, além do despreparo que os alunos sentiram para realizarem atividades de educação em saúde.

O grupo de hipertensos e diabéticos, que a gente chama de hiperdia, a gente fazia normalmente uma vez por mês em cada localidade, cada agente de saúde tinha um dia para fazer. E aí reunia, os idosos... iam, a gente tentava fazer, idosos, não posso falar que são idosos, eram idosos e tinha adultos também, que freqüentavam lá no grupo.

Eles vinham, a gente tentava fazer uma dinâmica, a gente teve muita dificuldade em fazer dinâmica, porque a gente não tem muito essa preparação para fazer sabe, e depois no final da dinâmica a gente media a pressão de todo mundo, anotava no cartãozinho de cada... individual, cada um tem o seu cartão e distribuía o medicamento que dava para o mês inteiro; para isso a gente contava com a ajuda da agente de saúde.

A gente, assim, achou bom, é uma coisa fora do consultório, mas a gente não achou que isso teve algum benefício, assim, em termos de melhorar o nível de pressão ou de controle da hipertensão não, sabe. A gente fala o tempo inteiro de mudança de hábito de vida, mudança, mudança, e assim, eles são capazes de repetir aquilo que a gente está falando, mas não fazem aquilo que está na... que é proposto sabe, mas é feito assim.

O grupo de gestantes também era feito a cada quinze dias, esse era a cada quinze dias, o de hipertenso era uma vez por mês em cada localidade; o de gestante é só em Ipoema que é feito, só aqui na sede, fora a gente não faz não, e tinha uma adesão baixíssima assim, tinha dia que vinha duas, três, tinha dia que elas pediam para deixar para a próxima, para não fazer naquele dia, não tinham muito interesse não, mas quando ocorria o grupo a gente via que era bem motivado assim, elas perguntavam muito, aí um assunto emendava no outro, às vezes tinha até que parar porque já estava estendendo muito. E 6

Silva & Dalmaso (2002) em pesquisa sobre as atividades realizadas pelos A.C.S. no Projeto Qualis, observam que o cuidado do hipertenso representa um grande investimento da equipe, sendo que a dificuldade deste de seguir o tratamento prescrito pelo médico é entendida, com frequência, como resistência das pessoas.

Castanheira, Teixeira & Lima (1990) relatam a experiência de trabalho com idosos no Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa, da Faculdade de Medicina da USP, em que as duas estratégias principais para alcançar os objetivos propostos eram o trabalho em equipe e a abordagem dos idosos em grupos.

Nos grupos, entre os quais incluíam-se os de doentes crônicos, procurava-se preparar os idosos para lidarem com sua condição de saúde, através da troca de vivências e de um conhecimento maior sobre o próprio corpo.

Em vista disso, na situação descrita anteriormente, as ações realizadas pelos alunos, em conjunto com a equipe de PSF, através de grupos educativos, parecem estratégias válidas para dar respostas às necessidades da população, desde que adequadamente conduzidas.

Entretanto, uma vez que a prática de educação em saúde é atividade complexa, que requer o aporte de habilidades e conhecimentos mais profundos, é necessário que a equipe, os docentes e os alunos da disciplina procurem maneiras de superar as dificuldades e aprimorar o funcionamento dos grupos, visando obter resultados melhores.

Embora se espere da formação do médico, com o advento das Diretrizes Curriculares, que ele seja dotado de competências e habilidades para realizar educação em saúde, quando os graduandos deparam-se com situações em que devem realizar essas atividades, sentem dificuldades e, com frequência recorrem às habilidades pessoais e à própria experiência, e, apesar do interesse e boa vontade, os resultados são incertos, uma vez que não foram tecnicamente preparados para tal em sua formação. Portanto, cabe à escola médica problematizar essa situação.

5.1.2 - O ATENDIMENTO CLÍNICO

Apesar de os alunos terem feito o atendimento clínico sem acompanhamento permanente do professor, diferente de como era até então no ambulatório da Faculdade, eles parecem ter se saído bem, inclusive em momentos em que não havia outro profissional médico no local.

... a primeira atividade que a gente começou a desenvolver foi o atendimento no Posto, não tinha um médico na comunidade, não tinha um médico na comunidade e nós estagiários, juntamente com outros que você entrevistou, a gente ficou praticamente no Posto, no primeiro mês.

Então foi... foi um atendimento bom, porque a gente pôde perceber as doenças mais prevalentes aqui na região, tinha muita infecção de vias aéreas, impetigo, hipertensão arterial, doenças mais básicas que a gente conseguia atender, logicamente que as que complicavam mais a gente encaminhava para Itabira. E 8

Do atendimento é como o atendimento ambulatorial lá da Faculdade mesmo, não tem muita diferença, a não ser pela quantidade e assim, pela pressa que tem que ser, muitas vezes tem, assim, a demanda é muito grande, principalmente agudos, porque o número a gente costumava deixar quantas consultas a gente atenderia, mas agudos aqui é assim, não é urgência, é o que apareceu, que está, por exemplo, com uma febre, é... é assim, uma dor de cabeça, às vezes vem com uma dor de cabeça que já tem muito tempo que tem, mas... E 5

Essa relativa facilidade no atendimento deveu-se em boa parte às características da clientela, semelhante àquela já atendida pelo aluno no ambulatório da Faculdade. Entretanto, o ritmo se torna mais acelerado, com uma demanda maior de pacientes agudos, o que de certa forma prenuncia o tipo de atividade com o qual irá deparar ao se formar.

O fato de proceder ao encaminhamento de pacientes mais graves, quando necessário, revela uma atitude prudente e uma capacidade de avaliar os próprios limites e os do serviço, indispensável ao profissional de saúde, quanto mais ao aluno em formação, como nesse caso.

Em algumas situações, no atendimento clínico, os alunos realizaram atividades semelhantes às dos próprios profissionais médicos das equipes de PSF, equiparando-se a eles nesse aspecto, o que parece ter sido motivo de orgulho e satisfação pessoal.

Embora não se possa inferir, a partir dessa experiência, que o aluno terá um desempenho adequado como clínico, caso venha a se inserir futuramente numa equipe, é provável que uma vivência tão próxima como a relatada possa permitir ao aluno conhecer, ao menos em parte, como se realiza a atividade clínica, uma das atribuições do médico do PSF.

... as consultas, do mesmo modo que marcava para o médico de Saúde da Família, marcava para a gente, os acadêmicos, e consulta normal, as pessoas não tinham uma triagem, não tinha nada, as pessoas que chegavam eram atendidas, não tinha uma seleção anterior, ou pelo fato da gente ser acadêmico ou ser médico, não tinha nenhuma triagem. E 7

...a gente integra ao PSF, a gente fica atendendo, entre aspas, como médico, a gente divide um pouco as consultas do médico do PSF, o Internato Rural divide com ele, então, a gente integra a agenda do PSF da mesma forma, e aí, eles organizam a nossa agenda também semanal, quais os atendimentos que a gente vai fazer, onde que está precisando, por exemplo, tal localidade está precisando de preventivo para essa semana, então a gente vai fazer o preventivo; no sentido de estar integrando e aí conseqüentemente de organizar a nossa... as nossas atividades aqui, nossas atividades são todas baseadas na demanda do PSF. E 6

Merece destaque o fato de que a integração com as atividades do PSF contribuiu para organizar os atendimentos clínicos realizados pelos alunos, bem como o efeito benéfico e o aprendizado para a formação médica e para a própria universidade, decorrentes do convívio com o serviço de saúde, sobretudo quando este procura organizar a oferta das ações de saúde.

As dificuldades e desigualdades existentes no acesso da população aos serviços de saúde foram percebidas assim pelos alunos.

Agora, por outro lado... então tem uns que não tem é... muito como desenvolver certas coisas, assim, como é que eu vou te explicar... tem um atendimento, mas às vezes faltam sabe, ou pela dificuldade de ter carro ou por locomoção deles mesmos, por causa da idade ou por tarefas, às vezes as mulheres, assim, os homens saem para a roça, para a lavoura, elas têm que ficar em casa cuidando de filho ou... ou... essa parte de dona de casa mesmo, às vezes dificulta delas virem para cá.

Agora eu percebi que, aqui no centro, as pessoas, elas... elas têm mais oportunidade; tinha gente que a gente atendia, que nós atendíamos e que não tinha muito o que fazer, então assim, às vezes tem uma discrepância, pessoas que poderiam ser mais atendidas não são, que realmente precisam de fazer um controle de pressão, que realmente precisam de pedir exames com mais frequência, anualmente precisa de fazer mais um controle, porque tem a pressão alta, tem a dislipidemia. Esses tipos de doença assim ó, Diabetes, poderiam ser vistas mais e, às vezes, chegam no Posto casos que não.. não... não caberia tanto, não que não ... que não devesse dar tanta importância, porque , às vezes, o paciente não sara, às vezes pensa que aquela coisa mínima... pode ser uma doença maior assim, e pode até mesmo se transformar em uma doença maior, mas eu acho que... que falta, que eu senti assim uma parte de uma triagem sabe, selecionar melhor o atendimento, como a gente já tem... dar função melhor mesmo para o atendimento. E 8

Essa situação faz pensar no princípio da equidade e na discriminação positiva, que deveriam orientar a oferta de ações de saúde, oferecendo mais a quem mais precisa, de maneira a diminuir diferenças injustas e inaceitáveis.

Além disso, observando-se os princípios da Vigilância da Saúde, propor-se-ia uma oferta organizada de ações e serviços de saúde, dirigida aos principais agravos e grupos prioritários (PAIM, 1999).

Um fato observado também é que o atendimento à demanda espontânea predominou sobre as atividades preventivas.

...puericultura mesmo, no sentido de prevenção, de avaliação de crescimento e desenvolvimento, também foi pouco, a gente atende, a maior parte dos atendimentos é atendimento de assistencial, de pessoas que estão doentes mesmo e não preventivo. E 6

Em algumas situações, o atendimento clínico, que deveria ser apenas uma das atividades dos alunos desenvolvidas junto às equipes do PSF, acabou tornando-se a principal ou quase única, devido às demandas e expectativas do município.

Acho que, o Internato de Gouveia, ele é muito voltado à parte assistencialista, tanto é que o professor Chico até falou para gente que esperava um pouco mais de integração, dessa nossa integração com o PSF, só que para gente foi complicado, porque a gente já entrou, assim, a gente já pegou o bonde andando, então a gente já chegou lá e já tinha o nosso horário já estava todo pré-determinado, a gente teve que simplesmente atuar nessas... nos horários marcados e , como lá a comunidade, eu acho que não é só lá não, mas a comunidade de zona rural geralmente é muito carente e não tem atendimento médico, eles usam a nossa presença para suprir essa carência de médico. E 9

Basicamente, o trabalho que a gente desenvolveu junto com essa..., com o PSF, foi de atender consultas no ambulatório do Posto de Saúde, que é onde funciona essa equipe... E 4

Esse fato resulta numa situação em que o atendimento clínico predomina sobre as atividades de saúde coletiva, quando deveria ser justamente o contrário.

É indesejável do ponto de vista da disciplina e contraria seus objetivos, distorcendo sua proposta e reduzindo seu potencial, com evidente prejuízo pedagógico.

Cabe aos docentes da disciplina estarem atentos e posicionarem-se de maneira clara e firme perante os municípios, com a finalidade de impedir que essas situações ocorram.

5.2 - O QUE REPRESENTOU PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL ATUAR COM O PSF

As informações foram agrupadas como: abertura de horizontes, compreensão mais abrangente da estratégia Saúde da Família e formação profissional.

5.2.1 – ABERTURA DE HORIZONTES

Em algumas situações, descritas a seguir, os alunos vivenciaram uma abertura em suas concepções, em temas que se relacionam com os princípios do SUS e do PSF, a produção social da saúde, a Promoção e a Vigilância da Saúde.

De maneira diferente das atividades do ambulatório da Faculdade, mais voltadas para a medicina curativa, a atuação com a equipe possibilitou uma reflexão sobre o processo saúde-doença e a busca de abordagens em saúde coerentes com a integralidade, que são respectivamente uma atribuição fundamental e um princípio organizativo do PSF.

... no ambulatório da Faculdade, no atendimento convencional, vamos dizer, a gente tem realmente dificuldades de visualizar como que é esse processo de saúde-doença, então, muitas vezes a gente não sabe, a gente acha que simplesmente um medicamento vai ser a solução daquele problema da pessoa e, muitas vezes, a solução dos problemas tão... são muito... os problemas são muito maiores do que aquilo que a gente acha dentro do consultório.

Então, a gente participando desse trabalho, junto com o Programa de Saúde da Família, a gente vivenciando as experiências que eles vivenciaram em Luz, realmente a gente abriu

nosso leque de experiência, a gente pôde perceber que a nossa área de atuação, ela é muito maior, não se limita ao atendimento no consultório, não se limita à prescrição de medicamentos, mas assim, é um processo mais amplo, que a gente precisa estar atento também não só à cura entre aspas das doenças, mas também à prevenção de qualquer outro tipo de doença que possa atingir aquelas pessoas. E 1

As afirmações do aluno são bem interessantes, pois, ao atuar com o PSF, ele parece ter passado de uma visão mais restrita à consulta clínica e à prescrição, para uma visão mais ampla, na qual há espaço para inquietar-se e refletir sobre o processo saúde-doença e as ações de prevenção de doenças.

Como consequência, percebe que sua atuação como profissional de saúde deveria se dar em espaços mais amplos e também através de outras intervenções, que incluíssem a clínica, mas ao mesmo tempo fossem capazes de ultrapassá-la.

O relato de um aluno mostra que participar da visita domiciliar tornou possível desvendar-se ao seu olhar alguns aspectos não imaginados da realidade das famílias e pessoas, que não se desvelavam na consulta, cujas recomendações e prescrições, isoladamente, não dão conta de abranger a complexidade do fenômeno da saúde.

Eu acho que na parte assim de visita domiciliar é que dá uma diferença maior, porque a gente, por exemplo, orienta a higiene, dá uma série de orientações e aí quando a gente vai na casa do paciente, a gente vê como é que é a realidade dele, assim, se ele tem condições às vezes de estar fazendo aquela higiene que, às vezes, nem tem condição, mora num lugar onde, por exemplo, falar para uma pessoa, para uma mãe, que tem que deixar o menino longe de onde tem poeira, aqui muito lugar não tem como, só tem poeira em volta, então, eu acho que nesse sentido é que dá uma... para uma coisa de formação profissional é aqui que acrescenta mais, é essa atividade que acrescenta mais. E5

Para além de prescrições que desconhecem as condições de vida e com potência limitada para modificar o nível de saúde, importaria mais agora compreender, próximo às pessoas, suas condições de vida, seu universo, sua casa, e para isso as propostas referidas pela Vigilância de Saúde e pela Promoção da Saúde seriam muito aplicáveis.

É interessante a observação de um aluno que se percebe como um sujeito que não está presente na vida diária da comunidade e a conhece de forma limitada, mas que, por outro lado, se atuasse no PSF, conhecesse e estivesse imerso naquela realidade, teria outras possibilidades de intervenção.

... eu tive noção, vamos supor que, se eu atuasse no PSF e morasse lá, participasse da comunidade, conhecesse mais a realidade de lá, eu poderia fazer muito mais coisas na área assim preventiva...

... eu tive noção do quanto que é importante e do quanto que assim, com coisa pequena, você muda assim a vida de uma população mesmo... principalmente palestra... E10

Embora atividades como palestras educativas sejam limitadas para promover uma mudança das condições de vida e do nível de saúde de uma população, sem dúvida que, se adequadamente conduzidas, inclusive com participação da própria população, compreendendo e respeitando seu modo de vida, têm uma contribuição a dar à melhoria do seu nível de saúde.

Em um dos municípios, os alunos, ao perceberem um problema, propuseram a realização de ações com um caráter intersetorial, um princípio organizativo e atribuição do PSF, visando melhorar a qualidade de vida e a saúde das pessoas.

Ao atenderem alguns idosos asilados na Vila Vicentina, com quadro clínico de escabiose, observaram que os mesmos viviam em casas com condições higiênicas bem precárias.

Além de realizarem o atendimento clínico e a prescrição para os pacientes, os alunos tentaram sensibilizar os moradores visando a uma melhoria das condições ambientais do asilo, e mobilizar a prefeitura para que esta colaborasse, através da remoção do entulho e de outras providências adequadas à situação.

Entretanto, apesar de seu grande empenho, os alunos tiveram dificuldades em conseguir que a prefeitura realizasse essas melhorias.

Esse fato provocou desapontamento nos mesmos, o que ocorre às vezes quando se tenta articular ações intersetoriais.

Eu imaginei que não adiantava tratar ele ali sem ver onde ele estava vivendo, então nós saímos e fomos lá para ver a casa onde ele morava, como que era as pessoas com quem ele convivia, o ambiente onde ele estava vivendo lá.

... a gente percebeu que era necessário que houvesse uma participação da Prefeitura ... teve uma casa que demoliram e os entulhos ficaram no lote ali, onde estava vivendo rato, então precisava da Prefeitura que fosse lá, tirasse aquilo, precisava das pessoas que moravam lá que participassem...

... O que a gente viu é que é muito difícil você fazer qualquer coisa que dependa da Prefeitura... os entulhos até hoje não tiraram e não tô vendo previsão de tirar... E 4

Essa situação lembra a proposta de mudança dos sistemas de saúde apresentada por Mendes (1999), que argumenta que todo o conjunto do governo municipal, sob a liderança do prefeito, gestor social e sujeito político promotor da saúde, deveria atuar sobre os problemas concretos que ocorrem na cidade, articulando ações com um enfoque intersetorial. Essas ações teriam o propósito de tornar a cidade um espaço de produção social da saúde, coerente com os princípios da Vigilância da Saúde.

5.2.2 – COMPREENSÃO MAIS ABRANGENTE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Os alunos fizeram referência a como a atuação com o PSF tornou possível o conhecimento de uma certa variedade de temas, desde mais gerais até mais específicos, que incluem a realidade nacional, a estrutura e a política de saúde do país, os problemas de saúde prevalentes, o PSF e seu funcionamento.

Foi uma boa oportunidade para conhecer, mais próximo das pessoas, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, uma vez que no ambulatório da Faculdade isso não fica tão claro.

Eu acho que eu pude ver quais são os problemas mais prevalentes aqui... E4

Para minha, minha vida profissional, assim, é de conhecer mesmo como que é a estrutura da saúde no país sabe, de perto, como que está sendo feita a política de saúde mesmo, como que funciona e conhecer o PSF mesmo, a hierarquia do PSF, a distribuição, a estrutura dele mesmo.

Eu acho que o PSF dá uma organização maior para os nossos atendimentos, uma base para a gente também, sabe; mais de estar conhecendo mesmo a realidade mais nacional mesmo, e a dificuldade que tem das pessoas do acesso à saúde, como que tem, a dificuldade e o que que está sendo proposto para diminuir essas dificuldades. E6

Referiram-se também à maneira de atuar característica do PSF, como o acompanhamento contínuo da população, as visitas domiciliares e os encaminhamentos para a Unidade de Saúde da Família quando necessário.

A gente conheceu uma outra forma de estar abordando o paciente, aqui eles procuram a Agente de Saúde para falar que está com algum problema e a Agente de Saúde traz para o posto para é... para ter um atendimento ou para ter a visita, elas incentivam a vir nos grupos.

Então, é diferente da nossa, até então lá na Faculdade... E5

Esse processo de trabalho da equipe e sua abordagem do paciente, revelaram-se ao aluno como uma novidade, talvez não imaginada até então, especialmente quando comparado ao atendimento estruturado pela demanda espontânea, o mais encontrado em unidades de saúde.

As deficiências no funcionamento do PSF e as distorções de sua proposta também foram percebidas e criticadas pelo aluno.

... o que eu acho que foi importante para minha formação é perceber que, na realidade, as coisas não funcionam como deveria e, pelo menos não em tudo, e ainda falta bastante ainda para funcionar como deveria, eu acho que ainda está no ritmo de, simplesmente, está como se diz, tapando buracos, e não trabalhando o preventivo, que é o ideal, o principal do PSF, está tapando buraco só. E4

Com relação a esses aspectos referidos pelos alunos cabe assinalar que, para Cordeiro (2000) as mudanças no ensino das profissões de saúde devem propiciar a formação de médicos com competências e habilidades para conhecer e criticar as políticas de saúde e as estratégias de intervenção, de maneira a garantir a universalidade, a equidade, a resolutividade e a continuidade dos cuidados de saúde.

A oportunidade de trabalho com uma equipe de PSF, de constituição multiprofissional, foi reconhecida como uma experiência muito positiva para a vida profissional.

O convívio e a atuação conjunta despertaram sentimentos de valorização e respeito pelos outros profissionais, e uma admiração especial pelo trabalho dos ACS.

Um aluno considerou que a compreensão da importância do trabalho em equipe, decorrente de sua atuação com a equipe de PSF, foi um fato representativo para sua formação profissional, referindo-se a este com a expressão “o ponto chave”.

... esse lado, eu acho que é o lado mais positivo sim, de estar atuando com as equipes, a questão da amizade que se forma e da confiança das equipes, e da ajuda que um consegue no outro, a gente começa a suprir as necessidades um do outro, as dificuldades um do outro, ele ajudando naquele contato com o paciente e você suprimo uma dificuldade dele, porque é uma formação médica que ele não tem, eu acho que esse é o grande ponto positivo. Individualmente, a gente não é capaz de... de realizar tanto quanto a gente percebeu que a gente conseguiu realizar com as equipes de PSF; então, eu acho que esse é o grande mérito, o trabalho em equipe, o respeito realmente pelas... pelos outros profissionais e realmente eu acho que o ponto chave é esse mesmo, o trabalho em equipe, aprender a trabalhar em equipe, que o benefício é, principalmente, também para a população, que tem um acesso mais fácil à rede comunitária. E 2

A valorização pelo aluno da colaboração mútua entre os profissionais da equipe, reconhecendo a potencialidade dessa situação, é interessante, na medida em que parece diferir da ideologia que habitualmente perpassa a escola médica, orientada pelo paradigma flexneriano, cujas equipes são caracterizadas pela centralidade da figura do médico e por sua autoridade bem consolidada.

É oportuno aqui retornar a alguns pontos da revisão da literatura.

Chaves (1996), ao se referir ao surgimento de um novo paradigma inclui, entre as necessidades da sociedade contemporânea a serem atendidas, a divisão racional do trabalho e o respeito mútuo entre os profissionais das equipes de saúde.

As Diretrizes Curriculares definem como um dos objetivos da formação médica dotar o profissional de conhecimentos para exercer a competência e a habilidade de atuar em equipe multiprofissional.

Por sua vez, o Ministério da Saúde estabelece o trabalho em equipe como um dos pilares do PSF e uma de suas atribuições fundamentais é compartilhar conhecimentos e informações em suas atividades.

Foram citados alguns aspectos referentes à humanização da relação com os pacientes, como a própria acolhida a estes e coisas simples, mas de enorme importância, como conversar e orientar adequadamente.

E o pessoal aqui da equipe foi muito importante também, porque eles já têm experiência, eles já têm essa vivência, então eles... eles orientam a gente, de como atuar, sabe, de como... como receber, vamos supor, o paciente, assim, porque é diferente a comunidade, você atender um paciente daqui e da cidade, porque eles são mais humildes, a maneira que você conversa, assim, para você explicar os medicamentos, como tomar, então você tem que ter paciência, você tem que ter aquele lado humilde assim. E 8

O desenvolvimento da prática assistencial e especializada da medicina tecnológica redefiniu as relações entre pacientes e profissionais da saúde, agrupados como coletivos distintos, que passaram a ocorrer de forma mediada nas estruturas complexas das instituições de saúde.

Embora essa situação seja irreversível, dois de seus produtos indesejáveis devem ser questionados: a impessoalidade na produção do cuidado e o mecanicismo de suas ações.

Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996) consideram que, mesmo formando coletivos, pode-se preservar o pessoal e o humano, desde que a consciência e a crítica de pertencer a tais coletivos sejam o princípio organizador dos serviços. Segundo esses autores a atenção primária e a unidade básica de saúde, devido à sua organização como serviço, são respectivamente o modo de prática e o espaço institucional privilegiado para se reconstituir e humanizar a relação entre as instituições e a população usuária.

Na situação descrita anteriormente, o contexto de atuação dos profissionais da equipe na Unidade de Saúde da Família parece mesmo ter sido favorável a que ocorresse uma humanização da relação do serviço de saúde com a população, o que constitui um dos princípios organizativos do PSF.

A atividade em conjunto com a equipe de PSF possibilitou que um aspecto fundamental da relação com o paciente fosse apreendido pelo aluno e reconhecido por ele como importante para sua formação profissional, influenciando sua atitude.

Outro ponto importante na fala do aluno está de acordo com as recomendações, constantes das Diretrizes Curriculares: que os profissionais de saúde devem ser acessíveis e comunicar-se adequadamente com os pacientes e seus familiares.

5.2.3 – FORMAÇÃO PROFISSIONAL

A importância da formação geral do profissional de saúde e de sua inserção no sistema de saúde, visando atender às necessidades da população, bem como a referência ao especialista quando necessário, foi bem percebida pelos alunos.

Bom, eu acho que para a formação profissional e por ser o PSF, talvez, uma diretriz que o Governo Federal está dando, assim, um enfoque numa saúde comunitária mais generalista, ao invés do modelo especialista, que é... que é o que todo mundo a princípio quer fazer, eu acho que deu uma visão do outro lado, assim, da moeda, porque a gente entra na escola, talvez fale assim: “Ah! Eu quero ser cardiologista, eu quero ser neurocirurgião, eu quero ser...”.

Aí, às vezes você esquece do lado generalista, eu acho que foi importante atuar com a equipe do PSF para ver a carência, assim, de profissional generalista que realmente tem, as comunidades interioranas, elas têm uma carência de profissional generalista, talvez, a gente como acadêmico mesmo, que a gente está estudando todas as matérias, você atua como um clínico aqui, talvez, a gente consegue resolver muito mais coisa que um especialista, assim, não que ele não poderia fazer, mas a gente consegue resolver muita coisa, porque a demanda da população é do profissional generalista; o que não precisa, o que for do especialista, a gente encaminha, não tem problema, assim, é lógico que a gente não vai conseguir resolver tudo, é lógico que tem muitas coisas que são do especialista, mas eu acho que para a formação profissional foi importante por isso, você vê a necessidade de profissional generalista que precisa no país, assim sabe, eu acho que é mais isso mesmo. E7

O entrevistado refere-se à expectativa, fortemente enraizada entre os alunos da graduação médica, de fazer uma especialidade, preferencialmente com alto prestígio social e que agregue maior densidade tecnológica.

O fato de atuar com a equipe de PSF possibilitou-lhe perceber a necessidade do profissional generalista, que, a seu ver, constitui uma importante demanda da população.

É interessante a observação do aluno que, uma vez que na graduação está em contato com o conteúdo de várias disciplinas, que formariam um conjunto de conhecimentos mais abrangente, consegue resolver mais casos clínicos que um especialista, e que só lhe encaminha os casos que considera de sua área. Ao que parece, o aluno, nessa situação, percebeu também que deveria existir um espaço específico de atuação para as especialidades médicas, distinto daquele da prática generalista.

Para Mercadante (2002), um dos desafios do PSF é a inadequação do ensino médico às necessidades predominantes na população. O autor considera como insumo crítico do PSF o médico generalista, capaz de prevenir, identificar e tratar as doenças de maior prevalência. Sem esse profissional será difícil modificar o modelo assistencial, observando os princípios de universalidade e integralidade.

A possibilidade de o aluno desenvolver sua autonomia, em situação diferente da existente na Faculdade, em que é acompanhado pelo professor, também foi lembrada pelo aluno.

... eu pude perceber que, quando a gente está na Faculdade, é aquilo que falam é, do elo com o professor, tem alguém... tem alguém junto com você e, a partir do momento que eu tive aqui, trabalhando junto com a equipe, eu não vou dizer que eu estava sozinha, justamente porque eu estava com uma equipe, mas em certos momentos eu tinha que atuar profissionalmente.

... eu pude perceber, assim, a responsabilidade da profissão que a gente... da profissão que eu escolhi, sabe, a responsabilidade está ali, porque logo que a gente chegou não tinha médico, então, eu falei assim: “Meu Deus do céu! Eu vou atender esse tanto de gente e fazer prescrição!” Você pensa que você não é capaz, de repente, quando você começa aprender uma coisa que você não sabe, você busca no livro, você vê que você sabe alguma coisa, é lógico que tem muito o que aperfeiçoar ainda, tem a Residência, mas você vê que você sabe alguma coisa, que você consegue se virar, aquela história que falam assim, de cortar o cordão umbilical da Faculdade, costumam brincar. E 8

Nas atividades clínicas realizadas no ambulatório da Faculdade, o aluno atende inicialmente o paciente e a seguir discute o caso clínico com o professor, cuja orientação geralmente prevalece na definição do diagnóstico e da conduta.

No Internato Rural, mesmo com a supervisão feita pelos docentes, na maioria das vezes é o próprio aluno quem atende o paciente e decide a conduta clínica. Este, ao deparar-se com essa nova situação, sente-se às vezes inseguro e em dúvida quanto à sua capacidade de dar respostas. Entretanto, o que geralmente ocorre é que o aluno se mobiliza, desenvolve sua capacidade e consegue resolver as situações de forma satisfatória.

Um aspecto que causa grande satisfação aos alunos é que neste momento sentem-se com grande autonomia para atuar, o que constitui uma oportunidade para aplicar os conhecimentos clínicos adquiridos ao longo do curso.

Outro ponto importante referido pelo aluno é o sentimento de responsabilidade profissional, despertado na atuação clínica, que se assemelha à do médico já graduado, antecipando dessa maneira a nova situação que virá em breve, com o término de sua graduação.

5.3 - O QUE OS ALUNOS CONHECIAM SOBRE O PSF E O QUE APRENDERAM NO INTERNATO RURAL

As informações foram agrupadas segundo o que os alunos conheciam sobre o PSF no momento da entrevista e o que aprenderam no Internato Rural.

5.3.1 – O QUE OS ALUNOS CONHECIAM SOBRE O PSF

A seguir será descrito o que os alunos conheciam sobre o PSF no momento da entrevista.

5.3.1.1 - A proposta do PSF

Foram citadas algumas características da proposta de PSF, que incluem as ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e as ações curativas.

O que eu conheço do Programa de Saúde da Família é que é um programa que tem, que visa a princípio estar trabalhando no sentido preventivo, no sentido de estar fazendo os diagnósticos do município, ao invés de, simplesmente, de diagnósticos específicos por pessoa ou de estar tratando doenças já, vamos dizer assim, estabelecidas ou que já aconteceram, então, vai trabalhar no sentido de direcionar políticas de saúde, de traçar um caminho para que problemas sejam evitados; também não deixa de trabalhar, mesmo visando principalmente o preventivo, não deixa de trabalhar também no curativo, no fato de doenças já estabelecidas, de problemas prevalentes. E 4

...o PSF... tem se tentado implantar aqui no Brasil e pelo SUS... é um programa que realmente muda, ele tenta focar a questão da saúde de uma maneira mais ampla... ele tem uma filosofia, uma linha de trabalho muito boa, que é a questão de chegar até a população de uma maneira mais próxima... E1

... é um programa voltado para o social... E2

... o que eu sei é que é uma proposta de interiorização da saúde que o Governo Federal está investindo ... E7

...é um programa que... cuida de município ou de uma região, que é dividida em várias micro-áreas... E3

Outros aspectos do PSF citados foram que ele reduziria os custos para a rede pública e desafogaria o sistema de saúde, que na prática o objetivo seria minimizar um pouco a sobrecarga de atendimentos para o médico e que se paga a este um salário considerado bom, especialmente para o recém-formado.

Alguns destes aspectos coincidem com a observação de Silva & Dalmaso (2002), que, na década de 90, as propostas de implantação do PSF em diferentes regiões do país tinham quatro argumentos principais: ampliação do acesso, humanização do atendimento, integralidade e racionalidade, tanto técnica quanto econômica.

A racionalidade técnica referia-se à racionalização das atividades para o sistema de saúde e para o paciente, enquanto a econômica referia-se à otimização de recursos, inclusive de custos por paciente.

5.3.1.2 – A importância da equipe de PSF e sua composição

Um aluno percebe a tendência de desenvolvimento do trabalho em equipe na atenção à saúde e suas conseqüências positivas para a população, coerente com as necessidades da sociedade contemporânea (CHAVES, 1996).

Eu acho que o objetivo é válido, eu acho que o caminho da Medicina é esse mesmo, de interação e de trabalho em equipe. Com isso, quem se beneficia, como eu estava te falando, é a população, por ter acesso mais fácil à rede de saúde, é uma triagem melhor, é um contato melhor, mais... mais íntimo, quebra muito aquela distância que existe entre o posto de saúde, o médico e o paciente; até nisso é muito favorável. E2

Uma entrevistada citou que o PSF torna possível destacar a importância de outros profissionais de saúde, além do médico. Ao que parece, ela própria também passou a perceber esses profissionais de uma nova maneira, mais valorizada.

...eu pude perceber que com esse Programa a gente pôde elevar outros profissionais, a enfermeira, a Odontologia, o auxiliar de enfermagem, a Psicologia. ... eu acho que com o PSF você consegue mostrar a importância dos outros profissionais, porque o médico, ele sempre foi muito visado... E 8

Entre os termos usados nas referências ao trabalho em equipe aparecem integração, interação e em conjunto; mas aparece também referência a uma situação indesejável.

Acho que, o grande problema, talvez, dentro de um PSF, seja o médico, nem tanto o agente, nem tanto o enfermeiro e nem ninguém, o médico em si, quando ele não quer fazer parte da equipe, que aí trava o trabalho todo, ou então quando ele quer mandar e desmandar na equipe, ele não sabe trabalhar em equipe; é passado para gente que a nossa profissão, é uma profissão é... meu primeiro ano da Faculdade foi assim: que nós seríamos praticamente deuses, que era a melhor profissão, que estava acima das outras...
...mas endeusou, os outros vêm e endeusam, a gente vê a postura do médico, muitas vezes de autoritário, de achar que está por cima de tudo, não aceita errar e é isso, eu acho que o grande problema é da formação médica, dentro do Programa de Saúde da Família.
Os agentes são pessoas que são mais humildes, são mais... tem maior respeito pelas outras áreas, até porque estão numa profissão profissionalmente inferior em questão financeira e tudo mais; mas aí, o médico que chega no Programa... o agente já pensa dessa maneira e ele chega mandando e desmandando, ou ele vai criar uma inimizade ou então ele vai criar aquele mito, dele ser um Deus ali e tudo mais, quando na verdade não é.

Muitas vezes, isso é que leva a uma falha do médico ou um erro e tudo mais, e não é o objetivo da Medicina ... E 2

As afirmações do aluno sobre esse tipo de postura do médico perante a equipe são pertinentes e destoam da expectativa de respeito, colaboração mútua e uma convivência enriquecedora, compartilhando conhecimentos e atividades, que se espera dos profissionais da equipe, situação em que seriam inadequadas tais atitudes, lamentavelmente ainda frequentes.

Contribui para compreender o fenômeno a observação de Peduzzi & Palma (1996) que, apesar da complexidade da equipe multiprofissional referir-se à articulação de diferentes processos de trabalho de cada área profissional, no conjunto essa ainda estrutura-se sob a normatividade médica, que é hegemônica na organização das práticas de saúde.

Para Campos (1992) o trabalho em equipe não tem a pretensão de extinguir o poder médico, mas apenas de aproximá-lo de outros segmentos sociais, mediante sua integração a um contexto de participação democrática, em que seja socializado o direito de opinião sobre a organização dos serviços e atividades, inclusive para os próprios médicos.

Silva & Dalmaso (2002), em estudo realizado no PSF da cidade de São Paulo, o Projeto Qualis, encontraram modelos distintos de equipes: em um deles as atividades eram compartilhadas, com participação mais equitativa de seus integrantes, enquanto em outro o funcionamento era mais hierarquizado.

Nesse estudo, cinco dos dez entrevistados fizeram referência em suas falas aos profissionais integrantes da equipe, sendo citados por eles o médico, o enfermeiro e os ACS. Desses cinco, dois citaram o auxiliar de enfermagem e dois citaram também outros profissionais existentes no município, que compunham a equipe ou tinham alguma relação com ela, como o médico de referência, psicóloga, dentista e auxiliar administrativa. Um entrevistado, ao citar o trabalho em equipe, fez referência à Secretaria Municipal de Saúde e ao Posto de Saúde.

5.3.1.3 – Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

Os alunos afirmaram que para cada micro-área é “designado” um ACS, que estes devem ser pessoas bem escolhidas na própria comunidade onde atuam, que há dificuldades para

consegui-los, que eles são bem treinados e que através deles se pode chegar a locais quase sem acesso.

Quanto à sua relação com a população, mencionou-se que os ACS conhecem as necessidades das pessoas, o que deve ser feito para melhorar suas condições de vida dos pacientes, têm uma noção boa de como ajudar o paciente, conhecem e acompanham as pessoas, e uma expressão que faz uma síntese muito apropriada:

... são uma ponte entre o paciente e o Posto de Saúde. E5

Entre as atividades realizadas pelos ACS foi citado que eles fazem visita domiciliar e pedem ao médico que faça também, dão orientações, encaminham para o consultório, informam quem precisa de atendimento, trazem os problemas até o médico, observam o que fazer para prevenir alguma doença futura ou diagnosticá-la no início, antes que se complique.

As atividades dos ACS percebidas pelos alunos se assemelham às observadas por Silva e Dalmaso (2002) no Projeto Qualis, nas quais se destacavam prestar informações, especialmente sobre o acesso às ações e serviços de saúde, levar insumos e mensagens da unidade de saúde às casas e vice-versa, e colher informações nas visitas domiciliares.

Quanto à postura dos agentes predominavam as ações técnicas de saúde em relação às de cunho político-social, e a perspectiva de atuação institucional em relação à comunitária.

A tarefa árdua e a grande dedicação exigida na atividade, bem como a necessidade de reconhecimento e valorização dos ACS, inclusive salarial, foram bem observadas.

Aí, no Internato que eu percebi, por exemplo, uma Agente Comunitária de Saúde, eu acho que ela... ela ganha aquém do que deveria ganhar, pelo trabalho que ela realiza, pela importância do trabalho dela, o Agente Comunitário de Saúde ganha um salário mínimo, por exemplo, e o trabalho que a gente vê é um trabalho extenuante, assim, às vezes tem Agentes Comunitários de Saúde que andam quatro horas, na zona rural, a pé e no dia-a-dia e é muito problema, a comunidade cobrando, então tem seus problemas sabe, talvez falte um pouco mais de incentivo... E 7

... a agente de saúde Geralda, que foi da sala de situação de Boa Vista, fez um trabalho excelente, muita boa vontade, então a gente percebe que eles trabalham porque gostam mesmo, tem aquela necessidade do dinheiro, mas a gente vê que é um trabalho muito pesado e que eles trabalham porque gostam mesmo do que fazem e é deles que a gente consegue tirar informação, porque realmente, sem eles a gente não conseguiria desenvolver o nosso trabalho não, seria muito difícil, essa parte dos agentes de saúde. E8

A importância dos ACS na equipe foi bem percebida e destacada pelo entrevistados em diversas falas.

... sem eles seria inviável um programa desse tipo... E3

... os agentes comunitários têm um papel importantíssimo dentro do PSF... eu acredito que sem eles o programa não funcionaria... E4

... as agentes de saúde que, na minha opinião, é a peça fundamental... E6

... podia até não ter um médico, uma enfermeira aqui no Posto, é lógico que é essencial, mas o agente de saúde, ele é mais primordial ainda, pelo fato dele conseguir ver o problema da comunidade e levar para a gente. E8

Apesar de parte da afirmação deste aluno ser questionável, pois sem o médico e o enfermeiro, o PSF perderia resolubilidade, importa mais destacar na mesma a referência ao ACS, o novo profissional que conheceu e que emerge valorizado em seu julgamento.

5.3.1.4 – As atividades da equipe

Um aluno descreveu algumas atividades do PSF, previstas nos princípios que orientam sua atuação, como a integração das ações na própria equipe, e desta com a população de uma área, que deve ser cadastrada e acompanhada de maneira contínua.

É um programa que visa uma integração entre o médico, os enfermeiros, os Agentes Comunitários de Saúde, numa determinada área, com um determinado número de pessoas, no qual essas pessoas serão cadastradas e não só... não vai ser cadastrada só o, por exemplo, qual o tipo de doença que a pessoa tem, mas o tipo de saneamento básico da região, a infraestrutura, até é... cultura, eles colocam a escolaridade também, não é!?

É um cadastramento abrangente, para poder conhecer essa população de uma forma mais... mais específica, para poder estar atuando de forma a prevenir e também corrigir eventuais problemas que possam ocorrer nessa população, e de uma forma mais, por exemplo, a gente vai estar olhando mais de perto aquela população. E 9

Apesar de um aluno se referir a aspectos importantes do trabalho do PSF, como as atividades preventivas, assistenciais e o mapeamento, fica a impressão de que ele imagina uma divisão interna de papéis na equipe, na qual as atividades preventivas estariam mais no âmbito dos ACS, ao invés de ser uma atribuição comum a todos os profissionais, como está proposto.

...o que eu fiquei conhecendo da proposta, ... ela tem uma parte que é preventiva e uma parte que é assistencial mesmo. No preventivo... tem a agente de saúde que... está perto de todas as pessoas da região dela... ela faz o mapeamento da área, das famílias, o que tem, onde tem um hipertenso, onde não tem, e a partir disso a agente vai atuando.

E a parte assistencial, que seria de atendimento de consultas ... E6

Uma entrevistada se refere ao uso da tecnologia adequada e ao grau satisfatório de resolubilidade possível de ser obtido na atenção básica.

Aqui a gente tem uma dificuldade maior com exames, mas eu pude perceber também que, não é por conta da falta desses exames mais criteriosos que a gente não pode atuar, que tem o lado daquela história da clínica ser a soberana, então, realmente, você fazendo um bom atendimento, examinando bem, você consegue atender, então, eu acho que não tem necessidade, vamos supor, de ter uma tomografia, uma ressonância ou coisa assim. O governo realmente não tem necessidade de ter esses gastos, até mesmo é muito difícil, a gente tem os exames de sangue, exames de urina, de fezes; demora eu acho que até pouco tempo, porque eu pensava que demoraria um mês; uma semana, duas, aí já está feito e, é, um exame que seja... precisa ser mais elaborado, dá tempo de... do paciente esperar, sabe, dá tempo dele... de resolver o problema dele, ainda dá tempo de ter o diagnóstico para poder daí fazer uma... uma... uma terapêutica adequada. E 8

Apesar de ainda se referir aos exames com alta densidade tecnológica como criteriosos, quando na verdade os de menor densidade também o são, o aluno percebeu na situação aspectos importantes que valorizam a prática clínica, como a anamnese e o exame físico que, se bem realizados, qualificam a atenção básica, permitindo-lhe dar respostas satisfatórias aos pacientes.

Além disso, o uso da tecnologia adequada a cada nível de atenção, que tem o propósito de conferir-lhe resolubilidade, deve ser parte das preocupações não só de gestores e profissionais de saúde, mas também e especialmente de alunos em processo de formação, como recomendam as Diretrizes Curriculares.

5.3.1.5 – As deficiências do PSF

As deficiências no funcionamento do PSF, que limitam a realização do potencial da proposta, como as dificuldades de transporte para a equipe e a inadequada preparação do serviço de saúde para dar resposta às situações de urgência, também foram lembradas.

Agora, especificamente aqui no Carmo, a gente tem um problema de estrutura de equipamentos, por exemplo, no Posto a gente atende precariamente, não tem... a gente não tem um balão de oxigênio, não tem... não tem, por exemplo, um acesso venoso satisfatório você não consegue, se você tiver uma urgência, assim, uma coisa que realmente precise de uma ação imediata, a gente não consegue fazer nada aqui, até o básico do básico às vezes falta, às vezes tinha uma semana aqui que não tinha um soro fisiológico, por exemplo, então assim, às vezes falta uma atenção maior, não adianta você ter só uma estrutura para

atendimento primário sem olhar o outro lado também, tem que ter um suporte para uma emergência, sabe, porque pessoas vão passar mal aqui no interior, como passa na cidade, como em qualquer lugar e não adianta você “Ah! mas tem a ambulância!” Mas, o que que adianta uma urgência, uma emergência, sendo que o hospital mais próximo está a uma hora de estrada de terra, então, eu acho que, talvez, eles sejam... algumas questões tem que ser corrigidas assim. E 7

O aluno percebe uma situação ainda muito encontrada no nível da atenção básica, de deficiências no provimento de ações pelos serviços de saúde.

Essa situação parece causar-lhe apreensão, uma vez que limita sobremaneira as possibilidades de intervenção, comprometendo a resolubilidade e a qualidade do serviço de saúde. Além disso, preocupam-no também as limitações na atenção às emergências, especialmente no suporte que deveria estar disponível no nível local, com a complexidade necessária e adequada.

Embora o Ministério da Saúde defina, entre as atribuições gerais da equipe de PSF, resolver os problemas de saúde no nível da atenção básica, e, entre as específicas do médico, realizar o atendimento de urgências e emergências, as deficiências no funcionamento do SUS ainda permanecem como obstáculos interpostos ao seu alcance, apesar da expectativa, sempre renovada, de serem superadas num porvir.

Para Mendes (1999) a Saúde da Família, como estratégia de organização da atenção primária, deseja criar, no primeiro nível do sistema de saúde, verdadeiros centros de saúde, nos quais a equipe de PSF desenvolverá ações com ênfase relativa na promoção da saúde e prevenção de doenças, mas sem descuidar da prática curativo-reabilitadora, que deve ser realizada com alta resolubilidade.

5.3.2 – O QUE OS ALUNOS APRENDERAM SOBRE O PSF NO INTERNATO RURAL

O aluno experimentou no Internato Rural, incluindo o contato com o PSF, a oportunidade de uma nova compreensão do processo saúde-doença, mais ampla do que aquela propiciada até então no ensino da Faculdade. O convívio e a interação com a população parecem tê-lo sensibilizado, naquele contexto, contribuindo de forma positiva nesse processo. Além disso,

em certo momento, na fala do aluno, fica a impressão de que o Internato chega a se misturar com o PSF, não se distinguindo deste.

... a gente tem, na nossa Faculdade, na nossa formação, a gente tem essa formação muito direcionada para o curativo, para questões, questões mais baseadas em tratamento mesmo, com medicamento, e não tem, não foge muito disso.

Então, no Programa de Saúde da Família, aliás, nesse Internato Rural, a gente percebeu que é maior essa interação com as pessoas, essa troca, esse processo de saúde-doença, ele vai mais além de tudo que a gente aprende na Faculdade, assim, o cunho social desse programa, a gente estar de perto com a população, realmente é... foi um aprendizado muito grande para nós nesse Internato Rural. E 1

Alguns alunos mencionaram como aprendizado sobre o PSF, no Internato, o conhecimento sobre prevenção e orientação, sobre a situação de saúde e as dificuldades existentes no trabalho em saúde.

...mas assim, de conceito, o que ficou na minha cabeça foi isso, prevenção, prevenção e orientação. E10

...eu pude perceber que é um programa que a gente conseguiu ver melhor a situação de saúde do país... E8

...no que eu aprendi no Internato eu pude perceber assim, como é difícil mesmo trabalhar com a saúde... E 8

Quando você chega mesmo a ser médico, que é um pouco do que a gente prova aqui no Internato, a gente vê como que é difícil, a cobrança que tem, a expectativa que tem, sabe, no médico, no enfermeiro, nos profissionais de saúde de uma forma geral, eu digo médico por causa de ser da minha área de atuação, mas a gente vê a expectativa que a população tem com a gente, com o nosso trabalho e como é importante a informação que a gente leva. E 8

Embora não se deseje a organização de um sistema de saúde com condições precárias, é interessante destacar na fala de um aluno o entendimento de outras possibilidades de atuar, que não sejam apenas no centro de saúde, em espaços nos quais se esteja mais próximo e integrado com a comunidade.

... a integração entre a comunidade e o profissional de saúde, eu pude perceber que... que existe essa maneira de integração, que não é aquilo só, aquela coisa que falam que, o médico, se não tiver com o estetoscópio no pescoço, ele não sabe trabalhar, que ele precisa de estar numa sala com uma caneta e um papel na mão para anotar o que que o paciente está se queixando.

Então, eu pude perceber que a gente pode sair mesmo, atender em igrejas como a gente já atendeu, atender em posto, atender, que seja num lugar precário, mas a gente consegue exercer, com certa dificuldade sim, mas consegue... E 8

A atividade do PSF pode propiciar a construção em novas bases da relação dos profissionais da equipe com os pacientes e o estabelecimento de vínculos.

Os benefícios decorrentes dessa situação, reconhecidos como importantes, são descritos por um aluno como um aprendizado no Internato Rural.

... o que eu aprendi no Internato Rural com relação ao PSF é justamente essa vivência de vida, a importância dele, da diminuição de custo, diminuição de procura pelo serviço médico, o conforto do paciente que está sendo atendido em casa é outro, o tratamento, o paciente vai aceitar melhor aquele tratamento, certamente vai ser outra coisa, a interação médico-paciente também vai ser bem diferente, porque, afinal de contas, não foi ele que foi até você, você é que foi até ele; então, o sentimento é muito diferente, você é que procurou o paciente, ele tem até aquela questão, até da importância dele: “poxa! não fui eu que tive que procurar, eu estou com dificuldade, mas não fui eu que procurei, ele que veio até mim, me tratou, entrou na minha casa, tem essa intimidade”.
Cria aquele vínculo mesmo afetivo, o paciente depois fala: “Ah! Adoro o doutor X porque ele é muito atencioso, muito carinhoso e tal”.
Então, é importante para a população estar tendo esse relacionamento com a gente e com os agentes todos. E 2

Os alunos informaram que tinham um conhecimento sobre o PSF muito pequeno ou quase inexistente, antes do Internato Rural.

Esse fato é coerente com a graduação da Faculdade, pois até cursarem a disciplina não haviam tido contato, teórico ou prático, no currículo, com Saúde da Família.

Eles afirmaram a importância do IR para o aprendizado sobre o PSF, destacando também que isso se deu na própria prática, nas atividades da disciplina.

O que eu mais aprendi sobre o PSF foi justamente aqui no Internato Rural, porque a gente viu na prática como que ele estava funcionando... E2

Foi, foi praticamente tudo isso que eu falei antes, sobre o que que eu conheço do PSF, foi, praticamente tudo que eu aprendi foi aqui no Internato, foi que a gente conheceu, assim, vivendo na ... vivendo no lugar, acho que foi isso.

Pelo que eu aprendi, foi tudo que eu falei aqui sobre o PSF mesmo, sobre o quê que é o PSF para mim. E 3

Bom, tudo que eu conheço foi daqui que eu aprendi, eu não... antes eu sabia assim de televisão, que tem propaganda, assim, de que está tendo, de que o médico vai na casa, isso, mas assim, a gente vê aqui que não é tanto o médico que está indo na casa, e realmente não dá, porque visitar todas as casas é impossível. E 5

Quando perguntado a que se referia ao dizer “...foi daqui que eu aprendi...” o entrevistado 5 respondeu: “Daqui do Internato Rural”.

Basicamente, tudo que eu falei anteriormente, eu aprendi no Internato Rural, eu não sabia nada, eu só sabia o que era Programa de Saúde da Família, sabia a sigla, o que que significava, mas não conhecia nada mesmo, como que funcionava, a estrutura, foi aqui no Internato que eu aprendi tudo. E 6

Quando perguntado a um aluno se ele aprendera no Internato Rural alguma das coisas citadas que ele conhecia sobre o PSF, ele respondeu:

Todas elas eu aprendi no Internato Rural (risos). Eu sinceramente, eu não tinha noção assim do que que seria o Programa de Saúde da Família. Basicamente, eu sabia que era um... que era uma... por exemplo, que era um posto e que faziam visitas domiciliares, mas assim, o objetivo, o fato do cadastramento das famílias, de cada posto ter uma área específica de abrangência, isso tudo eu aprendi depois do Internato Rural. E 9

A esse respeito cabe lembrar que as Diretrizes Curriculares recomendam que a estrutura da graduação médica deve utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem, permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional.

O aprendizado pelo aluno sobre aspectos da organização, funcionamento e atividades do PSF, ocorrido durante o Internato Rural, não se deu apenas por intermédio dos docentes da disciplina, mas também através dos próprios profissionais da equipe de PSF. Na situação a seguir o aprendizado por esta via parece ter sido o mais importante.

Assim, a estrutura do PSF, acho que a gente conseguiu entender como que funciona, como que é o esquema sabe, acho que o que eu sei assim... eu conversei um pouco com a enfermeira sabe, procurei saber um pouco é... uma equipe de PSF é para tantas famílias sabe, qual que é o limite, se precisaria ter mais de uma equipe, assim, ela também deu uma orientada, e ela... foi ela que me falou dessa questão da... do preventivo mesmo, que eu estava te falando, do hipertenso ser visitado uma vez por mês, dele fazer um eletro a cada seis meses, isso eu não sabia, ela que me orientou, sabe. E 6

É interessante a observação de um aluno que a dificuldade de integração na equipe de PSF, entre os próprios alunos e entre ambos constituiu um obstáculo, influenciando negativamente o aprendizado sobre Saúde da Família.

Parece também correta sua avaliação que a integração abrirá caminhos para o aprendizado ocorrer, e deve ser construída mediante um esforço conjunto do município, das equipes de PSF e da disciplina, através dos docentes e alunos.

Sobre o Programa de Saúde da Família! Eu aprendi que é... que nem eu te falei, apesar da idéia ser boa nem sempre ele funciona do jeito que deve ser, às vezes, falta uma maior integração entre os profissionais e até entre nós acadêmicos, no Internato Rural, para que ele possa realmente alcançar o objetivo do Programa de Saúde da Família, mas eu acho que a gente deixou de aprender muita coisa também por causa disso também, dessa falta de integração e, pode ter sido até um pouco de desinteresse por nossa parte, mas também, pelo fato da gente estar tendo contato agora, a primeira vez foi no Internato Rural que a gente teve contato com o PSF, que, até então, a gente não tinha um conhecimento muito abrangente disso; a gente não sabia ao certo, então isso pode ter até nos desestimulado, mas eu acho que para ter esse maior... uma maior aprendizagem tinha que ter essa maior integração e eu acho que isso devia partir mais da parte da coordenação daqui, e da cidade também. E 9

As dificuldades e distorções da proposta do PSF também fizeram parte do aprendizado no Internato Rural. O que chama mais a atenção dos alunos é o marcante predomínio das atividades assistenciais sobre as preventivas em alguns locais.

E, no Internato Rural, a gente pôde perceber que esse programa, muitas vezes, não funciona na prática como ele está desenhado... E1

Eu aprendi que o PSF, na verdade, não funciona bem, não funciona bem e está um pouco longe de atingir os objetivos a que foi proposto a princípio... E4

...na prática o que a gente vê é noventa por cento assistencial e muito pouco preventivo... E6

Bom, a proposta é a prevenção, mais do que o tratamento, mas aqui pelo menos, eu acho que isso não é problema daqui só, eu acho que é um problema geral assim do Brasil, eu não sei se eu tô abrindo muito, mas é assim... não sobra muito tempo para fazer prevenção, a maior parte do tempo está é tratando... E 5

5.4 - A VIVÊNCIA COM O PSF NO INTERNATO RURAL E A CAPACITAÇÃO PARA SER MÉDICO DO PSF

5.4.1 – CONSIDERAM QUE CAPACITA

Um dos entrevistados afirmou de maneira mais enfática que capacita.

Mas, que capacita o médico de... o estagiário, que participou do Internato Rural junto com a equipe, de ser um médico do PSF sim, com certeza capacita, com certeza. E 8

Porque eu acho... eu acho que a vivência capacita porque você aprende muita coisa, eu sinto que nesses dois meses, apesar de ainda não ser formada, a gente cresce muito; eu acho que a vivência capacita pelo lado tanto emocional mesmo, seu, de estar lidando com os pacientes, quanto o aprendizado profissional que você está tendo.

É o que eu falei, eu acho que tem certas coisas aqui, não sei assim falar ao certo, mas tem certas coisas aqui que é você vivenciar mesmo, é ver, sabe aquilo de ver para crer, não tem nenhum livro que vai te contar isso, você está vendo, você está atuando junto com a equipe, com a comunidade, você sabe o que que eles precisam, então, nessa hora de você querer ajudar te vem aquela força, de capacitar para você ser um médico do PSF. E 8

Ao expressar sua opinião talvez fosse mais adequado o aluno referir-se a um aprendizado profissional, integrado pelo emocional, pelo técnico-científico e outros, uma vez que ao profissional de saúde é necessária a habilidade referida para lidar com os pacientes, que deve ser parte integrante e indissociável do aprendizado profissional.

É interessante também o destaque conferido à vivência na prática, com a equipe e a comunidade, como sendo um fator a mobilizar o aluno no processo de aprendizagem.

Um entrevistado considerou que capacita devido à situação de contato direto e muito estreito com as atividades e com a equipe do PSF, na disciplina.

Eu acho que, assim, a gente quase que vira um pouco um médico do PSF, falo com o enfermeiro chefe, tenho contato com ele, ele ajuda, faz assim quase tudo que ele faz para o médico do PSF, ele também, aqui no nosso caso no Internato Rural, ele ajuda também, faz tudo que a gente tá precisando, ele consegue tudo e os agentes de saúde é a mesma coisa, qualquer coisa que a gente pede eles vão, fazem, a gente tem contato com eles o tempo inteiro, então, eu acho que assim é... acho que tenho... não tenho conhecimentos assim, não sei se eu tenho um conhecimento para é... geral, para dizer que me capacita, para afirmar com certeza que me capacita, mas na minha opinião capacita sim, sabe!

Eu acho que a gente acaba tendo um estágio de médico de PSF mesmo, achei legal, achei legal por isso, o pessoal aqui no Internato, tanto os agentes de saúde, quanto os enfermeiros, o enfermeiro, o auxiliar de enfermagem, te tratam como um médico do PSF, que não seja assim, que não... mesmo que você não faça tudo que o médico faça, você pega vários pacientes do médico, então, você praticamente vira um pouco médico do PSF aqui. E3

Um entrevistado considera que o fato de graduar-se em Medicina já tornaria a pessoa capacitada, mas afirma que se fizesse um outro curso estaria mais preparado.

Ah! eu acho assim, capacitar até capacita, mas seria melhor que eu, vamos supor, agora já tem Residência de PSF, de Programa de Saúde da Família.

Eu acho que capacitar, teoricamente todo mundo que sai da Faculdade tem a capacidade, mas eu acho que seria melhor se eu fizesse um outro curso, tivesse assim uma orientação a mais, além disso, entendeu! Do que só o Internato Rural, eu acho que seria melhor, mas capacitar, capacita sim. E 10

5.4.2 – CONSIDERAM QUE NÃO CAPACITA

Um entrevistado considera que não, devido ao período que está cursando na graduação, no qual ainda falta adquirir certos conhecimentos.

... pelo fato da gente estar apenas no quinto ano de Medicina, acho que ainda falta uma carga de conhecimentos que possa, tipo assim, que a gente possa vir a precisar em algumas situações específicas, porque eu acho que o PSF não é... não ia ficar só no controle de Hipertensão Arterial, controle de Diabetes. Eventualmente, ia surgir casos mais complicados, que eu acho que o médico do PSF tem que ter conhecimento dos casos... E9

Um entrevistado reconhece uma oportunidade de capacitação entre os próprios profissionais médicos das equipes de PSF.

Apesar de o aluno não incluir os outros componentes da equipe, sua observação é interessante na medida em que imagina a possibilidade de se construir uma atividade de educação permanente entre os próprios profissionais. Além disso, sua referência a alguns conteúdos que deveriam integrar o conhecimento do profissional médico do PSF é pertinente.

Então, eu acredito que a minha vivência seria muito limitada para me tornar um médico do PSF, sabe, porque eu acho que seria interessante que um médico envolvido no programa do PSF tivesse um conhecimento um pouco mais profundo de questões epidemiológicas, de questões é... discussão mesmo de abordagem é... da condução da saúde dentro de sua equipe, de como diagnosticar os problemas da sociedade, de como determinar é que tipo de assuntos precisam ser discutidos dentro daquela comunidade onde você está atuando, e eu acho que isso só é possível de ser feito se você tem pessoas, outros médicos ou um grupo de um nível cultural onde você possa discutir e aprender...

...uma vez você tendo seis ou sete equipes de PSF seria possível, por exemplo, você ter os outros seis ou sete médicos, você poderia estar se reunindo, conversando, se aprimorando, trocando experiências, e eu, no meu conhecimento, aqui na minha experiência, eu tive experiência com uma equipe exclusivamente, então eu ficaria limitado, sem a possibilidade, na verdade, de poder estar criando um ambiente de discussão, de melhoria, eu acho. E4

Apesar de ser considerada insuficiente para capacitar, a experiência com o PSF no IR é reconhecida como uma ajuda, no caso de uma inserção futura numa equipe, pois possibilitaria um conhecimento prévio da atividade.

É claro que essa experiência aqui te dá uma visão de como que vai ser, não estou dizendo que não tenha a sua importância não, mas ela sozinha eu acho que não... não me capacitaria não, sabe.

Mas que com certeza ajuda, a gente já ter tido essa experiência, esse contato no Internato Rural, ajuda, se eu for um dia trabalhar com o PSF, em uma outra região ou aqui mesmo, de já estar conhecendo a estrutura, os problemas da região, a família, a população rural, quais são os problemas, que são muito diferentes daquilo que a gente tem na cidade. E 6

Alguns alunos fazem ressalvas e críticas à graduação médica da Faculdade, pois entendem que não são preparados para atuarem adequadamente no PSF, e apresentam sugestões de capacitação na graduação e na pós-graduação.

... o nosso curso, a nossa formação curricular na Faculdade, ela... a nossa formação ela é muito voltada para outras questões, então assim, a gente não tem uma formação adequada para atender nesse Programa de Saúde da Família, então, em Luz, apesar da experiência, apesar daquilo que a gente conseguiu somar para nós do trabalho do Programa de Saúde da Família, realmente a gente acha que precisaria de novos conceitos, a gente precisaria de uma formação um pouco mais aprofundada, um pouco mais detalhada para continuar trabalhando nesse projeto...

... e realmente, por perceber que existe essas deficiências no curso de Medicina, que existe essa dificuldade nossa de ter essa visão mais ampla dentro do curso de Medicina, é que eu realmente, realmente eu... a gente gostaria de estar realmente, depois da formatura, depois de eu me formar como médico na Ciências Médicas, gostaria de continuar os meus estudos baseado no Programa de Saúde da Família, continuar alguma formação, uma Especialização em Saúde da Família, uma Residência em Saúde da Família e da Comunidade... E 1

Eu acho que a gente ainda não tem preparo suficiente, porque o médico no PSF, ele vê de tudo, ele, todas as áreas ele teria que acompanhar, então, é... eu acho que a gente teria que ter um treinamento maior para poder dar conta do serviço mesmo...E 5

Eu já ouvi falar, eu não sei se existe Residência, eu já ouvi falar que existe para esse tipo... Medicina Social, não sei se tem muito a ver, mas eu acho que deveria ser proposto isso para que os médicos do PSF tivessem essa... tivessem uma... eu não digo uma especialização, mas um... uma formação maior em Medicina Social, de como é o que a gente faz aqui, sabe. E 6

... a gente vê que dá conta, dá para resolver quase tudo, mas eu acho mesmo, para você trabalhar no PSF, você tem que ter uma formação completa...

... tem que aprofundar sim sua bagagem de conhecimento, sua experiência, para poder dar conta do PSF, assim sabe, eu acho que não é só os seis anos de Faculdade que resolve não, você tem que ter uma Residência sim, ter uma especialidade talvez, pode ser uma especialidade generalista, como eu falei, clínica médica, uma cirurgia geral, mas eu acho que tem que ter... E 7

Então, não acho que a gente seja capacitado não; acho que a gente tem uma visão muito boa, aprende na convivência com os agentes, mas ainda falta uma formação mesmo, de sentar e estudar, e alguém explicar direito como é que funciona, acho que ainda tem essa... essa necessidade, não vejo que a gente só na prática a gente aprende...

...nem que seja dentro da Faculdade, deveria ter obrigação de estar passando isso para a gente, mais explicitamente, numa disciplina, talvez de PSF... E 2

Além disso, o aluno anterior questiona a validade da aula sobre PSF na reunião preparatória do Internato, a qual considera de pouco proveito na preparação dos alunos para atuarem com o PSF.

Tem que ter, eu acho, o Internato em todas as disciplinas, tem que ser obrigatório mesmo, para a pessoa passar e vivenciar, agora eu acho que a formação médica, antes da gente vir, a gente deveria ter tido uma aula muito mais extensa de PSF, uma disciplina mesmo com meses, não uma aula de PSF.

Quando você está vindo, na véspera, para Luz, você está pensando na sua viagem, na sua passagem, o que que você vai levar, está naquela euforia, não justifica, ali a gente não vai aprender nada, não é o objetivo da... eu acho que não... não... não fica bem claro o que que é um PSF, a gente vem aprender um pouco na prática, igual aquela questão que se falou do eletrodoméstico, você está aprendendo fuçando.

Então, teria que ter essa formação melhor, acho que a formação médica que é muito deficiente, principalmente nessa questão de currículo, que aí já entra em outra discussão, que é difícil da gente determinar, mas eu acho que a formação médica é deficiente. E 2

5.5 – A POSSIBILIDADE DE TRABALHAR NUMA EQUIPE DE PSF

5.5.1 – TRABALHARIAM

Um aluno relata que antes do Internato já tinha uma nova visão sobre saúde e um interesse em trabalhar no PSF, numa cidade menor, na qual tivesse um contato mais próximo com a população.

A experiência com o PSF no Internato veio então como uma confirmação dessas idéias.

Bom, esse trabalho com a equipe do Programa de Saúde da Família de Luz foi um trabalho muito gratificante, então, antes do Internato realmente eu já pensava em novos conceitos de saúde, eu já pensava em trabalhar numa equipe de Programa de Saúde, numa cidade um pouco menor do que Belo Horizonte, justamente para estar tendo esse contato mais de perto com a população, então, essa experiência do Internato Rural realmente é... confirmou aquelas idéias que eu já tinha antes de vir, então assim, a idéia de trabalhar no Programa de Saúde da Família, de estar engajado nesse projeto, ela é muito grande, então, eu tenho essa vontade sim...

...para realmente continuar esse trabalho do interior, que foi um trabalho que pessoalmente me trouxe muito retorno e que se encaixa melhor com a minha forma de enxergar a saúde, a minha forma de estar trabalhando nessa área. E 1

Um aluno menciona que poderia trabalhar porque no Internato percebeu os bons resultados que se podem obter, ao atuar com a comunidade, o que considerou uma experiência muito satisfatória.

Sim, eu acho que eu poderia vir a trabalhar sim numa equipe.

Porque eu gostei, assim, é pessoal, mas eu gostei muito de ter feito Internato Rural, entendeu! Lá, tipo assim, eu não sei se o tempo que eu tive lá foi curto, mas eu tive a impressão que realmente a gente pode ajudar, você pode atuar, e se atuar, ficar mais tempo conhecendo e tal, parece que você vê os frutos sabe, você colhe, você faz uma coisa e vê que você pode fazer uma coisa pela comunidade, pode mudar e ver os frutos sabe!

Você vê uma comunidade mudando que você está atuando ali, está desenvolvendo projeto, dando orientação. E 10

O fato de ter gostado do PSF, a possibilidade de residir no interior, com seu estilo de vida característico, e de conhecer as pessoas que constituem a clientela é citado por um aluno entre os motivos pelos quais trabalharia no PSF.

Deve-se lembrar que o mercado de trabalho para o profissional médico no PSF não será apenas o das cidades do interior, uma vez que está se expandindo também nas cidades maiores e regiões metropolitanas.

Sim, eu acredito que sim. Eu gostei da idéia do PSF e eu acredito que eu poderia vir a trabalhar futuramente sim, porque eu acho o tipo de vida de interior interessante, um tipo de vida onde você tem menos preocupações, é mais tranquilo, você tem, com o tempo você acaba conhecendo as pessoas de quem você trata, então, eu acredito que sim, eu considero poder trabalhar no PSF, basicamente por causa disso. E 4

Um aluno admite que trabalharia se fosse num bom serviço de saúde e com uma boa equipe, o que aliás é uma expectativa justa.

A possibilidade de estabelecer vínculos com as pessoas é citada como outro motivo importante.

... é uma possibilidade, se você tiver uma equipe boa, o lugar for um lugar bom e tiver uma estrutura, eu acho também que você não pode cair num lugar e não ter estrutura nenhuma, nem que seja física ou logística, tudo, mas eu acho que sim, se tiver os meios para você trabalhar, se for equipe boa sim, eu não teria problema. E 7

Ah! porque o trabalho de PSF é assim, ele de certo modo, ele é gratificante pelo, pelo contato humano que você tem, eu acho que ele te abre as portas para você conhecer as pessoas, não é como na cidade que você faz um atendimento e você não sabe nem quem é, a pessoa entra e sai, é mais uma, aqui não, no PSF você conhece as pessoas, você chama as pessoas pelo nome, você vai na casa delas, você toma um café na casa delas, você cria um laço assim.

E, eu acho isso de certa forma bonito, sabe, é gostoso trabalhar num lugar que você cria vínculos também, eu acho que, talvez, isso seja mais importante, mais atrativo talvez do que num grande centro, assim sabe, que não tem esse lado. E 7

Um aluno afirma que passou a considerar a possibilidade de trabalhar a partir do conhecimento do PSF no Internato e cita como motivo o fato de poder atuar com a população de uma região, o que é interessante, constitui uma responsabilidade e um desafio.

Considero sim, uma possibilidade de poder fazer sim o PSF, eu acho que aqui no Internato deu para ter uma visão boa, sabe, do PSF, deu para abrir bem a nossa mente com relação ao PSF, achei... achei legal, acho que é uma possibilidade sim, para um futuro, quem sabe. Eu acho que assim, antes eu não considerava, não conhecia direito o que que era o PSF, mas eu coloco como uma possibilidade, porque eu acho que é um trabalho interessante, eu

gosto sim desse trabalho, de se mexer com a população, é uma coisa que se você... você mexe com uma região inteira, você é o médico responsável por uma região inteira, é uma responsabilidade grande pra caramba, é um desafio e eu acho que é uma coisa assim que mexe mesmo com a gente... E 3

Um aluno menciona como motivos pelos quais trabalharia no PSF a possibilidade de realizar a visita domiciliar e o vínculo com os ACS.

Então... sim, algumas vezes trabalhando... principalmente trabalhando aqui em Luz, na equipe de PSF, me deu vontade sim, de ser um médico ou clínico geral trabalhando no interior ou um médico trabalhando no interior num Programa de Saúde da Família. Talvez sim, trabalhando no Programa de Saúde da Família, porque eu teria a opção de sair e fazer visita domiciliar, que é uma coisa muito gostosa, muito prazerosa de se fazer. E 2

... eu acho que o PSF tem essa... essa... essa magia, eu acho que é uma magia realmente, ele é muito bonito, acho que a experiência de Internato é muito boa, a gente está despedindo de Luz, já no Internato, no final do Internato, com muita saudade, fizemos grandes amizades, o vínculo com a população, com os agentes, a experiência de vida foi fenomenal. E2

Quanto à menção à experiência de vida no Internato, não é demais lembrar que as Diretrizes Curriculares propõem que a graduação médica deve utilizar cenários de ensino-aprendizagem que permitam ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida.

5.5.2 – NÃO TRABALHARIAM

Alguns alunos sentem-se atraídos pela atividade hospitalar, já estão em processo adiantado de escolha de uma especialidade, e, com este propósito, pretendem cursar uma pós-graduação, como cirurgia ou outra.

Eu pude perceber que para o meu gosto, sinceramente, eu não gostaria de ser um médico do PSF não, sabe.

Eu não sei, mas para mim eu não gostaria, porque eu gosto mesmo de atuar em hospital, cirurgia, pronto socorro, esse tipo de coisa... E 8

Agora, o que muita gente faz é o seguinte: faz a Residência, se não passar na Residência ou na Especialização procura o PSF e eu acho que isso prejudica demais o PSF.

Então, é complicado. Mas, o que eu pretendo mesmo é formar e depois da graduação fazer uma pós-graduação em cirurgia, então, no caso eu descarto assim quase completamente o PSF. E 9

Merece destaque a observação de que as pessoas que procuram o PSF para trabalhar porque não foram aprovadas na pós-graduação acabam por prejudicá-lo. Esse fato tem motivado

freqüentes reclamações de gestores e demonstra um descompromisso do profissional com o bom funcionamento do PSF.

É interessante a maneira como um aluno avalia a atividade profissional no PSF, implícita em sua declaração que aderiria ao PSF como um trabalho, caso não conseguisse uma residência ou um emprego.

Ah! eu acho que eu trabalharia se eu não conseguisse fazer uma Residência, se for uma segunda opção, não seria a minha primeira opção assim, de forma nenhuma assim não, sabe, eu acho que... ah! porque isso para formação do médico não acrescenta muita coisa não, sabe.

O médico aqui, a gente vê, a gente fica aqui, atende um, atende outro, tem um volume muito grande e não se aprende muita coisa sabe, ainda mais como profissional já formado, para gente que ainda está em formação é uma experiência muito válida, mas para quem já está formado é só mesmo como uma forma de uma opção de trabalho, assim, se não conseguisse nada, uma residência ou um emprego, um outro emprego, eu preferia se eu pudesse escolher fazer uma especialização, trabalhar num hospital, num lugar que tivesse mais recurso, não seria a minha primeira opção não. E 6

Com relação à afirmação de que no PSF o aprendizado seria pequeno, embora seja parcialmente correta, devido à carência de educação permanente para as equipes, também é questionável em parte, devido a algumas iniciativas de capacitação que já vêm sendo desenvolvidas pelas universidades e pelo SUS.

Outro aspecto a considerar é que, embora a atenção básica não empregue alta densidade tecnológica, caracteriza-se por ser uma área que exige grande aporte de conhecimentos, de várias disciplinas, que orientem sua prática, na qual, por sua vez, existe enorme potencial para produção de novos conhecimentos.

Mesmo quem ainda não decidiu o futuro profissional não pretende trabalhar no PSF.

A princípio não era o que eu queria, assim, não sei mesmo, na verdade eu estou muito perdida ainda no que eu vou fazer... E 5

A expectativa de não trabalhar no PSF lembra a situação observada por Garcia, Pachioni & Domingues (1998) em pesquisa com alunos do 5º ano médico da PUC-Campinas, realizando atividade docente-assistencial junto à rede básica de serviços de saúde do município. Embora considerassem a atividade no Centro de Saúde agradável e de qualidade, o interesse dos alunos de inserção futura nestes serviços era remoto, para início de carreira, ou até negado,

uma vez que estava voltado à realização profissional como produtores privados em consultórios.

6 – CONCLUSÃO

Atuar junto com o Programa de Saúde da Família nos municípios tem sido uma grande oportunidade para o Internato Rural.

Nesses anos em que se fez essa opção houve avanços para a disciplina, cujo ensino se enriqueceu no contato com as equipes e a população.

O convívio com as equipes mostrou situações de grande integração nas atividades clínicas e nas de saúde coletiva, que se constituíram em verdadeiras oportunidades de aprendizado.

Participar das visitas domiciliares proporcionou aos alunos uma oportunidade de aprendizado, especialmente das atividades que eram priorizadas, a assistência médica e o controle de riscos, até mesmo pelo fato de desempenharem papel semelhante ao do próprio profissional médico da equipe, em algumas situações.

Porém, o mais importante foi o fato de que nas visitas foi possível conhecer a realidade social, as condições de vida e interagir com as famílias, não se restringindo aos limites da prática clínica.

O contato e o convívio com a população é grande fonte de aprendizado para quem está aberto a aprender.

Difícil imaginar situação que pudesse tocar melhor e sensibilizar jovens profissionais em formação.

Em vista disso, os docentes não podem permitir a atitude de alguns alunos, relatada por um entrevistado, de desinteresse em participar das visitas, devido ao prejuízo pedagógico para a disciplina e à descontinuidade que causa na realização das atividades com as equipes.

As atividades da sala de situação e da pesquisa de incontinência urinária foram muito interessantes, na medida em que permitiram também trabalhar de forma integrada com as equipes, conhecendo inclusive como o ACS realiza seu trabalho, bem próximo deste.

Participar da realização desses levantamentos epidemiológicos, especialmente da sala de situação, de grande importância na atividade do PSF, foi uma ótima oportunidade de aprendizado, vivida de perto pelos alunos, e, ao que parece, bem aproveitada por estes.

O atendimento clínico, com o qual os alunos se identificaram, foi também uma oportunidade para perceberem criticamente as dificuldades de acesso da população e o predomínio da demanda espontânea no funcionamento das unidades de saúde, bem como para refletirem sobre o processo saúde-doença.

Nas atividades realizadas com o PSF, houve maior dificuldade com os grupos de pacientes, em grande parte devido ao despreparo que se sentiu, fato que merece maior atenção da Faculdade e da disciplina.

Os alunos consideraram que atuar com o PSF representou para sua formação profissional uma nova compreensão do processo saúde-doença e da prevenção de doenças.

Além disso, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida das pessoas, tentaram articular uma ação intersetorial, o que é coerente com a proposta da promoção da saúde.

Referiram-se também ao aprendizado sobre a realidade do país e sua política de saúde, a maneira de atuar do PSF e as deficiências no seu funcionamento.

Aprender a trabalhar em equipe e a respeitar os outros profissionais, um dos princípios do PSF, foi reconhecido como representativo para a formação profissional.

Assim como também o foi a oportunidade de melhorar e humanizar a relação com os pacientes.

A compreensão da importância do médico generalista para o sistema de saúde e o sentimento de autonomia que as atividades despertaram também foram citados como significativos para a formação profissional.

Em relação aos seus conhecimentos sobre a proposta do PSF os alunos citaram as ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e as curativas.

A importância do trabalho em equipe e a valorização de outros profissionais, bem como a atitude autoritária e inadequada que pode ocorrer por parte do profissional médico também foram destacadas.

Quanto ao Agente Comunitário de Saúde, seu papel e atuação causaram ótima impressão aos alunos. Pouco conhecido destes até então, conquistou-lhes o respeito, a admiração e o reconhecimento da importância de seu trabalho, o que não é pouco para qualquer profissão. O agente, que luta para consolidar seu espaço profissional, certamente teve sua justa legitimidade ainda mais ampliada.

Os alunos reconheceram a resolubilidade da atenção básica, ao mesmo tempo que criticaram as deficiências em seu funcionamento, que podem comprometê-la.

Com relação ao aprendizado sobre o PSF que ocorreu no Internato, destacou-se, entre outros aspectos, a criação de vínculos com os pacientes, a prevenção de doenças e uma nova compreensão do processo saúde-doença.

A falta de integração com a equipe, com suas conseqüências negativas, também foi citada.

Quanto à possibilidade de a vivência com o PSF no Internato capacitar o aluno para se tornar o médico da equipe, os que consideram que capacita atribuem - no ao contato próximo com a equipe e suas atividades, e com a comunidade.

Os que consideram que não capacita criticam a graduação da Faculdade e entendem que, para atuar no PSF, precisariam de uma capacitação melhor, através de uma pós-graduação e de iniciativas na própria graduação. Estas envolveriam criar uma disciplina sobre o PSF e melhorar a preparação do aluno realizada pelo Internato.

Com relação à possibilidade de vir a trabalhar no PSF futuramente, os que disseram que poderiam fazê-lo, citam como motivos para tal, poder realizar as visitas domiciliares, o convívio com os ACS, a criação de vínculos com a população, os bons resultados que se poderia obter e o acompanhamento de um território, com sua população.

Um dos entrevistados disse que atuar com o PSF no Internato confirmou o interesse que tinha de vir a trabalhar numa equipe.

Entre os que não trabalhariam, os motivos citados são o fato que prefeririam trabalhar em hospitais.

Pode-se considerar que foi significativo o aprendizado dos alunos sobre o PSF no Internato Rural, referido inclusive por eles mesmos.

Devido às características do ensino da Faculdade, caso os alunos não tivessem cursado o Internato, ter-se-iam formado sem conhecer o PSF, o que seria uma falha da graduação.

Mas, o que se poderia dizer desses alunos, ainda em processo de formação, como futuros profissionais para atuarem no PSF?

A experiência do Internato Rural influenciou em seu processo de formação, especialmente no preparo para atuarem na equipe de PSF?

Esta é justamente a pergunta que motivou esse trabalho!

Durante o Internato Rural os alunos realizaram diversas atividades junto com as equipes de PSF, em algumas ocasiões com uma relação muito próxima e integrada.

No entanto, a simples proximidade com a equipe por algum tempo, por si só não os qualificaria para atuarem no PSF.

Entretanto, ao observarmos o conjunto dos resultados apresentados, percebemos que, ao integrarem-se com as atividades das equipes de PSF, de uma maneira geral os alunos envolveram-se, dedicaram-se e procuraram construir seu aprendizado.

Nesse processo desenvolveram conhecimentos, atitudes e habilidades necessárias para dar respostas a algumas das atribuições do PSF, incluindo as fundamentais, as comuns a todos os profissionais da equipe e as específicas do médico.

Assim, pode-se considerar que a disciplina Internato Rural influenciou favoravelmente a formação desses alunos e, dentro de seus limites, contribuiu para torná-los mais preparados para atuarem como profissionais médicos no PSF, confirmando o pressuposto da pesquisa.

Se continuará contribuindo ao longo do tempo, dependerá de fatores relacionados especialmente à própria disciplina e ao ensino da Faculdade, mas também ao contexto mais geral da educação médica, do PSF, do SUS e outros.

Entretanto, não se deve esperar que o Internato isoladamente seja suficiente para capacitar o aluno para atuar no PSF, como pensa aliás a maioria dos entrevistados.

A disciplina deve estar dentro de um contexto de ensino mais amplo da Faculdade, voltado para a formação de um profissional médico com um perfil adequado para atuar na atenção básica, especialmente no PSF.

Para isso é necessário que a Faculdade estimule o debate interno, de forma a realizar uma significativa transformação curricular e do modelo de ensino, acompanhando o movimento mais geral em curso no país.

Com essa finalidade seria de grande proveito participar ativamente do movimento e das discussões realizadas pela ABEM e promover um vigoroso debate interno visando adequar seu ensino às Diretrizes Curriculares.

Pode-se considerar que foi válida, e está dando bons resultados pedagógicos para a disciplina, a política de ensino do Internato Rural de integrar-se às atividades do PSF.

Por esse motivo, é de grande importância que o Internato mantenha uma política constante de integração com o SUS, através das secretarias de saúde municipais e estadual.

Por sua vez, os gestores dos três níveis de governo, de acordo com o preceito constitucional, devem estimular o debate e envolver as instituições de ensino superior na discussão sobre a formação dos recursos humanos realmente necessários ao Sistema Único de Saúde.

Seria também de grande importância a realização de novas pesquisas, que possibilitem conhecer melhor todo o potencial e as conseqüências da integração das atividades das instituições de ensino com as atividades desenvolvidas no Sistema Único de Saúde, especialmente na atenção básica e no Programa de Saúde da Família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. J. **Educação médica e saúde**: possibilidades de mudança. Londrina: Ed. UEL, Rio de Janeiro: Abrasco, 1999. 196 p.

ALVES, A. L. Breve resumo histórico do Internato Rural da Faculdade de Medicina da UFMG. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 54-58, jan./ abr. 1998.

ALVES, A. L. **O Internato Rural na formação médica na UFMG**: um estudo qualitativo. 1996. 175 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

BARBOSA, H. F. **Formação médica e Internato Rural**: em busca da identidade pedagógica de uma experiência. 1995. 152 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação da Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família 2001**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 15 set. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do PSF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 15 set. 2003.

BRASIL, Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Ensino Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 de novembro de 2001c. Seção 1, p. 38.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito da promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 174 p.

CAMPOS, F. E. et al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 53-59, maio/ ago. 2001.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992, 220 p.

CASTANHEIRA, E. R. L.; TEIXEIRA, R. R.; LIMA, A. M. M. Envelhecimento e ação programática: da necessidade à construção de um objeto. In: SCHRAIBER, L. B. (Org.). **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Hucitec, 1990. cap. 5, p. 183-226.

CHAVES, M. M. Educação das profissões de saúde: perspectivas para o século XXI. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 21-27, jan./abr. 1996.

CORDEIRO, H. Os desafios do ensino das profissões de saúde diante das mudanças do modelo assistencial: contribuição para além dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família. **Divulg. Saúde Debate**, Rio de Janeiro, n. 21, p. 36-43, dez. 2000.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: CAMPOS, F. E.; OLIVEIRA JÚNIOR, M.; TONON, M. (Orgs.). **Planejamento e gestão em saúde**. Belo Horizonte: Coopmed, 1998. cap. 2, p. 11-26.

DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2000. 216p.

FEUERWERKER, L. C. M. **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1998. 190 p.

FREITAS, C. M. A vigilância da saúde para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 174 p.

GARCIA, M. A. A.; PACHIONI, A. M.; DOMINGUES, P. O aluno de medicina em serviços docente-assistenciais da rede básica. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2/3, p. 48-57, set./dez. 1998.

HAGUETTE, T. M. F. A entrevista. In: _____ **Metodologias qualitativas na sociologia**. 7 ed. Petrópolis: Vozes, 2000. cap. 8, p. 86-91.

LAMPERT, J. B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas**. São Paulo: Hucitec; ABEM, 2002, 283 p.

MARSIGLIA, R. G. **Relação ensino/serviços: dez anos de integração docente-assistencial (IDA) no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1995. 188 p.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito Sanitário**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993. 310 p.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo; Hucitec, 1999, 300 p.

MERCADANTE, O. A. (Coord.). Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. Cap. 3, p. 235-313.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1992. 269 p.

NORONHA, A. B. Graduação: é preciso mudar. **RADIS: comunicação em saúde**. Rio de Janeiro, n. 5, p. 9-16, dez., 2002.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. cap. 20, p. 473-487.

PEDUZZI, M.; PALMA, J. J. L. A equipe de saúde. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Orgs). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 1996. cap. 12, p. 234-250.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Orgs.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 1996. cap. 1, p. 29-47.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 217 p.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, Modelos assistenciais e vigilância da saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**. 1998, n. 2, p. 7-28.

VIANA, A. L. A.; DAL POZ, M. R. **Estudo sobre o processo de reforma do setor saúde no Brasil**. 1998. 37 p. Relatório de pesquisa. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

ANEXOS