

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Sergio Coelho Gomes

**Análise do impacto do Programa
Curricular Interdepartamental Atenção
Integral à Saúde no curso de graduação
em medicina da UFRJ**

Rio de Janeiro
2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Sergio Coelho Gomes

Análise do impacto do Programa Curricular Interdepartamental Atenção Integral à Saúde no curso de graduação em medicina da UFRJ

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde.

Orientadora

Prof^a. Dr^a. Victoria Maria Brant Ribeiro

**Rio de Janeiro
2008**

Gomes, Sergio Coelho

Análise do impacto do Programa Curricular Interdepartamental
Atenção Integral à Saúde no curso de graduação em medicina da
UFRJ / Sergio Coelho Gomes. – Rio de Janeiro: UFRJ / Núcleo de
Tecnologia Educacional para a Saúde, 2008.

133 f. : il. ; 31 cm

Orientador: Victoria Maria Brant Ribeiro

Dissertação (mestrado) -- UFRJ, Núcleo de Tecnologia Educacional
para a Saúde, 2008.

Referências bibliográficas: f. 112-115

1. Assistência integral à saúde. 2. Atenção primária à saúde. 3.
Educação em saúde. 4. Sistema único de saúde. 5. Avaliação de programas
e projetos de saúde. 6. Escolas médicas. 7. Educação médica. 8. Currículo.
9. Formação de conceito. 10. Rio de Janeiro. 11. Tecnologia Educacional
nas Ciências da Saúde - Tese. I. Ribeiro, Victoria Maria Brant. II.
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Núcleo de Tecnologia
Educacional para a Saúde. III. Título.

Sergio Coelho Gomes

Análise do impacto do Programa Curricular Interdepartamental Atenção Integral à Saúde no curso de graduação em medicina da UFRJ

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde.

Rio de Janeiro, 18 de dezembro de 2007.

Aprovado por:

Presidente, Prof^ª. Dr^ª. Victoria Maria Brant Ribeiro, NUTES - UFRJ

Prof^ª. Dr^ª. Vera Lucia de Castro Haulfoun, FM – UFRJ

Prof^ª. Dr^ª. Sandra Lucia Correia Lima Fortes, CB –DEM – UERJ

Dedico esse trabalho à minha querida esposa Lúcia e aos meus queridos filhos Pedro, Lucas e Clara, que mesmo nos momentos difíceis, com as minhas ausências do convívio familiar cuidaram de mim com atitude e dedicação, além de tolerar meus humores.

Agradecimentos

Agradeço em especial à Prof^ª. Victoria Brant com incansável disposição para orientar meu projeto, além da colaboração inestimável de Dilva Monteiro, como todo o estímulo e colaboração de Elizabeth Leher e Prof^ª. Paula Cerqueira.

Agradeço também aos meus colegas de trabalho do Programa de Atenção Primária à Saúde, como os do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, pelos momentos de limitada dedicação às tarefas, já que as minhas atenções estiveram voltadas para a realização dessa etapa da minha formação.

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Requer uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento com o outro.

Leonardo Boff

Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela Terra.
Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

RESUMO

GOMES, Sergio Coelho. Análise do impacto do Programa Curricular Interdepartamental Atenção Integral à Saúde no curso de graduação em medicina da UFRJ. Rio de Janeiro, 2007, Dissertação (Mestrado em Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde) – Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

Tendo em vista o objetivo maior de capacitar o aluno do curso médico para o exercício da atenção integralizada à saúde de seus pacientes e usuários do sistema de saúde brasileiro, esta investigação buscou indicadores de mudanças na percepção dos alunos em relação: aos conceitos de *atenção primária à saúde*, de *integralidade* e, ainda, sobre o entendimento do *significado do SUS*, presididos pela preocupação de verificar se, de alguma maneira, esses conceitos se articulam com uma prática médica que inclua a *educação em saúde*. Esses indicadores foram levantados por meio de instrumento aplicado aos alunos no início (*ex ante*) e no fim (*ex post*) do Programa Curricular Interdepartamental Atenção Integral à Saúde, componente curricular obrigatório, no primeiro semestre letivo de 2007. Os conceitos *ex-ante* e *ex-post* foram classificados em grupos de definições. As definições *ex-post* se tornaram mais claras e com conceitos mais consistentes. Concluiu-se que o PCI AIS modifica as concepções iniciais dos estudantes com relação ao sistema de saúde brasileiro.

Palavras-chave: FORMAÇÃO MÉDICA, ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, INTEGRALIDADE NO CUIDADO, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ABSTRACT

GOMES, Sergio Coelho. Análise do impacto do Programa Curricular Interdepartamental Atenção Integral à Saúde no curso de graduação em medicina da UFRJ. Rio de Janeiro, 2007, Dissertação (Mestrado em Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde) – Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

In order to give more capacity to the student of the Medicine course in the exercise on the Health Integral Attention of patients and users of the Brazilian health system, this paper searched for perception changes indicators in the following matters: health primarily attention concepts, integrality concepts, and understanding the significance of the SUS (State Unified Health System), concerning if those concepts could join in a medical practices that includes Health Education. The indicators of this research were captured by instruments applied to the students at the beginning (*ex ante*) and end (*ex post*) of Health Integral Attention Interdepartmental Curricular Program, obliged curricular component, of 2007 first Scholl semester. The *ex ante* definitions and the *ex post* definitions were arranged for concept groups. At the end of the study, the *ex post* definitions were most explicit with more consistent concepts. So, it could be concluded that Health Integral Attention Interdepartmental Curricular Program modifies student initial concepts about Brazilian health system.

Key words: MEDICAL EDUCATION, PRIMARY CARE, INTEGRALITY IN HEALTH CARE, BRAZILIAN HEALTH SYSTEM

Lista de quadros

	Página
Quadro 1. Percentuais das definições dos alunos sobre educação em saúde	79
Quadro 2. Percentuais das definições dos alunos sobre atenção primária à saúde	85
Quadro 3. Percentuais das definições dos alunos sobre integralidade no cuidado	94
Quadro 4. Percentuais das definições dos alunos sobre o sistema único de saúde	102

SUMÁRIO

	Página
Introdução	10
Capítulo 1	
Bases teóricas para compreensão do papel do PCI AIS na formação dos alunos de medicina	21
1.1 A Atenção Primária à Saúde no contexto da organização do SUS	21
1.2 O Sistema Único de Saúde	31
1.3 O papel ordenador do SUS na formação de profissionais de saúde	36
1.4 A Integralidade do cuidado em saúde	39
Capítulo 2	
O Programa Curricular Interdepartamental “Atenção Integral à Saúde” (PCI AIS) e seu papel na Graduação em Medicina da UFRJ	57
2.1 PCI AIS: um breve histórico	57
2.2 A Organização do PCI AIS	60
2.3 Considerações acerca do PCI AIS	72
Capítulo 3	
Possibilidades do PCI AIS para mudanças de concepções na prática médica	75
3.1 Analisando as narrativas dos alunos sobre conteúdos temáticos do PCI AIS	75
3.1.1 Educação em Saúde	76
3.1.2 Atenção Primária à Saúde	82
3.1.3 Integralidade no Cuidado	87
3.1.4 Sistema Único de Saúde	97
Considerações finais	105
Referências	112
Anexos	116

Introdução

A Constituição Federal de 1988 declara a saúde como um direito de todos os cidadãos e, a partir desse marco, a saúde assume o lugar de um importante elemento de articulação entre a sociedade e o Estado, e uma importante política social no país. Mas a Constituição representa, na verdade, uma das primeiras conseqüências de um longo processo de lutas da sociedade junto ao Estado. Para que o documento legal possa representar, de fato, uma emancipação social, coloca-se o desafio (que foi, e continua sendo, de todos) no sentido de fazer valer a letra da lei, transformando-a em uma efetiva prática social. E, nesta arena, entram em cena diversos protagonistas, de diversos campos de saber, cada um com importante papel histórico-político a desempenhar.

Neste estudo – que teve como propósito identificar o papel que um determinado programa do currículo de uma escola médica desempenha na formação do futuro profissional médico – assumimos a importância de analisar com os alunos, ainda que neste reduzido espaço curricular, questões que tangem sua responsabilidade com os pacientes assistidos, no sentido de contribuir para a realização dessa conquista social, qual seja, a da saúde como direito do cidadão.

Discutir o modo como isso se dá na prática cotidiana dos profissionais médicos, cujas atividades são eminentemente interventivas, significa reafirmar a importância dos profissionais na luta pela conquista do direito à saúde, garantido pela Constituição a todos os cidadãos brasileiros, entendendo que a possibilidade de conversão do texto legal em realidade assistencial se dá tão somente por meio das

ações realizadas pelos próprios sujeitos que se encontram no exercício das práticas de saúde.

Conforme a Constituição, em seu Artigo 196,

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Não se trata, no presente estudo, de discutir a organização dos serviços de saúde no país e, tampouco, a estrutura dos cursos de formação na área da saúde, embora uma certa contextualização histórica seja necessária para justificar a opção de investigar um determinado programa em determinado curso de formação. E, nesse sentido, em razão do dispositivo constitucional que atribui ao Sistema Único de Saúde (SUS) o papel de ordenador do ensino de graduação nas diferentes profissões da saúde, o estudo toma o SUS como pano de fundo de toda a análise investigativa proposta, mesmo cientes de toda a controvérsia sobre a autonomia universitária que no Brasil já vem de longa data.

É sabido que desde a Reforma Universitária de 1968, o ideário do ensino superior foi constituído com base no princípio da autonomia, o que foi ratificado pela Constituição de 1988, quando, em seu Artigo 207, define de forma plena a autonomia universitária, didático-científica, administrativa, de gestão financeira e patrimonial, observado o princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.

Embora saibamos que o debate sobre essa autonomia encontra-se, ainda, distante de se encerrar, entendemos que a defesa do princípio não pode prescindir de uma

discussão que leve em conta o contexto e a conjuntura atuais. E, no campo da saúde, em que pese toda a controvérsia ligada à questão da autonomia universitária em seus diferentes aspectos, especialmente a questão da liberdade didático-científica, consideramos consensual a necessidade de reformulação do ensino para fazer face às demandas do Sistema de Saúde.

Portanto, tomar o SUS como norteador da formação médica significa lidar com seus princípios e diretrizes, o que justifica o estudo da **integralidade** como uma das categorias de análise no presente trabalho. E, na medida em que o conteúdo do *Programa Curricular Interdepartamental Atenção Integral à Saúde* (PCI AIS) – objeto da presente investigação – volta-se, prioritariamente, para as ações de saúde desenvolvidas no nível da atenção básica, oferecida nas unidades de saúde, importa-nos aprofundar o entendimento que se tem deste conceito, que no Brasil é assumido como sinônimo de **atenção primária**, sendo esta, portanto, outra referência do nosso estudo.

Considerando, conforme definido na Constituição, em seu Artigo 200, que compete ao Sistema Único de Saúde, além de outras atribuições, aquelas vinculadas ao saneamento básico e à vigilância epidemiológica, e que o êxito dessas ações passa necessariamente pela questão educativa, destacamos a importância dos processos de educação em saúde, apostando na possibilidade de articulação das ações de educação às de assistência na promoção da saúde das pessoas.

Têm-se, então, a literatura sobre o Sistema Único de Saúde e sobre os processos de formação em saúde como uma espécie de território sobre o qual se assenta esta

investigação, que toma em análise o desenvolvimento e o papel do programa do PCI AIS, realizado com os alunos de graduação em medicina, da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Sabe-se que desde o ano de 2001, quando foram homologadas as *Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação na área da saúde – DCN* (Resolução do CNE/MEC)¹, as universidades vêm enfrentando o desafio de inovar seus currículos de modo a ultrapassar o modelo de organização disciplinar, baseado em uma racionalidade técnica-instrumental que “aprisiona” as disciplinas em “grades curriculares”. Trata-se de um modelo originado nos anos 1970, com objetivos relacionados ao desenvolvimento cognitivo dos alunos, sem qualquer tentativa de organização de conteúdos que leve em conta um contexto de mudança social. O que se propõe hoje, com base nas DCN, é a construção de currículos orientados por competência e articulados com a realidade socioeconômica.

A formação por competência é, assim, tanto a orientação do Ministério da Educação (MEC) – órgão federal responsável pela avaliação e pela acreditação das escolas em âmbito nacional – quanto o eixo orientador da política de formação do Ministério da Saúde (MS). Isto significa dizer que, pela primeira vez no Brasil, por meio das DCN, esses dois Ministérios - da Educação e da Saúde – passam a operar de acordo com uma intenção comum, qual seja: a de formar profissionais capacitados para atuar no Sistema Único de Saúde. O governo instituiu, inclusive, um programa

¹RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

de auxílio financeiro² às escolas médicas que se dispusessem a implementar as mudanças curriculares necessárias.

Um estudo investigativo sobre as conseqüências deste investimento indica que algumas escolas médicas estão empenhadas no cumprimento da Resolução que trata das Diretrizes Curriculares Nacionais, não só em razão do reconhecimento de que o modelo até então adotado é notadamente impotente para desenvolver no aluno as competências incluídas nas DCN, mas também em função da forte pressão social a que estão hoje submetidas todas as escolas cujos egressos não tenham o perfil compatível com as necessidades do Sistema Único de Saúde. (RIBEIRO et al., 2004: 4.611)

Desde então, como observam as autoras, no âmbito das universidades brasileiras, tem ocorrido uma discussão sem precedente na história da formação de recursos humanos. Especialmente pelo fato que o texto das DCN nos apresenta a formação por competência, em um evidente embaralhado de atributos e habilidades - gerais e específicas - que, ora tratados como competências, ora como habilidades, não apontam caminhos que possam, facilmente, ser trilhados.

Ainda mais quando consideramos que

o modelo pedagógico ainda vigente, de aulas expositivas, algumas com apoio de recursos audiovisuais, de trabalhos de grupo nos quais as tarefas são divididas entre os alunos comprometendo a totalidade do conhecimento, de avaliação por provas e por um "check-list" de habilidades observadas em aulas práticas em ambulatórios e/ou enfermarias, não responde ao grande desafio proposto pelas Diretrizes Curriculares Nacionais. (RIBEIRO et al., 2004: 4.615)

² PROMED – Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – proposta de apoio às escolas médicas a adequar seu processo de ensino, produção de conhecimento e serviços às necessidades do SUS. (BOLETIM ABEM – nov/dez, 2002)

A falta de adequação entre o perfil do profissional graduado e as necessidades de saúde da população é um tema cuja discussão já dura algumas décadas, e as DCN poderiam ter sido a força necessária para impulsionar, de vez por todas, a transformação do ensino médico. Contudo, *desconstruir uma prática quase secular, com hegemonia das ciências biológicas e das práticas eminentemente hospitalares, substituindo-as por uma organização curricular que permita maior integração das disciplinas e comprometimento com os problemas reais de saúde da sociedade brasileira, de modo a propiciar uma formação generalista e humanista, com ênfase na atenção primária*, não é tarefa simples e representa um grande desafio às instituições formadoras. (RIBEIRO et al., 2004: 4.623)

Esse desafio está em ultrapassar a dimensão cognitiva da aprendizagem dos saberes necessários à atuação profissional - o que as instituições, de modo geral, sabem fazer muito bem - colocando-os a serviço do cuidado em saúde, em sua dimensão ampliada. Para tanto, entendemos ser necessário propiciar aos alunos maior aproximação com os usuários dos serviços, desenvolvendo ações que sejam supervisionadas e orientadas por professores e profissionais mais experientes, visando desenvolver atributos e habilidades atitudinais que ultrapassem a dimensão cognitiva do saber técnico/profissional e que lhes possibilitem atuar de forma competente nos diversos níveis de atenção.

Deste modo, se *compete ao SUS ordenar a formação dos recursos humanos na área da saúde*, torna-se obrigatória uma formação que considere a necessidade de formar profissionais com competência para atuar nos três níveis de atenção do Sistema de Saúde, desde a atenção primária, entendida como a porta de entrada do

SUS, passando pelas unidades hospitalares especializadas (nível secundário) até o nível dos hospitais de referência pelas especialidades que reúnem (nível terciário). Entretanto, para que se alcance esse perfil desejado de formação, será necessário criar condições, no decorrer da formação, para que os alunos participem de atividades nos diferentes níveis da assistência, o que demanda uma pactuação entre instituições formadoras e serviços de saúde.

Em tempos recentes, diversos programas governamentais³ foram implementados e, neles, certamente, podem ser identificadas oportunidades de, por via da inserção de alunos e professores na rede de serviços, desenvolver competências mais ajustadas às necessidades de saúde da população brasileira e, conseqüentemente, imprimir um novo formato ao perfil dos profissionais de saúde.

Embora iniciativas mais radicais de mudança na formação sejam ainda escassas, há registros (CYRINO,E.G. & RIZZATO,A.B.P.,2004; SIQUEIRA,I.M.F.,2001; KOIFMAN, L.,2001; LIMA,V.V.,KOMATSU,R.S.,PADILHA,R.Q., 2003; MARIN,M.J.S., 2007) que indicam tentativas de inovação curricular tais como: criação e implementação de novas disciplinas, integração dos ciclos básico e clínico em grupos de estudos inter e intradepartamentais, alteração em programas das disciplinas e das práticas nos serviços de saúde, discussão em fóruns sobre viabilidade de parcerias escola-comunidade-serviço, mudança em conteúdos, métodos e localização de disciplinas

³ Programa de Saúde da Família, Programa de Gestão Participativa nos Conselhos de Saúde dos municípios e implantação de Pólos de Educação Permanente são iniciativas que oferecem oportunidades de experiência no campo da educação em saúde no nível de atenção primária.

na organização curricular, dentre outras. São medidas por vezes tímidas, mas que já esboçam o desejo de transformar o ensino médico⁴.

O *Programa Curricular Interdepartamental Atenção Integral à Saúde* (PCI AIS), implantado no ano de 1994 no currículo da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em face de seu conteúdo programático totalmente orientado para as práticas de cuidado básico em saúde, mostra-se, ainda hoje, uma iniciativa bastante afinada com o movimento em direção às necessárias mudanças curriculares e parece representar um esforço exitoso, fruto da mobilização de determinados professores e profissionais de saúde envolvidos na graduação do curso de medicina, e que está em absoluta sintonia com as atuais políticas públicas.

Contudo que o PCI AIS represente uma isolada experiência, frente ao complexo processo de reformulação curricular que possa dar conta de formar profissionais médicos mais preparados para as práticas assistenciais no SUS, acreditamos ser necessário estudá-lo como uma possibilidade real de inserção precoce dos alunos na rede de serviços, buscando, como sugerem Ribeiro et al., nos lançar

(...) em iniciativas que articulam o individual com o coletivo, democratizam as relações entre professores e alunos, incluem outras vozes nas decisões pedagógicas e admitem a parceria – tanto no campo do saber quanto institucional – para definir novos rumos para a formação profissional. (RIBEIRO et al.2004: 4.624)

⁴ Podem ser consultadas as teses de CYRINO,E.G. Contribuições ao desenvolvimento curricular da Faculdade de Medicina de Botucatu: descrição e análise dos casos dos cursos de Pediatria e Saúde Coletiva como iniciativas de mudança pedagógica no terceiro ano médico. Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista/Unesp, Tese de Doutorado, 2002; FEUERWERKER,L.C.M. Mudanças na educação médica: os casos de Londrina e Marília. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Tese de Doutorado, 2002; KOIFMAN,L. O ensino médico no Brasil e na Argentina: uma abordagem comparativa. Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Tese de Doutorado, 2002.

Em síntese, o Programa Curricular Interdepartamental Atenção Integral à Saúde, requisito obrigatório para formar o médico na UFRJ, é o objeto de estudo dessa dissertação, tomado como cenário para investigar se provoca impacto nas concepções dos alunos, no que se refere ao entendimento que têm sobre o SUS, sobre a importância da educação em saúde como uma ação da prática médica e sobre o significado de integralidade no cuidado e atenção primária à saúde.

Inicialmente, na fase exploratória, foi realizada uma revisão bibliográfica acerca dos conceitos de **atenção primária à saúde** e **integralidade no cuidado**, para sustentar teoricamente a análise das concepções dos alunos que cursam o PCI AIS.

Tendo em vista o objetivo maior de capacitar o aluno do curso médico para o exercício da atenção integralizada à saúde de seus pacientes e usuários, esta investigação buscou indicadores de mudanças na percepção dos alunos em relação: aos conceitos de **atenção primária à saúde**, de **integralidade** e, ainda, sobre o entendimento do **significado do SUS** presididos pela preocupação de verificar se, de alguma maneira, esses conceitos se articulam com uma prática médica que inclua a **educação em saúde**. Esses indicadores foram levantados por meio de instrumento aplicado aos alunos no início (*ex ante*) e no fim (*ex post*) do PCI AIS, no primeiro semestre letivo de 2007 (anexo 1).

A avaliação do PCI AIS, no que se refere ao alcance de seus objetivos, também foi realizada, dando prosseguimento a uma prática instituída há alguns anos (anexo 4). Os resultados dessa avaliação, que sofreu reformulações no ano de 2007, foram utilizados de forma complementar à investigação em curso.

A investigação levou em conta o programa, no qual se procurou estabelecer a relação entre os conteúdos programáticos elencados e os objetivos previamente definidos (anexo 2), as respostas dos alunos em ambas as fases de aplicação do instrumento (anexo 1) e a avaliação do Programa por meio de questionário impresso (anexo 3).

Atendendo aos preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da UFRJ e aos alunos matriculados na Programa nos 1º e 2º semestres letivos de 2007 que assinaram de um “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (anexo 5) para que suas informações fossem utilizadas no âmbito da pesquisa.

O diagnóstico inicial foi realizado tendo em vista a necessidade de conhecer as concepções dos alunos do curso de medicina sobre determinados temas trabalhados no PCI AIS e poder compará-las em momento subsequente, com vistas a identificar possibilidades de mudanças, após o contato mais próximo com a realidade da assistência no SUS e com o trabalho de educação em saúde realizado nas escolas municipais.

O que aqui se delinea, em termos de análise do impacto do Programa, guarda alguns aspectos que o diferenciam do que vinha sendo realizado desde 1992: uma avaliação mais centrada na forma como o Programa era desenvolvido do que propriamente nos efeitos que ele pudesse provocar na formação geral do aluno.

Desse modo, decidiu-se por manter a avaliação do desenvolvimento do Programa, cuja análise permite o cruzamento dos dados, analisados de forma complementar.

Interessava-nos, mais especificamente, identificar as idéias pré-concebidas pelos alunos no que diz respeito ao ideário do SUS, seus princípios e funcionamento. Foi, então, solicitada aos alunos uma definição sobre os seguintes termos: *educação em saúde, integralidade do cuidado, atenção primária à saúde e Sistema Único de Saúde*. O material resultante desta ação foi tomado como o panorama da concepção inicial dos alunos. Após cursarem o PCI AIS, foi solicitado que respondessem ao mesmo instrumento para verificar, por meio de uma análise comparativa, se, ao final, após discussões e vivências de situações voltadas para a APS, poderiam ser verificadas mudanças em suas concepções sobre os temas desenvolvidos, e possibilidades de ressignificação.

O trabalho aqui desenvolvido apresenta, na primeira parte, a revisão bibliográfica dos conceitos usados como referência de análise do material empírico; uma segunda que descreve a trajetória e tece alguns comentários sobre o Programa, objeto da investigação, e uma terceira, com os resultados alcançados. Apresentam-se, ao final, as conclusões do trabalho investigativo, com as necessárias considerações.

Capítulo 1

Bases teóricas para compreensão do papel do PCI AIS na formação dos alunos de medicina

1.1 A Atenção Primária à Saúde no contexto da organização do SUS

O objetivo primordial de toda organização de saúde é melhorar as condições em que vive um determinado grupo social. Para atingir este objetivo, os sistemas de saúde têm como meta colocar à disposição de seu povo, ações compatíveis com o mais avançado conhecimento em relação à causa das enfermidades e ao manejo das doenças para garantir melhores e mais saudáveis condições de vida. Outra meta, não menos importante, é garantir condições de igualdade de atenção a todos os grupos populacionais (Starfield; 2002:19), o que nos remete ao conceito de atenção primária à saúde (APS), definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como:

(...) assistência essencial, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, postos ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação, a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e cada uma das etapas de seu desenvolvimento, com um espírito de auto-responsabilidade e auto-determinação (OMS, 1978).

Tentativas de reorganização dos sistemas de saúde são antigas e, segundo Starfield (2002: 30), já em 1920, na Grã-Bretanha, Lord Dawson⁵ propôs a hierarquização dos serviços em três níveis, com funções específicas para cada um, uma organização estratificada que permitiria oferecer respostas mais adequadas às necessidades da população. Esse modelo serviu para orientar vários países, entre eles o Brasil, nos

⁵ LORD DAWSON OF PENN. Interim Report of the Future Provisions Medical and Allied Services. United Kingdom Ministry of Health. Consultative Council on Medical Allied Services. London: Her Majesty's Stationery Offices, 1920.

quais o primeiro nível de atenção, a APS, teria funções bem definidas e, esperava-se, seria capaz de dar conta dos problemas de saúde mais comuns da população assistida. A atenção primária estaria, então, apoiada pelo nível secundário, em que profissionais especialistas atenderiam por consultas agendadas, ficando a assistência às doenças mais raras e complicadas para o terceiro nível de atenção – nível em que é classificada a atuação dos hospitais-escola. (STARFIELD, 2002: 30)

A partir da segunda metade do século passado, algumas transformações sofridas pela população mundial, e em especial a dos países em desenvolvimento (marcados pelo crescimento populacional, pela urbanização acentuada e aumento das desigualdades sociais), levaram a OMS a assumir um posicionamento frente a essas questões e sugerir ações que enfatizassem a promoção de saúde e a prevenção de doenças, conforme a proposta do relatório Lalonde que, em 1974, desencadeou a reformulação do sistema de saúde do Canadá. Tudo isso culminou em uma conceituação de APS que foi formalizada em Alma-Ata, em 1978, durante a realização da 1ª Conferência Internacional de Cuidados Primários, e ratificada pela 1ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1981, também no Canadá. (FERREIRA & BUSS 2001)

A Declaração de Alma-Ata levantou temas de grande repercussão na área da saúde, entre eles a exigência do envolvimento de outros setores para se conquistar o mais alto nível de saúde da população de cada país. Vinculando a promoção e a proteção à saúde ao desenvolvimento econômico e social, à qualidade de vida e à paz mundial, a OMS destacou o direito e o dever de a população participar no planejamento das ações, nos níveis individual e coletivo.

As idéias de Alma-Ata defendiam: educação sobre os principais problemas de saúde; aporte de alimentos e nutrição apropriada; abastecimento adequado de água potável e saneamento básico, assistência materno-infantil e planejamento familiar; imunizações; prevenção contra endemias; tratamento apropriado para enfermidades e traumatismos comuns; e, ainda, a disponibilidade de medicamentos essenciais. Em decorrência dessas recomendações, ampliou-se o conceito de saúde, com base no qual deveriam ser revistas todas as ações.

Segundo Campos (2007), o modelo de saúde brasileiro foi construído com base neste ideário europeu, que concebe a *atenção básica como parte integrante dos sistemas públicos e resolve 80% dos problemas de saúde e 95% dos que atende*, embora, na prática, a Atenção Básica em Saúde, no Brasil, se mantivesse orientada pelo modelo americano. O autor explicita que, no modelo americano, a atenção básica é uma área de ação da saúde pública e está orientada por programas de saúde, de modo que *as UBS (Unidades Básicas de Saúde) ficam voltadas para alguns problemas de saúde relevantes, como imunização e vacinação, pré-natal, doenças como tuberculose e hanseníase*, constituindo-se em um modelo insuficiente, ainda que necessário. (CAMPOS, 2007: 14) Em outras palavras, construímos para o Brasil um modelo de saúde baseado nos pressupostos europeus, mas, concretamente, continuamos seguindo o modelo americano, baseado na mais alta tecnologia e especialização, razão do descompasso entre o ideal e o real.

Desse modo, podemos afirmar que a ampliação do conceito de saúde não provocou uma correspondente modificação das práticas: os responsáveis pela assistência nos

serviços continuaram a priorizar as ações típicas já desenvolvidas no setor, restringindo a proposta ao tradicional padrão assistencial e pouco contribuindo para que a transformação do ideal de saúde se traduzisse em uma assistência ideal.

Observa-se que os ideais de APS foram bastante questionados nas nações industrializadas. Seus sistemas de saúde, fortemente estabelecidos e baseados no uso intensivo de tecnologia, tinham como cenário preferencial os hospitais, onde eram exercidas as especialidades médicas que imprimiam – na organização do processo de trabalho – tanto a fragmentação da atenção quanto a idéia de que os avanços da biotecnologia permitiriam alcançar a cura de todos os males. Tais características explicam a avaliação reducionista e preconceituosa imposta à APS, de restringi-la aos cuidados curativos simplificados e de baixo custo, às atividades preventivas exercidas por profissionais pouco qualificados, e às campanhas de saúde pública tradicionais. (FILMER et al, 1997)

E é exatamente a essa fragmentação do cuidado em saúde e ao uso intensivo da tecnologia que se opõe a APS, entendendo que a busca da correção dos agravos em saúde não impõe, necessariamente, a realização de gastos tão elevados e que nem sempre se refletem em benefícios à saúde da população. Sua abrangência pode incluir, além do uso mais racional da tecnologia disponível, ações de prevenção e de promoção ricas em atividades educativas, considerando o contexto social e realizadas de acordo com um claro movimento de aproximação das pessoas.

No entanto, até mesmo no Canadá, os avanços da APS foram limitados, uma vez que as ações voltadas para a promoção de saúde e para a prevenção de doenças, continuaram centradas no indivíduo, culpabilizando-o por suas possíveis enfermidades, ainda que algumas constatações fossem contrárias a este enfoque e evidenciassem que o padrão de morbidade e mortalidade (ou seja, o jeito de adoecer) estaria relacionado à classe social que o cidadão ocupa.

Esse entendimento, de que o contexto social é um poderoso determinante da saúde – porque molda o comportamento individual e a escolha do estilo de vida – afirmado por ocasião da “1ª Conferência Nacional de Saúde”, no Canadá, em 1981, foi responsável pela inclusão dos fatores sociais e ambientais para discutir e propor ações de saúde. (FERREIRA & BUSS, 2001: 11-12)

Considerando que são grandes as resistências à APS e mesmo constatando que vários países do Leste Europeu tomaram este rumo, prioritariamente, pela necessidade de contenção de gastos, é sabido que há mais ou menos duas décadas, alguns países tiveram que reorganizar seus sistemas de atenção ambulatorial, em razão de mudanças no perfil epidemiológico de suas populações (com a crescente quantidade de idosos e o conseqüente aumento do número de doentes crônicos). Como conseqüência, verificam-se nestes países melhores indicadores de saúde em relação ao período anterior. (GIOVANELLA, 2006: 951)

Segundo Barbara Starfield (2002), novas abordagens conceituais em APS têm surgido ao longo deste tempo, embora sejam sempre de caráter complementar, agregando-se ao seu conceito inicial. A autora considera a APS em razão do *tipo de*

cuidado prestado por determinados médicos (médico de família, médico internista, médico generalista, pediatra, gineco-obstetra), embora não haja normas rígidas e específicas para o cuidado prestado por profissional; outra possibilidade seria considerá-la como um conjunto específico de ações relacionadas à assistência de doenças ou afecções mais comuns, em que dados epidemiológicos seriam fundamentais para o delineamento do trabalho a ser realizado em determinada comunidade. Ainda uma outra possibilidade de leitura apontada pela autora seria a APS como aquela assistência à saúde realizada em um primeiro nível da assistência; algo, portanto, estreitamente ligado à idéia de porta de entrada ou primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde. Por fim, inclui a compreensão de uma estratégia de reorganizar o sistema de saúde por meio de enfoque comunitário, com prioridade da alocação de serviços na comunidade; ou ainda de forma mais ampliada, como um conjunto de atributos gerenciais que garantem a acessibilidade, a integralidade, a coordenação, a continuidade e a responsabilização do cuidado à saúde. (idem, 2002: 43-44)

Estas diversas abordagens referem-se a variadas dimensões, como: o tipo de atuação de determinados profissionais; o tipo de contato do usuário com a unidade de saúde; um modelo de gestão, entre outras, o que possibilita várias interpretações. Giovanella (2006) afirma ser possível destacar pelo menos três grandes linhas de interpretação do conceito:

(...) (i) Programa seletivo com cesta restrita de serviços; (ii) um dos níveis de atenção correspondendo aos serviços ambulatoriais médicos de primeiro contato não especializado, incluindo ou não amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população; (iii) ou de forma abrangente, uma concepção de modelo assistencial e de organização de sistema de saúde (...). (GIOVANELLA, 2006: 952)

Essa primeira linha de interpretação refere-se aos programas com opções restritas de ações de saúde, focalizadas em necessidades pré-determinadas e utilizadas como compensação para grupos de extrema pobreza.

A segunda linha de interpretação define um tipo de atenção ambulatorial prestada pelo médico, que inclui o primeiro contato, sem referência à continuidade da relação médico-paciente ao longo da vida, independente da ausência ou presença de doença. Também não faz referência à garantia da integralidade do cuidado, com uma abordagem ampla, incluindo questões de cunho biológico, psíquico e social; tampouco se refere à função do nível primário, de orientar ou encaminhar o paciente quando necessita de cuidados em outros níveis de atenção.

Portanto, essa segunda linha de interpretação, ainda que referida aos *serviços ambulatoriais médicos de primeiro contato e não especializados*, diz respeito a um tipo de cuidado ainda fragmentado, sem vínculo estável, e marcado por uma abordagem impessoal e procedimento-centrada. Conseqüentemente, uma abordagem ainda distante da idealizada organização do sistema de saúde, que garanta aos assistidos um cuidado comprometido com a visão de saúde mais ampliada, apontada por Giovanella, como a terceira linha de interpretação. (GIOVANELLA, 2006: 952) Esta última possibilidade é não só a mais abrangente, quanto a que mais fielmente retrata os ideais preconizados pelo grupo de trabalho da OMS, na região europeia, em 1994.

De acordo com essa interpretação, a atenção primária deve ser: geral, sem restrição de faixa etária ou tipo de problema; centrada na pessoa e não na enfermidade; e

contextualizada, focando a pessoa em seu contexto familiar e comunitário, em suas questões físicas, psíquicas e sociais. O acesso dos usuários deve ser amplo em relação a: horários de atendimento, local, financiamento e grupo cultural, e o atendimento deve estar pautado na atenção integral, incluindo promoção de saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação.

O cuidado orientado para a comunidade é outro traço marcante da APS, e essa orientação é o reconhecimento de que o grupo social e o modo de vida dos habitantes de um determinado local interferem nas questões de saúde e de doença. Desse modo, a elaboração das políticas, a gestão das unidades e a atenção direta aos usuários articulam-se com a participação comunitária e devem, também, estar associadas tanto às necessidades de saúde da população quanto aos outros setores da sociedade (intersetorialidade), operando de forma colaborativa.

Em APS, recomenda-se que o cuidado em saúde seja prestado por uma equipe multidisciplinar composta por vários profissionais, e não somente pelo médico. O vínculo dos usuários com o médico ou com as equipes deve ser contínuo – prolongando-se ao longo de um período substancial da vida – e também abrangente, ocupando-se das várias faixas etárias (STARFIELD, 2002: 52-3). Desse modo, a equipe de saúde compromete-se com a saúde da população adstrita, assume a defesa dos direitos dos pacientes e a responsabilidade pelo cuidado. Isso significa afirmar que cabe, também, à equipe de saúde local orientar e encaminhar os usuários que necessitem de acompanhamento especializado, de forma que o trabalho em APS se dê de modo articulado com os demais níveis de atenção (secundário e terciário).

Cabe, contudo, ressaltar que ainda que se constituam em especificidades da APS, os procedimentos de: atenção materno-infantil, queixas emergenciais, cuidados paliativos, ações educativas, interação com a comunidade, além do acompanhamento/coordenação do prontuário do paciente, podem e devem ser também realizadas pelos demais níveis da atenção.

Efetivamente, os atributos da atenção primária podem ser sintetizados em dois aspectos: a) trata-se de um processo de trabalho em saúde que tem como principais características o acesso universal e a coordenação da saúde do usuário por meio de registros claros dos atendimentos em todos os níveis e b) representa o primeiro contato com o sistema de saúde, a partir do surgimento de um sintoma. Esses aspectos, a nosso ver, sinalizam grande complexidade das ações, pois exigem dos profissionais competências e habilidades que se situam para além dos conhecimentos técnicos específicos. O próprio processo de trabalho, referido, na maioria das vezes, por atendimentos de primeiro contato, com sintomas mal definidos, colocam em exigência não só um criterioso trabalho clínico – respaldado por conhecimentos técnicos bastante atualizados – quanto passam a exigir certo acompanhamento ao longo do tempo.

Temos, então, aspectos singulares da APS: a longitudinalidade, que garante o vínculo do usuário com determinado profissional ou equipe de saúde; a atenção ao primeiro contato; a integralidade do cuidado; e a coordenação da atenção ao usuário em todos os níveis de atenção.

Portanto, ainda que os aspectos da APS anteriormente aludidos sejam conceitualmente distintos, encontram-se entrelaçados (STARFIELD, 2002: 67-69), configurando uma espécie de “teia” do cuidado em saúde – caracterizada pela *intersectorialidade* que, juntamente com a *participação popular na gestão do sistema de saúde*, constituem os princípios orientadores das ações de saúde. Esses são, portanto, os aspectos defendidos pela OMS desde o ano de 2003, quando foram comemorados vinte e cinco anos de Alma-Ata. Nesta ocasião, a OMS reafirmou sua posição em defesa da saúde coletiva, buscou resgatar o compromisso da garantia de saúde para todos e defendeu a necessidade de uma reestruturação dos sistemas de saúde nos diversos países, com ênfase na equidade do acesso. (OMS; 2003)

No Brasil, o princípio que determina saúde para todos tornou-se garantido pela Constituição de 1988, que fundamentou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 1988)

Entendemos, portanto, ser pertinente uma breve incursão na organização do sistema de saúde em período anterior ao SUS, de modo a contribuir para um entendimento da complexidade do atual cenário de assistência e que nos auxilie nessa verdadeira “empreitada” que é assumir o lugar de co-participes na transformação da educação médica em uma formação em saúde sintonizada com as atuais políticas públicas, voltadas para a real melhoria da assistência.

1.2 O Sistema Único de Saúde

A proposta de reorganização do sistema de saúde origina-se na falência do modelo de saúde previdenciária, ocorrida no final da década de 1970, motivada por uma forte crise fiscal do Estado brasileiro. Financiado pela contribuição do trabalhador formal (de carteira assinada), as verbas eram centralizadas em nível federal, pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que comprava serviços hospitalares e consultas ambulatoriais especializadas de instituições de saúde privadas a ele conveniadas. Estas unidades de saúde eram remuneradas pelo quantitativo de procedimentos para os quais não havia um efetivo controle da qualidade da atenção prestada.

A falência deste modelo, que atingiu a Previdência Social e acabou por resultar no esgotamento do modelo assistencial privatista (MENDES, 1993), evidenciou-se quando começaram a surgir epidemias (como a de meningite) em todo o território nacional, e que coincide com o período em que as doenças crônico-degenerativas passaram a se constituir em um problema de saúde pública.

O ideário da Reforma Sanitária, que defendia a assistência universalizada e igualitária, sustentado na concepção da saúde como direito de todos e dever do Estado, ganhou força e resultou nas Ações Integradas de Saúde que incluíam ações preventivas e propunham uma assistência ambulatorial voltada aos problemas mais comuns da população, em especial aqueles que acometiam a população mais carente.

A principal proposta era reunir todas as instituições relacionadas à saúde – antes plurais e desintegradas – em uma estrutura assistencial de gestão pública que deveria se apresentar organizada em nível local de cada Distrito Sanitário, de modo a responder às necessidades prioritárias da população adstrita. Deste modo, um sistema de ações de saúde, que levasse em conta critérios epidemiológicos e fosse organizado por níveis de atenção, foi estratégico na busca da universalização e da equidade no acesso.

A proposta valorizava o poder local e a participação do usuário, estabelecendo vínculo entre ele e a unidade de saúde, bem como entre a unidade de saúde e todo o sistema local. Esse contexto da atenção possibilitou que os dados epidemiológicos e as condições ambientais e sanitárias passassem a ser considerados no planejamento de ações integradas de saúde e, portanto, subsidiadas pelo conceito de vigilância à saúde. (COMISSÃO NACIONAL DE REFORMA SANITÁRIA, 1987: 16)

As chamadas AIS provocaram a expansão da rede de postos de saúde, com estímulo à formação de equipes compostas, também, por profissionais de nível médio e elementar, estimulando a participação comunitária, em busca da meta de *saúde para todos no ano 2000*. Deste modo,

Um novo surto de crescimento da rede básica se deu no início dos anos 1980, decorrente do processo de redemocratização do país. A sociedade brasileira lutava pela consolidação de seus direitos sociais e, por conseguinte, pelo direito dos excluídos à assistência à saúde. Em um contexto de crise do modelo previdenciário, que acarretou fortes medidas de racionalização do gasto em saúde, privilegiou-se a Atenção Primária à Saúde e a municipalização da prestação de serviços de saúde. Essas medidas estavam respaldadas pela conferência de Alma-Ata, que preconizava um rol de cuidados essenciais a serem prestados aos povos, de forma a se alcançar a saúde para todos. (CAMPOS, 2006: 135-136)

Cabe esclarecer que, a despeito de todo o desenvolvimento alcançado pela APS (internacionalmente, chegou mesmo a se constituir em campo de estudo), no Brasil, a expressão “atenção primária” sofreu muitas críticas e foi substituída por “atenção básica” (AB), com o intento de dissociá-la da conotação de precária ou pueril, que freqüentemente lhe era atribuída.

A partir da Constituição de 1988, e da conseqüente implantação do SUS, inicia-se um processo de descentralização das ações de saúde, que passam a ser geridas pela instância municipal, com a responsabilidade pela atenção básica, expandindo o número de centros e postos de saúde no país. O previsto era que essas unidades de saúde tivessem um custo suportável pelos municípios e levassem o sistema de saúde do Brasil a aproximar-se do ideal de universalização da assistência: cada cidadão teria uma unidade básica de referência, ou de APS, próxima a sua residência.

Uma ferramenta de grande valia neste movimento de expansão da Atenção Básica foi a programação, *com o objetivo de reduzir agravos à saúde e as mortes evitáveis* (CAMPOS, 2006). Ações preventivas e curativas foram programadas para serem executadas pelas equipes de profissionais da assistência nas unidades da rede básica, por meio da análise de magnitude e transcendência de alguns problemas, ou seja, a proposição de ações de saúde com base em um referencial epidemiológico. Os programas de atenção integral à saúde da criança, da mulher e do adulto representaram uma estratégia de boa relação custo-efetividade, com sensível melhoria dos indicadores sanitários como, por exemplo, a queda vertiginosa da taxa de mortalidade infantil nas duas últimas décadas em todo o país.

Os Programas de Saúde buscaram (...) combinar tecnologias e intervenções de caráter clínico-epidemiológico calçadas em medidas de impacto, eficácia, efetividade e eficiência comprovadas. (CAMPOS, 2006:137)

Mas apesar da grande expansão da rede de AB e das melhorias alcançadas pelo setor saúde no país, ao levarmos em conta esta concepção mais abrangente da APS, alguns problemas podem ser identificados. O principal deles é decorrente do fato de que o SUS representa uma reorientação do sistema de saúde em favor da APS, e a criação de um tipo de atendimento restrito aos “programas de saúde integral” pode ter representado um tipo de atenção muito focal, que desconsiderava muitos problemas sentidos pela população e também seus anseios.

Ainda que tal evolução tenha contribuído para a melhoria do acesso e da cobertura às ações de saúde, muitas vezes essa forma de atuação do setor público governamental foi vista como uma política de focalização, uma espécie de um fornecimento de uma cesta básica sanitária, destinada a atender, como mais um programa social de caráter compensatório, os grupos mais carentes e desvalidos da população. (CAMPOS, 2006: 139)

Outro aspecto fragilizador desta proposta, de divisão do cuidado por programas, foi a manutenção da lógica das especialidades: o pediatra atendia no Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança; o gineco-obstetra atendia no Programa de Atenção Integral Saúde da Mulher; e o clínico, no Programa de Atenção Integral à Saúde do Adulto, sem que houvesse continuidade ou integração entre esses diferentes programas e, com isso, caracterizando a mesma fragmentação da clínica das especialidades.

E, ainda, salvo raras exceções, a postura dos profissionais médicos também não garantia a integralidade desejada, nem nas ações (promotoras, preventivas,

curativas e reabilitadoras) de saúde, nem na defesa dos interesses dos usuários e na compreensão do indivíduo em seu contexto de vida.

A falta de preparo dos profissionais para atuar na APS pode ser entendida como responsável pela manutenção de uma atitude profissional isolada, descontínua e centrada na doença e não na preservação da saúde. Esse despreparo também dificulta a integração das equipes de saúde: ainda que os profissionais trabalhem em um mesmo serviço, eles não têm a cultura da valorização do processo integrado de trabalho; tampouco há um compromisso de equipe com a defesa dos interesses da população usuária.

Além da segmentação, havia ainda o problema da atitude do profissional, especialmente do médico, cujo trabalho era marcado pelo distanciamento com relação aos interesses dos usuários, bem como pelo isolamento com relação aos outros profissionais de saúde e pelo predomínio de (...) um modelo assistencial voltado para ações com base em procedimentos. (CAMPOS, 2006:138)

Mas é fato que a grande expansão da rede básica e a clara opção do SUS em favor da APS estão de acordo com as medidas de racionalização dos sistemas de saúde, tanto de países em desenvolvimento quanto dos já desenvolvidos. No Brasil, observa-se que, com a homologação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN),

1.3 O papel ordenador do SUS na formação de profissionais de saúde

A grande mudança proposta pelas *Diretrizes Curriculares Nacionais para o ensino de graduação da área da saúde* (DCN), homologadas em 2001, encontra-se ancorada na Constituição de 1988, em que o Artigo 200, parágrafo III, afirma ser *competência do SUS ordenar a formação de recursos humanos*. Desde então, estava “sugerida” por lei, a integração da rede de serviços de saúde com as instituições responsáveis pela formação de profissionais. Importante marcar que, no plano internacional, também no ano de 1988, a Declaração de Edimburgo sobre ensino médico já recomendava a ampliação dos cenários de prática para além dos hospitais e, também, o comprometimento do ensino com as prioridades de saúde de cada país. (OPAS, 1994)

Com a proposta das DCN, as instituições de ensino médico foram convocadas a adequar seus currículos ao perfil de profissional de saúde necessário para atuar junto à população e trazer melhorias efetivas nas condições de saúde. Acreditamos interessante pontuar que o período compreendido entre a Constituição e as DCN foi marcado por proposições inovadoras no ensino médico, sempre acompanhadas de estudos investigativos sobre os impactos delas decorrentes. Muitos foram também os projetos governamentais desenvolvidos nesse sentido, entre os quais destacam-se: a proposta de Integração Docente-Assistencial⁶ (IDA); o projeto Uma nova

⁶ A proposta Integração Docente-Assistencial, segundo Regina Marsiglia, foi definida pela OMS como “união de esforços em um processo de crescente articulação entre instituições de educação e serviços de saúde, adequados às reais necessidades da população, à produção de conhecimento e à formação de recursos humanos necessários em um determinado contexto da prática dos serviços de saúde e de ensino. (MARSIGLIA, 1995: 31)

iniciativa em educação dos profissionais de saúde - União com a Comunidade⁷ (UNI), a Comissão Interinstitucional para Avaliação do Ensino Médico⁸ (CINAEM) e que, reunidos em esforço comum, foram os responsáveis por um movimento que culminou na homologação, em 2001, das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação na área da saúde (DCN). (FEUERWERKER, 2002)

Essas diretrizes, entre outros aspectos, definem o perfil esperado do egresso do Curso de Graduação em Medicina:

(...) Um profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar pautado em princípios éticos, no processo saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor de saúde integral do ser humano. (CNE/CES n° 4, 2001)

Este perfil profissional, que valoriza atributos necessários a qualquer campo de atuação (como humanização, crítica e ética, por vezes esquecidos pelos especialistas com atuação tecnicista, baseada em conhecimentos biológicos), chama atenção para a formação generalista⁹, necessária para atuar no processo de trabalho da APS. A citação textual da integralidade do cuidado evidencia o comprometimento com a reorientação do SUS em favor da APS, o compromisso com o senso de responsabilidade social e a cidadania.

⁷ A proposta UNI – “Uma nova iniciativa em educação nas profissões de saúde: união com a comunidade” – foi uma continuidade das experiências de Integração Docente Assistencial, iniciadas na década de 1980.

⁸ A Comissão Interinstitucional para Avaliação do Ensino Médico foi instituída por 11 entidades, em 1991, para um processo de diagnóstico e transformação do ensino médico.

⁹ Formação generalista é caracterizada nas DCN, no Artigo 3°.

Diante das questões colocadas e deste contexto de mudanças na formação profissional proposto pelas DCN, alguns temas precisam ser aprofundados na organização dos currículos das profissões de saúde, em especial do curso médico. Para que as entidades de ensino favoreçam o desenvolvimento do indivíduo como cidadão, pautado em questões éticas e ideais de bem comum e de justiça, capazes de praticar ações úteis e produtivas, faz-se necessário reorientar o processo de formação do médico, de modo a capacitá-lo para o exercício da prática médica em todos os níveis de atenção, o que significa ampliar os cenários de prática oferecidos na graduação, incluindo as práticas típicas de APS.

Segundo as DCN, a inserção do estudante na rede básica de serviços é recomendada desde os primeiros anos do curso de graduação, por se constituir em cenário de aprendizado que, além de favorecer maior integração da teoria com a prática, proporciona desde a utilização dos conhecimentos da epidemiologia, na realidade dos serviços, até a articulação da prática clínica e a gestão do serviço.

Entendemos que as vivências de educação em saúde, visita domiciliar, projetos comunitários e intersetoriais podem proporcionar aos estudantes em formação, como afirma Campos (2005:6-7), uma aprendizagem bastante significativa. Essas experiências, além de se apresentarem em consonância ao perfil delineado pelas DCN, promovem uma abordagem ampliada de saúde e, paradoxalmente, singular para cada caso assistido pela equipe (que deve ser multiprofissional para que dê conta de uma abordagem abrangente) e que, incluindo aspectos psicológicos e sociais, consideram toda a complexidade presente na APS.

Mas a realização do cuidado por profissionais de diferentes áreas, em um trabalho integrado que garanta o vínculo e a longitudinalidade ou continuidade da atenção – e que caracteriza a chamada “atenção ampliada ou integral” –, ainda não é usual na rede do SUS. É preciso consolidá-la. E, da mesma forma, está ainda em construção uma APS que venha responder, efetivamente, às necessidades da população – um processo que, segundo nosso entendimento, exige das instituições formadoras compromisso com o Sistema Único de Saúde.

1.4 A Integralidade do cuidado em saúde

O debate sobre a integralidade em saúde data dos anos 1960, quando críticas e questionamentos acerca da formação e das práticas médicas nos Estados Unidos denunciavam as ações fragmentadas na área da saúde. A idéia da integralidade iniciada pelos teóricos da chamada “medicina integral” surgiu como um discurso contra-hegemônico (MATTOS, 2001:44), tendo sido adotada pelo movimento sanitário brasileiro como um conjunto de atitudes e ações voltadas, em especial, para a valorização das práticas de saúde como práticas sociais.

Tais críticas incidiam, fundamentalmente, no privilégio conferido às especialidades médicas que, no entendimento dos teóricos da “medicina integral”, ao recortarem órgãos e sistemas do corpo humano como objetos de estudo e intervenção, além do óbvio reducionismo de suas práticas, desviavam o olhar da “totalidade dos indivíduos”, o que tornava impeditivo que os alunos e, posteriormente, os médicos, tivessem a oportunidade de conhecer seus pacientes e suas necessidades de forma mais abrangente. Os teóricos da medicina integral acusavam os especialistas de

uma prática que incidia exclusivamente na dimensão biológica, em detrimento das considerações psicológicas e sociais acerca do ser em sofrimento (MATTOS, 2001: 45).

Foi com esta crítica que a “medicina integral” inaugurou o discurso da integralidade, referido a um conjunto de atitudes éticas e técnicas (desejáveis para os médicos) relacionadas a sua possibilidade de compreender e apreender, de modo ampliado, as necessidades dos indivíduos. Posteriormente, esse discurso se associou ao movimento da medicina preventiva, com sua racionalidade epidemiológica, e também a medicina geral comunitária, com suas práticas integradoras de assistência à saúde, constituindo, assim, as bases do movimento sanitário, consolidado nos anos 1980 como o campo da saúde coletiva.

Segundo Mattos (2001:46), na medida em que ambas, a medicina integral e a saúde coletiva, consideravam as práticas em saúde como práticas sociais, a constituição desses campos se deu de modo muito semelhante: as críticas de ambas estenderam-se às relações da prática de assistência médica privada e convergiram na proposta de conquista da saúde como direito dos indivíduos, o que colocava em exigência a maior presença do Estado no provimento dos serviços de saúde.

Mas a exclusão de significativa parcela da população da assistência e do cuidado médico-hospitalar não era a única crítica impingida a esse modelo. Também a atitude fragmentária e reducionista da prática médica, excessivamente medicalizada e orientada para a eficiência – que inspirava o sistema de assistência médica no Brasil – precisava ser superada.

No período anterior à criação do SUS, os embates entre quatro grandes setores – as empresas de prestação de serviços de saúde, a indústria farmacêutica, a indústria de equipamentos hospitalares e o pessoal das equipes de saúde – deixavam de lado os interesses pela melhoria de saúde da população. E, nesse jogo de forças, o principal financiador, o trabalhador, não participava das decisões. À população que não descontava contribuição previdenciária era recusada a assistência, o que gerava a constituição de um grupo marginalizado.

As ações de interesse coletivo, identificadas com proteção e promoção da saúde, ficavam a cargo do Ministério da Saúde que, mesmo tendo a função de coordenar a área da saúde, era desprestigiado com a falta de verbas, fazendo com que suas ações fossem muito pontuais, descontínuas e desintegradas. (OLIVEIRA, 1985: 264)

Decorre, portanto, dessa divisão das ações de saúde, um primeiro entendimento do tema integralidade, qual seja: a articulação entre os diferentes serviços e instituições de saúde de modo a integrar as práticas de prevenção e assistência no país.

As idéias da Reforma Sanitária e sua materialização nas Ações Integradas de Saúde compunham, então, o cenário no qual foi realiz

nã só

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (VIII CNS, 1986: 2)

Essa nova compreensão do conceito de saúde passou a representar uma base sobre a qual muitas decisões deveriam ser tomadas e que permitiriam traçar novos caminhos para o reordenamento do setor saúde no Brasil, *objetivando a criação de um Sistema Único de Saúde.*

Desde então, as ações e serviços públicos de saúde passam a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada e constituir um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. (Art. 198)

A regulamentação das Leis Orgânicas da Saúde 8.080¹⁰ e 8.142, de 1990, contribui para a efetivação do SUS e estabelece princípios e diretrizes operacionais para a organização da saúde no País, fundamentados nos princípios doutrinários do SUS: a universalidade, a equidade e a integralidade, esta última expressa na Lei:

(...) um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. (SENADO FEDERAL, Lei nº 8080/90)

¹⁰ Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 – Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências; Lei Nº 8.142 de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponíveis em <http://portal.saude.gov.br>.

Como vimos, tanto na Lei 8080/90 quanto no texto da Constituição Federal Brasileira, que enfatiza o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988, Art.198), são feitas referências ao termo integralidade, sem que ele seja devidamente clarificado, o que levou diversos autores a empreenderem esforços para fazê-lo, entendendo que a articulação das ações e serviços, ainda que pudesse resultar em maior integralidade, tomá-la tão somente nesta perspectiva implicaria em uma compreensão bastante limitada, pois

O ideário da integralidade compõe um processo que se inicia na formulação de políticas do nível macro pelo Estado, passa pela gestão e gerência nos distintos níveis até a produção de ações de cuidado de saúde por meio das práticas para a atenção e o cuidado dos indivíduos. (COSTA, 2004: 12)

Mas existem outras definições do conceito de integralidade que não estão referidas à articulação das ações e serviços de saúde. A integralidade tem sido estudada por muitos autores que defendem outras possibilidades interpretativas.

Mattos (2001), por exemplo, defende que a integralidade não deve ser fechada em uma definição. Defendendo a noção de “idéia-objetivo”, o autor explica que o termo “integralidade” reúne vários interesses e pontos de vista direcionados para temas semelhantes, mas que não são os mesmos. Para ele, uma única definição excluiria alguns aspectos defendidos por participantes da luta que, mesmo não comungando exatamente das mesmas idéias, acabam seguindo a mesma direção por levantarem o mesmo ideário.

Integralidade, no contexto da luta do movimento sanitário, parece ser assim: uma noção amálgama, prene de sentidos. Nessa perspectiva, aquela pergunta inicial - o que é integralidade - talvez não deva ter resposta unívoca. Talvez não devamos buscar definir de uma vez por todas a integralidade, posto que desse modo poderíamos abortar alguns dos sentidos do termo e, com eles, silenciar algumas das indignações de atores sociais que conosco lutam por uma sociedade mais justa. (MATTOS, 2001: 42)

Segundo Camargo (2001) a integralidade surgiu da ausência de algo, como expressão da insatisfação com as maneiras como estas práticas vinham sendo realizadas. E, dado o conjunto de definições/entendimentos possíveis, temos, hoje, para a integralidade uma espécie de “agregado semântico”, a que muitos nomeiam “polissemia”. Camargo defende, inclusive, a idéia de que a palavra “integralidade” não podemos, sequer, atribuir o estatuto de conceito, posto que trata-se de *uma rubrica conveniente para o agrupamento de um conjunto de tendências cognitivas e políticas, com alguma relação entre si, mas não completamente articuladas.* (CAMARGO, 2001: 12)

As possibilidades interpretativas da integralidade são muitas e este conceito – se é que a integralidade pode ser chamada de conceito – deve continuar como uma noção amalgamada, prene de sentidos. Temos, então, esse “agregado semântico” em que estão contidas: as idéias ligadas à atenção primária ou à promoção de saúde, presentes no discurso dos organismos internacionais; o princípio do SUS; e, ainda, as críticas e proposições sobre a assistência à saúde. (CAMARGO Jr, K.R., 2005: 36-38)

Mattos (2001) explicita três possíveis entendimentos para a integralidade: a integralidade como *modo de organizar as práticas*; a integralidade como *traço da boa medicina*; e a integralidade como uma *política especial*.

Interessante observar que exatamente pelo fato de a noção de integralidade ter sido forjada em contexto de crítica e na oposição às *práticas, às instituições e à organização do sistema de saúde* (MATTOS, 2001: 42-43), serviu de mola propulsora às tentativas de correção das imperfeições do sistema, ao avanço de um processo político, que resultou no envolvimento de um número maior de atores nas decisões e na gestão, e, conseqüentemente, vem contribuindo para a modificação das práticas assistenciais. De tal forma que, no contexto político atual, observam-se tanto os antigos opositores ao sistema e responsáveis pelo surgimento deste ideário, quanto os atuais atores políticos assumindo a integralidade como princípio do SUS a ser cumprido.

Como um *modo de organizar as práticas* na saúde, a integralidade surge como superação da grande dicotomia existente até os anos 1970 entre o atendimento médico propriamente dito, a cargo da Previdência Social, e as ações voltadas à saúde pública subordinadas ao Ministério da Saúde. Superar essa fragmentação dos programas e introduzir práticas assistenciais nas antigas unidades de saúde pública, evitando que os pacientes tivessem que se dirigir a esta ou aquela unidade de saúde, de acordo com o problema a ser resolvido, unificando essas ações, não só as integrava quanto colocava em exigência certa horizontalização dos programas anteriormente verticalizados.

As equipes das unidades deveriam passar a pensar suas práticas, sobretudo, desde o horizonte da população a que atendem e das suas necessidades, e não mais desde o ponto de vista exclusivo de sua inserção específica neste ou naquele programa do ministério.
(MATTOS, 2001: 51-52)

A proposta da integralidade das ações consistia, então, em um tratamento horizontalizado e condizente com uma política de atendimento, programada para

determinados grupos populacionais, estabelecida com base em estudos epidemiológicos. Como ressalta o autor,

(...) aqui a integralidade não é mais uma atitude, mas uma marca de um modo de organizar o processo de trabalho, feita de modo a otimizar o seu impacto epidemiológico. A equipe no serviço de saúde definia para segmentos da população (geralmente divididos em faixas etárias) quais seriam as atividades a serem programadas, priorizando algumas doenças e agravos freqüentes na população e passíveis de ações preventivas e/ou de controle. (MATTOS, 2001: 56)

Concordando com Mattos, podemos afirmar que são grandes os progressos obtidos desde a criação do SUS, no sentido da articulação integrada do sistema de saúde. O acesso ampliado, com a criação de postos de saúde e equipes de saúde da família pelos municípios de todo o país; a criação de um arcabouço institucional para a participação popular, com a instituição de conselhos de saúde desde o nível local, em unidades de saúde ou distritos sanitários, passando pelo nível municipal e estadual, até chegar às Conferências Nacionais de Saúde; e a descentralização da gestão, que delegou aos municípios a coordenação única do sistema de saúde, são alguns pontos a serem destacados como *modo de organizar as práticas* na saúde, embora ainda haja muito o que fazer para o fortalecimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde.

O segundo aspecto trazido por Mattos, refere-se à integralidade como *traço da boa medicina*.

De uma maneira geral, e em razão da amplitude alcançada pelo saber científico, as ciências “repartem” o conhecimento para, assim, melhor compreender as partes de um todo. Nas ciências da saúde, este tipo de abordagem leva à repartição do indivíduo em órgãos e sistemas anátomo-patológicos, e resulta na restrição do papel

dos profissionais de saúde à reparação dos danos causados pelas doenças nestes órgãos.

Trata-se de uma abordagem que não só deixa de fora os aspectos psicológicos e sociais do adoecer quanto, ao considerar a “doença do órgão” isoladamente e descontextualizada da vida pessoal do indivíduo, desqualifica o próprio indivíduo (MATTOS, 2001: 48), dele retirando a responsabilidade e o compromisso em relação a seu estado de saúde. Nesse tipo de atenção, excluem-se os sujeitos da ação: não há médico e não há paciente. Ao contrário, há um saber técnico que media a relação do profissional com um corpo doente.

Este é, segundo Mattos (2001: 49) um claro obstáculo à integralidade no cuidado, porque desconsidera as possibilidades de diagnóstico precoce ou prevenção de agravos ainda não manifestos. Portanto, a abordagem de promoção de saúde e prevenção de agravos deve integrar-se às práticas curativas e de reabilitação, constituindo, assim, mais um aspecto das *boas práticas de saúde*.

Essas diversas abordagens da integralidade na dimensão do cuidado, discutidas pelo autor, referem-se às atitudes dos profissionais de saúde, mais especificamente do médico, embora saibamos que ainda há questões a serem consideradas, relativas ao espaço concreto de atuação das equipes de saúde e a integração dos vários saberes.

Essa constatação nos leva a concordar com Mattos (2001: 51-52) que os traços de integralidade cabem na prática de todos os profissionais de saúde. Uma atitude

profissional calcada na integralidade é percebida em nível individual, mas deve transcender este nível, determinando uma reorientação dos serviços, no sentido do acolhimento e da humanização, como tão bem aponta Cecílio:

(...) a integralidade da atenção, no espaço singular de cada serviço de saúde, poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas mas, principalmente, tendo que ser captadas na sua dimensão individual. (CECÍLIO, 2001: 116)

Deste modo, e considerando as duas possibilidades interpretativas até aqui apontadas, podemos afirmar que a integralidade pode, sim, ser compreendida como expressão do processo de trabalho do profissional ou da equipe de saúde como resultado do esforço solidário de cada membro e da especificidade do conhecimento

Esses programas possibilitam, também, o envolvimento de toda a equipe de saúde na assistência a esses problemas e a organização do processo de trabalho, elegendo ações pré-estipuladas para cada membro, potencializando as ações programáticas. (MATTOS, 2001: 52-57) A viabilidade e a gestão destas redes tornam-se possíveis com a criação de *políticas e tecnologias de saúde apropriadas*, ou seja, por uma dimensão mais ampla, que constitui uma outra possibilidade de atribuição de sentido ao termo “integralidade”.

A proposta das redes integrais de serviços significa estratificar as unidades de saúde em níveis de atenção (primário, secundário, e terciário), impondo uma racionalidade de oferta. Nessa proposta, o fluxo de pacientes entre uma unidade e outra pode estar articulado com referência e contra-referência, compondo um sistema que, no caso do SUS, tem comando único, a cargo do poder municipal.

Mais do que isso, as redes integrais de serviços devem transcender a organização estratificada de serviços, em forma de pirâmide. A integralidade do cuidado é compreendida, então, como transversalização do sistema, com suas várias unidades e serviços oferecendo linhas de cuidado em ciclos contínuos de atenção à saúde. (CECÍLIO & MERHY, 2003)

Ainda que consideremos que a organização dos serviços de saúde possa, de alguma forma, ser reveladora do *modus operandi* da assistência ali prestada, somos herdeiros de uma dissociação entre as práticas de saúde pública e as assistenciais que data, como vimos, de período anterior à criação do SUS e que se expressam em nossas ações de saúde ainda nos dias atuais.

Entendemos que a integração dos conhecimentos da epidemiologia aos da clínica assistencial foi uma reação a essa dicotomia antes existente na organização do sistema de saúde nacional, que muito contribuiu para a evolução do processo de trabalho em atenção primária e foi, de certa forma, constitutiva desse conceito ampliado de saúde, sobre o qual se constrói o entendimento da integralidade nessa dimensão mais ampliada.

Antes, por exemplo, um paciente que era atendido no programa de tuberculose, nas práticas tradicionais de campanha, cumpria o protocolo determinado pelo Ministério da Saúde, sem ter outros problemas assistidos, como por exemplo, alcoolismo ou desnutrição. A transformação dessas ações verticais, que caracterizavam as antigas práticas das unidades de saúde pública de combate a determinadas doenças, em programas mais horizontais proporcionaram uma cobertura mais ampliada à saúde das pessoas na assistência rotineira das unidades de saúde.

Essa abordagem mais horizontal, que coloca à disposição de profissionais de saúde e da população os protocolos de assistência às doenças consideradas problema de saúde pública, associada às demandas espontâneas dos usuários, viabiliza a integração das práticas campanhistas às práticas assistenciais, podendo levar ao surgimento de uma demanda espontânea de prevenção de agravos e de promoção de saúde nos serviços assistenciais.

Entendemos que, a despeito da formulação de políticas – especialmente desenhadas para um determinado problema de saúde que aflige determinado grupo

populacional – a integralidade deve ser perseguida por todas as unidades de serviços de saúde. E, para que isto ocorra, torna-se necessário que cada instituição esteja aberta a assimilar novas necessidades de saúde, ainda não contempladas na organização institucional anteriormente dada.

Assim entendida, a integralidade nos parece emergir como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde. Um princípio que, a nosso ver, exige abertura para o novo; disposição para ampliar propostas de trabalho; e diálogo entre os vários atores envolvidos, em razão de seus diferentes modos de perceber o que sejam os serviços de saúde e o cuidado.

Discorrendo sobre os sentidos da integralidade, Matos (2001) defende que, ora como atributos da prática dos profissionais de saúde (valores ligados ao que se chama boa prática médica), ora como atributos da própria organização dos serviços, ou ainda como possíveis respostas governamentais aos problemas de saúde, esses diferentes atributos estão ligados entre si, se tomarmos a integralidade como uma “negação ao reducionismo”. Buscada no seio da relação médico-paciente, ou na organização dos serviços, a visão da integralidade se opõe radicalmente ao reducionismo e se volta para uma percepção ampliada da saúde.

A existência de ações programáticas, como é o caso da assistência oferecida aos portadores de HIV e do Programa Integral à Saúde da Mulher, é resultado da comunhão das ações que integram prevenção e assistência nas instituições de serviços de saúde com as políticas de saúde mais amplas, originadas em respostas

governamentais a determinados problemas de grupos específicos. (MATTOS, 2001: 57-58)

Cabe ainda ressaltar, como adverte Mattos (2005: 55-57), que considerar essas políticas efetivamente integrais devem-se incluir ações preventivas e curativas, e também levar em conta o direito de cidadão das pessoas envolvidas, o que exclui toda e qualquer forma de ação coercitiva, como invasão domiciliar ou proibição do direito de ir e vir dessas pessoas. (MATTOS, 2005: 55-57)

Em termos de política de saúde, a integralidade não aceita um recorte do problema que reduza suas reais dimensões. As respostas têm que ser amplas abarcando as diversas dimensões. O autor, recorrendo a Santos (2000) afirma que esse reducionismo parece resultar de uma incapacidade de se estabelecer relação com o outro a não ser transformando-o em objeto. E, da mesma forma que alguns profissionais tratam apenas da doença por não conseguirem lidar com os pacientes, há também organizações de serviços de saúde que não levam em conta as vicissitudes das pessoas, sejam elas usuários ou prestadores de serviço. Sobre este aspecto Matos (2001) defende que a integralidade sempre será situada em uma estreita relação entre sujeitos, envolvendo, portanto, a necessária abertura para o diálogo com o outro.

E, neste ponto, poderíamos retomar a afirmação de Camargo de não ser a integralidade propriamente um conceito. Para o autor a integralidade está menos para um conceito e mais para um “ideal regulador”, um “devir”. Fazendo uma aproximação do ideal de objetividade científica – impossível de ser plenamente

atingido, mas do qual, por força do rigor científico, estamos constantemente buscando nos aproximar – afirma o autor que a integralidade é, paradoxalmente, inalcançável e indispensável. (CAMARGO, 2003: 40)

Cabe ainda ressaltar que falar de integralidade é falar, necessariamente, de necessidades de saúde; o tema traz para a arena de discussão questões das mais abrangentes, pois as necessidades de saúde situam-se, como aponta Cecílio (2001: 114), desde os modos de vida, passando pelo acesso aos diversos recursos tecnológicos em saúde, chegando ao nível da micropolítica do trabalho cotidiano em saúde. E, neste particular, encontra-se, a nosso ver, a questão mais peculiar: o desafio da criação de vínculos entre o usuário e o profissional de saúde ou a equipe, um desafio que não se restringe à questão da adstrição da clientela, mas que se refere à *relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa e mediada pelas subjetividades*. (CECÍLIO, 2001: 115)

Nesse sentido, Costa (2004:14), analisando a assimetria presente nas relações entre médico (ou profissional de saúde) e paciente, defende o diálogo como única alternativa de redução desta desigualdade. A autora, valendo-se de Gadamer (1996:128) afirma que é por meio do diálogo – em que o trabalhador da saúde oferece informações e realiza, junto com o paciente, ações de educação em saúde – que se faz possível reduzir a distância entre ambos e abrir caminho no sentido da redução da desigualdade e da construção da autonomia do usuário no que diz respeito à sua saúde.

Segundo Schraiber (1999), a questão da integralidade é um grande desafio nas práticas em saúde, principalmente por ser imperioso romper formas cristalizadas na realização de ações técnicas e padrões de intervenção médica ou em saúde consolidados. Assinala que, já na década de 1980, a integralidade em saúde estava presente no discurso das políticas governamentais, dos programas de intervenção e do movimento sanitário. Inicialmente, foi pensada como possibilidade de integração entre aparatos institucionais prestadores de serviços, e, logo depois, como uma questão de gerência dos serviços. É importante assinalar que, *de qualquer modo, a integralidade em saúde esteve sempre explicitada como intenção e necessidade da ação pública, isto é, as intervenções que consolidariam o Sistema Único de Saúde Brasileiro, o SUS.* (SCHRAIBER, 1999: 27)

A autora enfatiza a responsabilidade dos profissionais de saúde na construção do SUS e a necessidade de enfrentar os problemas do processo de formação desses profissionais. A formação ainda tem um enfoque eminentemente técnico, sistêmico e hospitalocêntrico e não tem sido coetânea com avanços nos mecanismos de controle social e descentralização da saúde para a implantação do SUS: o atendimento à saúde ainda ocorre bastante em nível assistencial e emergencial. Por meio da integralidade pode-se vislumbrar a

possibilidade de se pensar o limite necessário às ações técnicas, entre elas as da saúde, possibilitando, nesta oferta, revitalizar as próprias técnicas de intervenção e, pois, os cuidados em saúde. Revitalizá-las como construções técnico-científicas e construções humanas de intervenções, portanto renovando-as do ponto de vista da humanização da técnica. (SCHRAIBER, 1999: 27)

Esta renovação da concepção de eficácia técnica, segundo a autora, abarca não só o produto da ação, mas, em especial, a eficácia técnica como interação: cada profissional precisará sair do seu lugar de independência nas tomadas de decisão

para partilhá-la com outros. Deste modo, a questão da integralidade está intimamente relacionada ao trabalho em equipe. Schraiber assinala duas importantes contribuições na reestruturação da equipe de forma nova:

a de que as ações técnicas não são apenas a produção de um produto no trabalho cotidiano, mas são também trocas intersubjetivas e comunicação; e a de que as ações técnicas não são só dependentes do conhecimento e dos saberes específicos, mas são momentos de interação entre profissionais na aplicação de disciplinas científicas. A integralidade não se resume, pois, a uma interdisciplinaridade, e esta não é a mesma coisa que trabalho em equipe, o qual deve conter a comunicação interprofissional.
(SCHRAIBER, 1999)

Com base nas possibilidades interpretativas acerca da integralidade até aqui explicitadas, podemos concordar com autores (MATTOS, 2001; CAMARGO Jr, 2005; SCHRAIBER, 1999) que anunciam a existência de polissemia e polifonia neste conceito. A integralidade é polissêmica na medida em que muitos são os sentidos a ela atribuídos, e polifônica por contemplar, em suas diversas possibilidades de significação, vozes que nem sempre encontram escuta para suas demandas.

Considerando que nem sempre é possível garantir a todos tudo o que se pretende em termos de atenção à saúde, o cumprimento da integralidade sempre estará na dependência de critérios técnicos, orçamentários, políticos, entre outros, embora um aspecto nos pareça merecer especial destaque: trata-se de um princípio que, por uma relação de dependência, articula-se à real integração dos variados serviços oferecidos pelas diversas instituições, cujas ações possam convergir para a chamada atenção integral à saúde. Esse princípio deixa ressaltados não só a relevância da integração de setores e conhecimentos, quanto o papel e a

responsabilidade de cada um dos atores para o alcance da integralidade na assistência.

Deste modo, a integralidade, não menos importante que a universalidade e a equidade, é dos princípios do SUS aquele que se refere a uma ação social resultante da interação democrática entre os sujeitos no cotidiano de suas práticas e na prestação do cuidado da saúde em diferentes níveis do sistema.

Cabe, então, afirmar que a garantia da integralidade é algo que está para além do cumprimento do texto legal, seja o da Constituição ou mesmo o da Lei 8.080/90. Afinal, o texto constitucional, ao demarcar o campo de atuação do Sistema Único de Saúde, preconiza que as ações curativas sejam integradas às preventivas, o que demanda a criação de mecanismos que favoreçam essa desejada articulação. Desta forma, a integralidade se constitui como um eixo estruturante do sistema de saúde e que, ao mesmo tempo, em razão de sua característica de transversalidade, acaba por desafiar os demais princípios.

Capítulo 2

O Programa Curricular Interdepartamental “Atenção Integral à Saúde” (PCI AIS) e seu papel na Graduação em Medicina da UFRJ

2.1 PCI AIS: um breve histórico

O PCI AIS foi idealizado como uma estratégia a serviço da aproximação do currículo do curso médico da UFRJ da necessária formação profissional para atuar nos serviços de saúde, em conformidade com as orientações e pressupostos do SUS, em um momento político em que tais mudanças vinham sendo estimuladas em todas as instituições de ensino da área da saúde.

Originalmente, o PCI AIS decorre da criação do Programa de Atenção Primária à Saúde (PAPS), oferecido no segundo semestre de 1990, em caráter experimental a um grupo de 15 alunos da Faculdade de Medicina (FM), na Unidade de Cuidados Básicos de Saúde Ernani Braga, na Vila do João, área vicinal do campus da UFRJ. O PAPS teve o propósito de aproximar os alunos de fase inicial da graduação das práticas de Atenção Primária à Saúde (APS).

Esse Programa, situado no contexto dos novos modelos de ensino médico que surgiram na década de 1990 na América Latina e que levavam em conta, não só as demandas sociais, mas também a inclusão de novos cenários de prática (como as unidades de APS) e a necessidade de integração dos vários níveis de atenção à saúde (CYRINO, 2004: 61), já no ano seguinte expandiu suas atividades para um

Centro Municipal de Saúde (CMS) e foi oferecida nos dois semestres letivos, contando com a participação de um total de 68 estudantes. (SIQUEIRA, 2001: 23)

A condição de Programa experimental, desvinculado do currículo, permaneceu por três semestres, até o final de 1991. Em razão de uma reforma curricular ocorrida no segundo semestre de 1991, quando algumas disciplinas complementares de escolha condicionada foram introduzidas no currículo do Curso Médico da UFRJ, o PAPS é incluído nesse rol e, já no semestre seguinte (primeiro semestre de 1992), passa a ser oferecida com o nome de Atenção Primária à Saúde I (código FMW – 122), recebendo 37 inscritos, demanda que se expandiu para 98 alunos no segundo semestre letivo de 1992, os quais foram distribuídos em três postos de saúde. (SIQUEIRA, 2001: 23-24)

A grande aceitação dos alunos e o êxito da experiência acumulada após sete semestres de funcionamento da disciplina deram origem a um Programa Curricular Interdepartamental (PCI), com a conseqüente mudança de nomenclatura para AIS, de forma que o PCI AIS (FMW – 231) passa a ser requisito curricular obrigatório oferecido no 3º período da grade curricular, desde o segundo semestre de 1994, como resultado do reconhecimento da originalidade da proposta e de sua relevância para a Faculdade de Medicina da UFRJ (FM-UFRJ).

Cabe mencionar que sua obrigatoriedade no currículo provocou movimentos de resistência por parte de alguns alunos, tendo em vista a necessidade de deslocamento para novos cenários de aprendizagem, as unidades de saúde, fora das salas de aula e dos hospitais universitários. Esta resistência era visível nos

argumentos de precariedade das instalações, dificuldade de acesso aos novos cenários de práticas e, com relativa freqüência, os alunos alegavam pouca qualificação dos membros das equipes de saúde das unidades para atuarem como seus preceptores.

Estas resistências sempre nos pareceram mais ligadas à difícil desconstrução do modelo de ensino médico (hospitalocêntrico) e menos aos novos cenários de aprendizagem propriamente ditos. Relatos dos alunos, em momentos de avaliação, nos levavam ao entendimento de que esta resistência estivesse, de certa forma, atrelada ao “desamparo” que viviam diante das demandas de cuidado advindas dos usuários, em situações em que se encontravam desprovidos da “proteção” oferecida pelo ambiente do hospital universitário.

Em meio a tantas dificuldades, algumas medidas foram tomadas visando amenizar as tensões. A coordenação do PCI optou por realizar modificações na programação, transformando as aulas teóricas em painéis e seminários, e adaptando ou trocando os locais de prática, comumente identificados como geradores de crise.

O tempo de existência do PCI, a tradição acumulada, e sua cada vez maior legitimidade – conferida, em especial, a partir da homologação das DCN – podem ter contribuído para inibir o surgimento de novas resistências explícitas, embora isto ainda não represente o êxito desejado para o empreendimento, qual seja, o de contribuir para uma real transformação do perfil do aluno egresso do curso médico.

2.2 A organização do PCI AIS

Hoje, o PCI AIS é ministrado ao longo de um período letivo, e seu desenvolvimento se dá em dois encontros de 4 horas semanais, perfazendo uma carga horária de 160 horas/aula. A organização das atividades acaba por configurar duas fases seqüenciais realizadas em dois cenários distintos – nos Centros Municipais de Saúde (fase 1) e nas Escolas Municipais (fase 2). Paralelamente a essas práticas são realizados painéis e seminários desenvolvidos em sala de aula (fase 3), cujos conteúdos são articulados às experiências vividas nos demais cenários.

O Programa¹¹ conta com docentes de diversos departamentos, especialmente os da Clínica Médica e Pediatria, e com a participação de profissionais de nível técnico oriundos da Unidade de Cuidados Básicos de Saúde Ernani Braga, extinta em 1994, que, desde então, atuam no PCI AIS como preceptores¹² dos alunos, trabalhando as questões relativas à prevenção, à promoção da saúde e à atenção às doenças prevalentes.

O contato precoce do aluno com a rede de serviços é viabilizado por meio dos cinco Centros Municipais de Saúde (CMS) conveniados com a FM – UFRJ, em grupos de aproximadamente dez alunos do terceiro período, sob supervisão de um ou dois preceptores que acompanham, orientam suas atividades e propõem discussões com base nos problemas identificados na realidade do serviço. Após o exercício das

¹¹ Todas as referências a Programa neste capítulo, iniciado com maiúscula, dizem respeito ao PCI AIS. Programas, grafados com minúscula, são ações programáticas desenvolvidas nos centros ou postos de saúde, dirigidas à população: hipertensão, diabetes, aleitamento, e outros.

¹² Preceptores é a caracterização escolhida para designar professores, técnicos, supervisores, enfim todos aqueles que orientam as atividades dos alunos no PCI AIS em centros de saúde e escolas municipais e são membros efetivos do corpo social da UFRJ.

práticas, realizam-se discussões com os alunos no próprio CMS, e estas discussões versam sobre temas mais abrangentes, tais como: organização do Sistema Único de Saúde, princípios e diretrizes do SUS, características da APS, processo saúde-doença, vigilância em saúde, relação médico-paciente, medicina familiar e comunitária, ética e bioética entre outros.

Em paralelo às práticas, desenvolve-se um módulo teórico em sala-de-aula, com painéis e seminários, composto por um bloco inicial com os temas abrangentes acima citados, seguido dos blocos de atenção programática: Saúde da Criança, Saúde do Adulto e Saúde da Mulher. Os conteúdos desses blocos são trabalhados de forma a valorizar as práticas de APS, com ênfase na educação em saúde, na promoção de saúde, na prevenção de doenças e nas ações coletivas apoiadas na Epidemiologia, sem excluir as ações curativas e as de reabilitação. Nesse sentido, os blocos de atenção programática destacam o uso da epidemiologia e da vigilância em saúde na abordagem da assistência a grandes problemas de saúde da população, seja pelo número de pessoas atingidas, seja pela importância que a sociedade atribui a estas questões.

Após as práticas nos CMS, os alunos passam a realizar atividades em Escolas Municipais de Ensino Fundamental conveniadas com a FM-UFRJ, mantendo os mesmos grupos com os mesmos preceptores da primeira fase. As práticas nas escolas costumam ser muito apreciadas pelos alunos por proporcionarem participação mais ativa, em que eles avaliam a saúde dos escolares da rede municipal e coletam dados para a pesquisa de Saúde Escolar, um procedimento que também faz parte do PCI como uma espécie de iniciação à pesquisa.

A anamnese e o exame físico, realizados pelos acadêmicos da faculdade de medicina nos estudantes da rede municipal, seguem roteiros que são, justamente, os instrumentos de coleta de dados da pesquisa sobre a saúde do escolar. É composto de perguntas diretas feitas aos escolares (anamnese) visando uma avaliação do ambiente familiar, da saúde física e mental dos familiares e complementado por dados colhidos no exame físico geral, com aferição de pressão

Os três momentos do curso aqui apresentados conformam o programa do PCI AIS que, em seu conjunto, visa estimular nos alunos o interesse pela atenção primária à saúde, provê-los de conhecimentos sobre a organização e o funcionamento do SUS, levá-los a refletir criticamente sobre o processo saúde-doença e sobre as relações entre sua formação e a prática médica no contexto do SUS.

Com espaço conquistado na estrutura curricular, esse PCI vem sendo sistematicamente avaliado por meio de questionários aplicados ao término de cada semestre, com perguntas gerais sobre o Programa e outras questões mais específicas relacionadas às diversas atividades. Um estudo realizado em 2005, com base nas avaliações de 87 alunos que cursaram o PCI no segundo semestre letivo, permitiu à equipe verificar que o PCI é considerado excelente ou bom por 87%, e a preceptoria considerada excelente e boa por 88%.

Em absoluta maioria, 95% destes alunos reconhecem a pertinência dos temas trabalhados nas atividades teórico-práticas do PCI; 95% afirmam que as atividades desenvolvidas contribuíram para conhecer o funcionamento do SUS e 93% valorizam as ações programáticas realizadas com usuários nas unidades de saúde. Quanto à dinâmica de aulas teóricas, 70% responderam que foi excelente ou boa e 71% avaliaram-na adequada aos objetivos do PCI; 91% consideraram-se plena ou parcialmente preparados para as práticas e, para 74%, o treinamento prévio foi excelente ou bom. Os alunos se sentiram aptos para: administrar drogas injetáveis (72%); verificar o cartão de vacinas (78%); e aferir a pressão arterial (86%)¹³.

¹³ Esses dados foram publicados como tema livre nos anais do 44º COBEM com o título: "Avaliação das Atividades da Disciplina AIS nos Centros Municipais de Saúde pelos Alunos de Graduação em Medicina da UFRJ", disponível em meio eletrônico, p. 436.

Embora esses dados inicialmente forjem uma idéia de aprovação incondicional, há outros quesitos – mais abrangentes e que se referem ao Programa como um todo – em que os escores obtidos nos conduziram a uma reflexão um pouco mais atenta e menos entusiasmada. Ou seja, quando os alunos, ao fim do instrumento de avaliação, foram interrogados sobre o que representou cursar este Programa em sua formação, apenas 21% dos alunos consideraram-na uma experiência excelente; 56% deles avaliaram como boa; outros 18% como regular, e ruim para 5%.

Um olhar mais acurado e crítico sobre o instrumento utilizado na ocasião (anexo 4) nos permitiu verificar que a forma como essa avaliação foi realizada não abria espaço para outras colocações dos alunos, para além das informações solicitadas. Só para citar um exemplo da aparente inadequação do instrumento, devemos citar que à questão que buscava compreender o que teria significado o Programa na formação dos estudantes (e que só permitia avaliar a experiência como *excelente, boa, regular ou ruim*) seguia-se outra, absolutamente objetiva, quanto à existência ou não de sugestão de *alguma mudança na organização do PCI*. E, a seguir, eram oferecidas duas linhas para que, em caso afirmativo (havendo sugestão a ser feita), o aluno relatasse *qual foi a dificuldade e como ela foi solucionada*.

Cabe esclarecer que 40% dos alunos indicaram necessidade de mudanças, embora nem todos tenham feito uso do espaço oferecido para o “relato”, que por sinal era assinalado como algo *opcional*. E, nesse reduzido espaço para “ouvir” o que os alunos teriam a dizer, os quase telegráficos comentários identificados incidiam em pequenos ajustes a serem feitos, em especial no que se refere ao curto tempo de

duração do Programa e algumas dificuldades pontuais observadas em alguns dos CMS.

Outro aspecto a ressaltar é o fato de que a provocação para que o aluno explicitasse uma dificuldade encontrada no Programa tinha como resposta uma solução já providenciada pela preceptoria.

As conclusões desse primeiro estudo exploratório realizado em 2005 – a que se deu continuidade em 2006 – trazem, de um lado, a marca favorável de um PCI AIS propiciador da inserção precoce dos alunos na rede de serviços e lugar de treinamento em cuidados primários de saúde, com boa aceitação do corpo discente; de outro, indicam necessidades de mudança, face à insatisfação revelada quando se perguntou sobre a importância do Programa na formação desses alunos. De qualquer maneira, o estudo permitiu reforçar a idéia da importância de aproximar alunos do campo de prática, problematizando situações concretas vividas no âmbito da assistência, do planejamento e da gestão no SUS.

Entendendo que o PCI AIS representa uma importante estratégia pedagógica, e que, por colocar o aluno no centro do processo de aprendizagem, revela-se como um importante caminho para a formação de profissionais com perfil mais condizente com as necessidades de saúde da população e mais afinado com a realidade assistencial no SUS, a equipe envolvida no Programa vem insistindo nesse propósito desde sua criação, e está, desde seu início, comprometida com uma constante avaliação no que se refere ao alcance dos objetivos propostos. Com base nos resultados, de certa forma contraditórios, do instrumento dos anos 2005 e 2006,

reformularam-se as questões, visando obter uma visão mais fidedigna do real papel do PCI AIS na formação médica.

As atividades nos CMS passam a ser avaliadas logo após o término do módulo, na metade do período; nas Escolas Municipais, segunda fase, permanecem sendo

Os comentários livres dos alunos nos levam a compreender quão fundamental é esse primeiro contato com a rede de serviços, o que pode, inclusive, desconstruir algumas idéias pré-concebidas, tais como “a de que o ‘SUS não presta’, ainda que muita coisa ainda deva ser mudada”; como indicado por um aluno que afirma ter visto *in loco* que “de fato, o sistema pode funcionar, quando há bons profissionais”. A experiência, segundo afirma um outro, “permitiu conhecer e gostar da atenção básica”.

Em relação ao desenvolvimento dos **programas de atenção primária** desenvolvidos no CMS, 94,3% dos alunos afirmam que as atividades ali realizadas e promovidas pelo PCI AIS foram suficientes para conhecer o funcionamento dos programas.

No entanto, cabe ressaltar que a diversidade de respostas e posições assumidas pelos alunos sinaliza relativa falta de uniformidade nas experiências proporcionadas pelo Programa. São diferentes os grupos de alunos. Diferentes também são as dinâmicas de funcionamento de cada unidade, como são diferentes, também, as equipes de preceptoria. E, embora alguns alunos relatem não ter sido possível acompanhar esses programas em determinados CMS, a experiência parece ter sido proveitosa e propiciadora de maior compreensão sobre as ações básicas contidas em cada um deles. Apenas alguns se queixam da falta de receptividade dos profissionais da rede - muitas vezes sua entrada era autorizada, mas nem todos mostravam-se dispostos a “dividir o conhecimento” -, enquanto outros se ressentem de não terem desenvolvido ativamente alguma ação no CMS, limitando-se a observar o atendimento médico, quando isso era permitido.

Comentários registrados pelos alunos tornam explícitas características subjetivas dos profissionais que influenciam a condução do processo de preceptoria. De elogios pessoais, passando pela competência e seriedade no trabalho junto aos alunos, chegando mesmo às críticas em relação à pontualidade, os alunos parecem, em sua maioria, aprovar a forma como a preceptoria ocorreu.

A avaliação das atividades realizadas nas Escolas Municipais foi realizada por 75 alunos nas três escolas participantes, durante o 1º semestre de 2007. Quanto à inserção neste espaço, 94,7% dos alunos consideraram relevante para sua formação como profissional de saúde. No entanto, quando questionados se o treinamento realizado é suficiente para a realização das atividades nas escolas, somente 32,0% deles afirmam que o treinamento garante plenamente a preparação necessária para o exercício dessas atividades, e para 61,3% o treinamento é apenas parcialmente suficiente.

Entre as críticas encontramos que: “dois dias de treino, sendo apenas uma aula dedicada a cada aspecto não é suficiente para preparar o aluno” e que “não dá segurança para avaliar aspectos de fisioterapia e fono”, embora alguns reconheçam que “por melhor que seja o treinamento, [não estariam] preparados sem ter tido uma experiência prática anterior” e que “certas coisas tiveram que ser aprendidas durante as atividades”. E, nesse sentido, comentam a importância da presença do pediatra durante o exame ectoscópico que realizam nas crianças, uma vez que sozinhos não conseguem “realizar o exame físico com precisão”.

Considerando que as atividades em escolas são realizadas em trabalho integrado com a rede de serviços, para a qual os casos identificados são, comumente, encaminhados, os estudantes foram interrogados se esse trabalho contribuiu para compreender melhor o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Para 54,7% dos alunos foi por meio dessas atividades que puderam “conhecer parte das conexões do SUS” e “os serviços de saúde que podemos dispor”, ainda que basicamente tenham vivido essa experiência apenas no que tange à burocracia do mecanismo de referência. Para os que negam a possibilidade dada pela inserção nas escolas, para conhecer o funcionamento do SUS (44%), encontramos que: o ambiente das escolas “para a avaliação da saúde é muito diferente do encontrado nos CMS e hospitais”; não permitindo estabelecer “conexão entre as atividades da escola e do SUS”, especialmente pelo fato de que a participação dos alunos resume-se à “avaliação e encaminhamento”, não possibilitando conhecer a “repercussão dos encaminhamentos” por eles realizados.

Os alunos, mesmo aqueles que avaliaram bem a organização das atividades, não deixaram de apontar alguns transtornos ou dificuldades e, para algumas das quais, apontaram sugestões de aprimoramento. Problemas em relação ao espaço físico destinado à avaliação das crianças, à forma de encaminhamento aos serviços de saúde, e ao preenchimento dos formulários foram apontados por diversos alunos.

No quesito “abordagem das crianças”, a grande maioria dos alunos (85,1%) acredita ter sido adequada e 14,9% avaliaram negativamente a forma como isso foi realizado. De acordo com os comentários registrados, apontam que “as crianças se mostraram receptivas”; “bastante à vontade”; “parecem gostar das atividades

realizadas”. Nesse aspecto, também, foi decisiva a participação dos preceptores do PCI, especialmente em casos de dúvidas a respeito de alguns procedimentos para os quais os alunos não encontravam solução.

A avaliação das aulas teóricas e seminários, feita ao final do primeiro semestre de 2007, contou com a participação de 75 alunos, dos 92 inscritos no PCI AIS.

Sobre a contribuição desses encontros para sua formação profissional, 84% dos alunos confirmam a importância dos temas trabalhados no módulo teórico do Programa. Dos comentários favoráveis, destacam-se afirmativas de que os temas são: abordados de maneira “geral e ampla”, sendo “muito interessantes e importantes para a formação moral, ética e técnica dos futuros médicos”. De um modo geral, é apontada a relevância dos temas para a compreensão do “funcionamento do SUS”, embora sejam identificadas algumas críticas que se juntam aos 14,7% dos estudantes que não consideram este módulo relevante para sua formação.

Destacam alguns que apesar “dos assuntos tratados nas aulas [serem] importantes para a atuação de qualquer profissional de saúde”, as aulas teóricas “são muito abrangentes” e, em contrapartida, “a prova é específica demais em relação às aulas, com temas muito pontuais, que foram pouco destacados”. Apontam falta de dinamismo (“monotonia desanimadora”) nas aulas e abordagem redundante de “alguns temas, com professores convidados que não apresentam aulas dentro da proposta”.

No que diz respeito à integração dos aspectos teóricos desenvolvidos no Programa com as práticas realizadas, presumivelmente um importante objetivo do PCI AIS, os achados revelam que para um total de 30,14% dos alunos essa integração não se deu. E mesmo aqueles que confirmam essa integração, muitos são os comentários adicionais que relativizam essa possibilidade.

Embora com certa variação entre os dois grupos em que a turma foi dividida, por razões operacionais - 76,9% na turma A e 58,3% na turma B -, os comentários favoráveis destacam que: “em boa parte do curso (como H.A., diabetes e vacinação) as aulas de aplicação prática direta foram bem integradas”, tendo em vista que “os aspectos teóricos coincidiram com a demanda nos postos e muitos dos temas de aula eram vistos e discutidos durante as aulas práticas”.

Outros comentários sinalizam: o anseio de que sejam criadas “mais situações onde o aluno [possa] participar mais ativamente”; que as “aulas [sejam] mais dinâmicas, simulando situações [comumente vividas] nos postos de saúde”.

Em relação à dinâmica da realização dos seminários os alunos, embora em maioria (70,7%) concorde que a dinâmica seja adequada para propiciar o conhecimento dos programas de atenção primária à saúde, 28,7% deles discordam dessa avaliação. Estes dados, quando complementados pelos comentários registrados nas respostas livres, nos permitem afirmar que para a grande maioria dos alunos os seminários são vistos como um momento de participação ativa, em que “eles abordam o funcionamento dos programas (...) baseados no dia-a-dia [vivido] no posto”, o que parece tornar “mais fácil [esse] entendimento”. Comentam que “os seminários

acabam sendo mais proveitosos que as aulas”, visto que em alguns “postos e na escolinha” não tiveram oportunidade de conhecer tais ações programáticas. Tudo isso faz com que os seminários constituam-se, por vezes, na “única forma de conhecimento dos programas”, embora alguns alunos tenham informado sobre a “dificuldade de acesso aos dados dos programas” em alguns dos postos freqüentados.

2.3 Considerações acerca do PCI AIS

nem sempre é compreendida. E, ainda que tenha sido afirmado por um único aluno do grupo investigado quando registrou na avaliação do PCI AIS, que viu nestas aulas “tudo que não quer fazer quando for um profissional na área médica”, esse é um dado que não deve ser desprezado em nossos achados.

Havia, inicialmente, um interesse em estudar a importância que o envolvimento com a APS proporcionado pelo PCI tem na formação do aluno e de que forma, e em que medida, esse programa poderia contribuir para a construção de um novo entendimento sobre o conceito de cuidado em saúde. Todavia, somos sabedores que o avanço do conhecimento e das tecnologias de diagnóstico e tratamento – que tanto contribuíram para controle e eliminação das doenças – se fez acompanhar de uma tendência a privilegiar, nos currículos, a qualificação nas especialidades, sob pena de fazer diminuir a capacidade de ouvir os pacientes e compreender o sofrimento de quem adoece. (CYRINO, 2004: 60)

O resultado disso é que predominam e caracterizam grande parte do currículo médico as disciplinas de cunho instrumental, e essa predominância parece atuar com a força necessária para minimizar os possíveis efeitos de um Programa como este PCI AIS, que se propõe: agenciar aprendizagens significativas e plurais; aproximar os alunos da rede pública de saúde, com ênfase na atenção primária; e capacitá-los para o desenvolvimento de ações de educação em saúde.

Ao levarmos em conta que a formação dos médicos ainda é predominantemente fundamentada no paradigma biomédico, entendemos ser preciso não só questionar a concepção de saúde (como ausência de doença) reforçada pelo modelo de ensino

vigente, mas, especialmente, criar condições nas universidades para que os alunos em formação comecem a incorporar outras formas de abordagem dos problemas de saúde para que possamos formar profissionais mais afinados com os princípios do SUS.

O propósito do PCI AIS é, sem dúvida, bastante orientado para as ações no SUS, embora ainda nos pareçam necessários alguns ajustes na organização do Programa e, talvez, na articulação com outros departamentos, que permitam elevar o lugar ocupado por esta experiência inovadora no currículo de graduação e, conseqüentemente, “validar”, de fato, essa iniciativa no âmbito da formação dos médicos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, tema que retomaremos nas considerações finais do trabalho.

Cientes, então, das possibilidades e limitações do estudo, e também do grande distanciamento do curso de formação médica em relação à realidade do SUS, fizemos a opção por investigar as concepções dos alunos sobre alguns temas trabalhados no Programa. Deste modo, nossa investigação considerou as idéias pré-concebidas trazidas por eles em início da disciplina a respeito: do SUS, da educação em saúde, da integralidade do cuidado e da atenção primária em saúde, buscando, ao final da disciplina, identificar se, e em que medida, o desenvolvimento das atividades propostas pelo PCI AIS dá conta de desconstruir/reconstruir idéias do senso comum sobre esses temas.

Descreve-se, a seguir, o modo com foi trabalhado esse objeto de investigação e os resultados alcançados.

Capítulo 3

Possibilidades do PCI AIS para mudanças de concepções na prática médica

3.1 Analisando as narrativas dos alunos sobre conteúdos temáticos do PCI AIS

Para fins de organização, apresentaremos a análise das definições dos temas na seqüência que corresponde àquela apresentada no instrumento de coleta aplicado. Como mencionado, o instrumento foi aplicado no início (avaliação *ex ante*) e ao final (*ex post*) do curso (anexo 1), de forma que serão aqui apresentados, para cada tema, os resultados de ambas as fases sobre as quais se pretende realizar uma análise comparativa, buscando identificar mudanças nas concepções, que possam ser atribuídas ao trabalho realizado no PCI AIS.

Cabe informar que na etapa inicial da pesquisa, 73 dos 92 dos alunos matriculados no PCI AIS responderam o instrumento de coleta, enquanto que na fase final foram 75 os participantes que atenderam à solicitação. Trabalhamos, portanto, com informações de 79% e 81,5%, nas fases inicial e final de curso, respectivamente, o que representa percentuais absolutamente representativos da totalidade dos alunos inscritos no programa.

Importante esclarecer que, do ponto de vista conceitual, quase nada foi transmitido aos alunos quando da primeira avaliação. Suas definições baseavam-se, portanto, fundamentalmente em saberes advindos do senso comum. Já as definições referentes à avaliação *ex post*, comportam conhecimentos adquiridos durante a participação no Programa e, portanto, passíveis de certa elaboração teórica.

Os achados de ambas as aplicações do instrumento de pesquisa foram interpretados com base na análise comparativa de conteúdo das respostas dos alunos, com a finalidade de elucidar o modo como tais concepções foram trabalhadas durante a realização do PCI AIS.

3.1.1 Educação em Saúde

A análise do instrumento *ex ante* indica uma aparente dificuldade em definir o binômio **educação em saúde**. Os alunos o definem, por vezes, como o conjunto de conhecimentos relativos à formação do profissional de saúde, outras como campanhas dirigidas à população, ou mesmo trabalho informativo junto aos pacientes, desenvolvidos pelos médicos durante a assistência prestada, e ainda como questões ligadas à promoção da saúde, à prevenção e ao tratamento das doenças, o que revela toda a complexidade do tema. Trabalhamos, então, com dois grandes agrupamentos: a educação em saúde, entendida como o *processo de formação de profissionais da área da saúde* e a como um *trabalho de conscientização da população*.

No que diz respeito à **educação em saúde como processo de formação de profissionais de saúde**, dos 73 respondentes, 27 (36,99%) confirmam essa concepção. Nesse conjunto, verificam-se definições que ora destacam os “conhecimentos técnicos” obtidos pelos profissionais para o exercício da profissão, ora referem-se a “todo o conjunto de conhecimentos adquiridos pelos profissionais de saúde durante sua graduação”; outras vezes, contemplam, para além dos

saberes técnicos, os “conhecimentos relacionados aos aspectos psicológicos e sociais envolvidos no adoecimento” e ainda, por vezes, questões de acolhimento e ética no trato com o paciente.

Alguns alunos deixam explicitada a preocupação de que as ações de saúde estejam referidas às necessidades de saúde da população, apontando que a prática assistencial deva estar comprometida com a saúde da coletividade. Ainda que em apenas uma definição, importante destacar que a educação em saúde surge como o recebimento de informações acerca do funcionamento e da organização dos serviços de saúde. Da mesma forma, um outro estudante assinala a importância de que a formação em saúde se dê no contexto do Sistema Único de Saúde.

Com relação à **educação em saúde como um “trabalho informativo e de conscientização” das pessoas**, para 46 alunos (63,01%), o conceito de educação está referido às ações informativas e/ou de conscientização relativas aos agravos de saúde. Ora voltadas para a coletividade da população, ora para o indivíduo em situação de atendimento, ou ainda sem uma direcionalidade bem definida, fomos levados a dividi-las em três agrupamentos.

No primeiro, no qual se situam 24 definições (32,88%), predomina o entendimento de educação em saúde como referido às ações educativas mais amplas, e de maior alcance populacional, voltadas para a prevenção de doenças.

O segundo subgrupo, composto por 8 definições (10,95%) situa a educação em saúde como uma ação desenvolvida pelo médico em situação de atendimento a seu

paciente. Neste último, as definições centralizam a responsabilidade educativa em saúde nas mãos de um único profissional de saúde. Estes alunos apontam que as questões referentes aos cuidados necessários para evitar o agravamento do quadro, ou mesmo sobre as formas de prevenção de determinadas patologias, devem ser esclarecidas pelo médico, em situação de atendimento clínico.

Há um terceiro conjunto (14 definições que totalizam 19,18%) em que não fica explicitada a direcionalidade das ações educativas: se para médicos ou outros profissionais da saúde, ou se para a população, seja na relação individualizada com o paciente ou para o conjunto das pessoas. Nesse conjunto, encontram-se definições bastante abrangentes que abordam desde as ações de promoção (como amamentação, por exemplo), passando pelos cuidados preventivos (vacinação, por exemplo) em relação às patologias mais prevalentes, e chegando a contemplar informações acerca do tratamento das diversas patologias.

Entretanto, ainda que considerada a dificuldade em identificar se referida à população ou aos profissionais de saúde, a frequência de uso de determinadas expressões (*esclarecimento dos aspectos socioeconômicos associados à saúde; necessidades apresentadas pela sociedade; realizações sociais para prevenir os males; e consciência dos males*) nos permite, ao menos, reconhecer a existência de uma preocupação com as questões sociais que envolvem o processo de saúde/doença. Apenas um aluno define a educação em saúde como um processo que se dá tanto na atenção prestada pelo profissional em relação direta com seu paciente, quanto nas ações desenvolvidas junto à população.

Entre as definições, uma delas nos chama especial atenção quando afirma ser a educação em saúde:

A instrução e o esclarecimento em relação a questões outrora míticas e de cunho quiçá dúbio, visando esclarecer tais incongruências.

Esta definição, que sugere, por um lado, a dificuldade encontrada por alguns alunos de início do curso em atribuir sentido a esses conceitos, por outro, pode estar absolutamente correta e, portanto, poderia se situar no segundo agrupamento.

O teor das definições elaboradas pelos alunos ao final do curso (verificação *ex post*) possibilitou manter a mesma classificação utilizada na avaliação *ex ante*, uma vez que nada de inusitado surgiu nas definições.

O quadro a seguir - em que são apresentados os percentuais de definições dos alunos sobre o tema educação em saúde nas duas fase

menor na classificação (passa de 36,99% para 24,00%). E, neste grupo, identificam-se mudanças qualitativas importantes de serem pontuadas.

A formação profissional destacava-se no *ex ante* como uma capacitação técnica, fortemente sustentada por saberes cientificamente comprovados, necessários ao bom atendimento profissional. Já no *ex post*, as definições de educação em saúde como formação profissional estão, basicamente, referidas às questões de relacionamento, de saúde da coletividade, e da organização/funcionamento do SUS, como se observa nas definições retiradas do material analisado.

- instruções gerais sobre as maneiras de tratar, de atender, conhecendo as regras impostas pelo sistema local e visando o acolhimento do paciente.

- o aprendizado dos conceitos básicos de funcionamento do SUS, das características e tratamento das doenças mais prevalentes, da rotina de um posto de saúde.

- é a orientação em respeito a todo o sistema de saúde, bem como as doenças, para que isso seja utilizado em prol de um melhor atendimento e orientação ao paciente.

Com a diminuição do percentual de definições de educação em saúde referidas à formação do profissional, conseqüentemente é maior o percentual de alunos que concebe o processo de educação em saúde como relacionado às ações informativas e/ou de conscientização das pessoas sobre promoção de saúde e prevenção de doenças, embora as variações percentuais não sejam tão expressivas (aumentam de 63,01% para 76,00%). Em todo caso, é preciso considerar que a educação em saúde não deixa de estar, também, referida à formação dos profissionais de saúde.

Mas se, por um lado, não se verificam mudanças substanciais no que diz respeito às estatísticas, de outro, observam-se alguns aspectos que embora não tenham sido quantificados, julgamos ser importante destacá-los.

O primeiro aspecto é que na avaliação *ex post*, já não se observam definições que coloquem, explicitamente, como na avaliação *ex ante*, a responsabilidade de difundir e transmitir informações à população nas mãos do médico. As definições são mais amplas e menos centralizadas na figura do médico, o que sem dúvida decorre do envolvimento destes alunos, ao longo da realização do PCI, com equipes multiprofissionais em que, certamente, tiveram oportunidade de observar que outros profissionais de saúde dividem com o médico a responsabilidade por essas ações.

O segundo é a ênfase no termo “trabalho de conscientização”, que parece ter substituído, de vez, a expressão “fornecimento de informação” nas diferentes definições dos alunos, representadas pela que segue.

- informar a determinada população tudo o que for necessário para melhorar sua qualidade de vida, tentando reafirmar as práticas corretas e conscientizá-la a mudar as erradas.

O terceiro aspecto marcante nas definições *ex post*, é a incidência de menos referências à prevenção de doenças e mais ao estímulo de hábitos saudáveis para promoção de uma melhor qualidade de vida da população. Ou seja, ao fim do curso os alunos passam a compreender educação em saúde como uma forma de promover hábitos de vida saudáveis e, conseqüentemente, promover saúde, o que, certamente, está relacionado aos estudos, discussões e experiências vividas no PCI AIS. As definições a seguir confirmam essa suspeita.

- é o conjunto de informações básicas sobre saúde que todo indivíduo deve ter para que viva em boas condições de saúde.

- conscientização e informação visando à promoção de saúde, através de práticas e ações que apresentem visão integral do indivíduo, com o objetivo de alcançar maior bem estar para a população.

Por se tratar de um campo de conhecimentos ainda em construção, educação em saúde tem nessa avaliação elementos importantes que auxiliam a compreensão de que a prática em saúde tem, necessariamente, um forte componente educativo. No **caso da medicina**, em especial, os componentes técnicos, as habilidades motoras, o conhecimento das ciências básicas, o domínio do uso de equipamentos modernos são, certamente, imprescindíveis para o cuidado global do outro, nas suas necessidades de saúde (MERHY, 2005). É o que Merhy classifica como o conteúdo da “valise de mão” que porta o médico. Mas encontramos, nas definições dos alunos, os outros conteúdos das outras valises: os saberes tecnológicos, da “valise da cabeça”, e os conteúdos dos modos de comunicação com o outro - que pode ser o usuário ou outro profissional da equipe – que constituem a “valise das relações”. Portar as três valises ao mesmo tempo significa exercer uma prática na lógica do trabalho como ato pedagógico, expresso pelo olhar da educação permanente, criando novas formas de se construir os cotidianos nos serviços de saúde. (MERHY, 2005)

3.1.2 Atenção Primária à Saúde

No período inicial do desenvolvimento do PCI AIS, foram identificadas, entre os 73 formulários preenchidos na avaliação *ex ante*, um total de 30 definições em que a atenção primária figura como *porta de entrada no sistema de saúde*. Ou seja, em 41,10% das definições, a atenção primária à saúde figura como o primeiro atendimento prestado ao usuário do Sistema Único de Saúde, conforme declaração de um aluno.

Cuidado inicial de problemas simples ou um pouco mais complexos, mas que podem ser resolvidos nos postos.

Identificam-se, nestas definições, afirmativas de que essa “atenção primária” deve estar garantida em um primeiro atendimento médico, com realização do exame físico e, caso seja necessário, solicitação dos primeiros exames complementares ao diagnóstico, para então, caso esteja indicado, fazer o encaminhamento do paciente para outra unidade de saúde especializada. Neste percentual encontram-se definições que apontam ser nessa instância de atenção à saúde que se realizam programas de prevenção de doenças de fácil detecção e controle.

Atenção dada à população [nos] postos de saúde. [Quando necessário] (...) o paciente é encaminhado a laboratórios e hospitais, [para que seu] problema possa ser resolvido. É o primeiro contato do paciente com sistema de saúde, havendo programas de prevenção e acompanhamento de condições crônicas.

Para outros 39 alunos, ou seja, 53,42% do total, a atenção primária refere-se ao conjunto de cuidados e serviços prestados à população, que estejam mais voltados ao esclarecimento sobre doenças prevalentes em determinado grupo social, visando prevenir doenças e melhorar a qualidade de vida e de saúde. Pelas definições, depreendemos que, para estes alunos, a atenção primária é entendida como sinônimo de saúde da coletividade, por sua estreita relação com o conjunto de medidas voltadas para a detecção precoce de patologias prevalentes, incluídos, entretanto, o controle e o acompanhamento dos pacientes para evitar os agravos.

- é aquela onde se trabalha em nível primário a fim de proteger possíveis doenças mais graves que possam vir a aparecer.

- é o tratamento de acompanhamento da saúde de forma bastante preventiva.

- é a primeira forma de assistência a qual o paciente recorre. Deve conseguir, por meio dos programas propostas pelo SUS, abranger o cuidado das pessoas da região onde a unidade básica está localizada.

Ainda nessa linha de raciocínio, alguns alunos incluem em suas definições aquelas ações realizadas por programas especiais, como o de aleitamento materno, hipertensão, diabetes, enfim, programas educativos e de apoio aos pacientes e famílias acometidos por alguma dessas situações e que precisam de acompanhamento mais duradouro, que não necessariamente realizado por um profissional médico. Um aluno chega a deixar registrado que a questão do cuidado anterior ao adoecimento é a própria razão de ser da medicina de família e comunidade.

Cuidar antes, o médico de família seria a prevenção antes que a doença apareça. Acompanhamento durante a vida por um mesmo médico.

algo, portanto, estreitamente ligado à idéia de *porta de entrada ou primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde*.

Na avaliação *ex post* sobre *atenção primária à saúde*, do mesmo modo, também foi possível manter a mesma classificação, uma vez que as definições centram-se na referência à *porta de entrada do sistema de saúde* e nas diversas *ações de saúde voltadas para a atenção básica*.

Assim, ao término do desenvolvimento do Programa, encontramos entre as 75 definições, um total de 41 (54,67%) que situam a atenção primária como *porta de entrada do sistema de saúde* e outras 33 definições (44,00%) de APS como as diversas *ações de saúde voltadas para a atenção básica*, como o quadro a seguir nos permite visualizar e comparar com os dados da verificação *ex ante*.

Quadro 2. Percentuais das definições dos alunos sobre atenção primária à saúde

Atenção primária em saúde	ex ante		ex post	
	N	%	N	%
porta de entrada do sistema	30	41,10	41	54,67
ações de saúde voltadas para a atenção básica	39	53,42	33	44,00
outras	04	05,48	01	01,33
Total	73	100,00	75	100,00

Em síntese, não houve mudança significativa na distribuição das definições: os percentuais mudam de 41,10% para 54,67% no primeiro grupo e de 53,42% para 44,00% no segundo grupo. As definições a seguir representam o conjunto das concepções descritas pelos alunos.

- *cuidados médicos básicos (primários) feitos nos Centros Municipais de Saúde. É a primeira unidade pública de atendimento.*
- *os cuidados mais básicos à saúde capazes de serem ministrados nos postos de saúde.*

Observa-se uma inversão dos percentuais, embora essa inversão não represente um achado de relevância, posto que há uma divisão de certa forma equilibrada entre o primeiro e o segundo grupos.

Cabe ressaltar que, tanto na primeira como na segunda verificação, houve preocupação em diferenciar as interpretações de APS como ações de saúde restritivas e focalizadas, das que levassem em conta as características de APS voltadas para as ações de saúde coletiva.

Se, de um lado, as estatísticas não nos trazem grandes novidades em relação à primeira verificação, de outro chamam-nos especial atenção o nível e a abrangência das definições que os alunos formulam na verificação *ex post*. Entram em cena, aspectos referentes à regionalização e à hierarquização dos serviços, ao acompanhamento dos pacientes, em que abordam a importância do vínculo prolongado, da integralidade no cuidado, e também fazem alusão ao mecanismo de referência e contra-referência entre as unidades do SUS, conforme explicitam as definições apresentadas a seguir.

A APS é o primeiro contato da população com o sistema de saúde. É o responsável pela prevenção de doenças, por consultas de acompanhamento de pacientes e por consultas que detectam quadros mais graves e que encaminham os pacientes para unidades de saúde.

APS significa tratar os problemas, prevenir doenças e promover saúde. Atenção básica a saúde, com capacidade de identificar os problemas mais comuns e prevalentes, tratar e ser capaz de, se de maior complexidade, indicar a um centro de referência.

A APS é um atendimento próximo (...) que atende às necessidades básicas daquela população onde se encontra, permitindo o melhor acompanhamento do paciente, principalmente, daqueles portadores de doenças crônicas, evitando complicações mais custosas da doença.

Em síntese, e retomando a base teórica que sustenta a análise do PCI AIS, pode-se concordar com Starfield (2002) que em APS o cuidado seja pautado, principalmente, pelo vínculo contínuo dos usuários com o médico ou com as equipes, prolongando-se ao longo de um período substancial da vida, e também abrangente, ocupando-se das várias faixas etárias. Desse modo, a equipe de saúde compromete-se com a saúde da população adstrita, assume a defesa dos direitos dos pacientes e a responsabilidade pelo cuidado. Isso significa afirmar que cabe, também, à equipe de saúde local orientar e encaminhar os usuários que necessitem de acompanhamento especializado, de forma que o trabalho em APS se dê de modo articulado com os demais níveis de atenção (secundário e terciário).

Da mesma maneira, Giovanella (2006) defende que a atenção primária deve ser: geral, sem restrição de faixa etária ou tipo de problema; centrada na pessoa e não na enfermidade; e contextualizada, focando a pessoa em seu contexto familiar e comunitário, em suas questões físicas, psíquicas e sociais. O acesso dos usuários deve ser amplo em relação a: horários de atendimento, local, financiamento e grupo cultural, e o atendimento deve estar pautado na atenção integral, incluindo promoção de saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, indicadores que, de alguma maneira, os alunos perceberam e assimilaram.

3.1.3 Integralidade no Cuidado

O tema ***integralidade no cuidado*** é, dos temas investigados, aquele que recebe as mais variadas interpretações. Embora para a grande maioria dos alunos ele esteja relacionado ao mais completo atendimento que possa ser proporcionado ao

paciente, encontram-se definições que o situam como referido à organização dos serviços de saúde, à universalidade da assistência, ao trabalho multidisciplinar, às políticas de saúde, entre outras interpretações.

No primeiro capítulo deste trabalho referimo-nos a essa polissemia, citando Mattos (2001) quando explicita três possíveis entendimentos para a integralidade: como *modo de organizar as práticas*; como *traço da boa medicina*; e como uma *política especial*.

Embora sejam bastante diversificadas as formas de entendimento do que possa representar a integralidade no cuidado, observa-se que na primeira verificação (avaliação *ex ante*) é no atendimento realizado pelo médico – que, segundo afirmam, deve agir além da oferta de tratamento da queixa principal do paciente –

atendimento médico que dê conta de todos os elementos que, em seu conjunto, configurariam um bom atendimento, marcado pela compreensão do paciente como um indivíduo complexo, constituído das facetas bio-psico-sociais, e que, portanto, não pode ser tomado pelo órgão acometido pela doença. São várias as definições que apontam o atendimento integral como um processo constantemente presente na assistência médica, seja ela referente a mais elementar das consultas, ou aquelas que envolvem procedimentos mais complexos.

Esse termo implica na idéia de que o tratamento, ou melhor, deve ser oferecido ao paciente assistência, seja qual for sua queixa ou problema, ou seja, integrar as mais diversas áreas da medicina.

Preocupação com todos os aspectos do paciente, inclusive o psicológico e o social. O médico deve, além disso, esclarecer o paciente e estar preocupado com seu bem-estar.

Considerar “o paciente como um todo” pode ser a marca da integralidade no cuidado, conforme definida por este percentual de alunos. Cabe, contudo, questionar o sentido dessa expressão utilizada repetidamente, e que, justamente por sua abrangência, não deixa explicitado o que viria a ser, de fato, “considerar o paciente como um todo”.

Em algumas definições encontramos que *cada pessoa é um ser indivisível*; em outras que *o indivíduo é um conjunto de sistemas inter-relacionados*; enquanto em outras a separação mente/corpo mostra-se explicitada, ainda que referidas a essa totalidade humana. Há, entre as definições, uma que vai até um pouco além: explicita que o atendimento integral deve dar conta até mesmo daquilo que o paciente sequer percebeu em seu quadro de saúde e que, se previsto pelo profissional, *permitirá intervenções mais eficazes*. Fica aqui uma possibilidade de

indagação sobre a maneira com a qual o profissional médico poderia, em sua prática conhecidamente fragmentada, “dar conta” de todos esses aspectos na sua atuação.

- Trabalho em equipe multidisciplinar

Encontramos definições de 4 alunos (5,48%) que destacam a importância do **trabalho multidisciplinar**, que conte com profissionais de saúde de outras áreas de saber e que, em trabalho conjunto e integrado, possa promover um bom atendimento e contribuir para a melhoria do bem-estar do paciente. Incluímos neste grupo, uma definição que embora referida à clínica das especialidades médicas, relaciona a integralidade ao trabalho em equipe multiprofissional.

Atendimento multidisciplinar envolvendo as diversas áreas da saúde. Como podemos integrar os diferentes profissionais no cuidado de certas doenças.

Diversos tipos de profissional atendendo no bem estar do paciente.

(...) oferecimento de serviços que contemplem diversas áreas da medicina com o objetivo de oferecer um tratamento completo, que avalie todo o indivíduo.

- Universalidade da assistência

Interessante notar que em 18 definições (24,66%) o conceito de integralidade está referido ao princípio do SUS que defende a **universalidade da assistência**. Os alunos afirmam a necessidade de garantir a assistência em saúde a toda a população, embora destaquem aspectos humanísticos que devem estar presentes no atendimento como, por exemplo, o cuidado sendo oferecido a todos sem distinção, discriminação ou preconceito sobre qualquer critério de diferenciação, seja ele racial, religioso, social etc.

Atenção a todas as moléstias que podem assolar os pacientes, sem se negar a atendê-los (...) e também (...) diz respeito à atenção integral a todas as camadas sociais (...)

Neste grupo que atribui à integralidade o sentido da universalidade da assistência, algumas definições destacam como única possibilidade de diferenciação, a questão da urgência do atendimento, como se pode verificar a seguir.

Tratar todos indivíduos igualmente, sem diferença social ou também financeira e racial. Diferenciar apenas quanto à gravidade do paciente para seu atendimento.

- A organização dos serviços de saúde nos seus diferentes níveis

Em 5 definições (6,85%) do conceito de integralidade, encontramos referências à oferta de diferentes recursos e serviços, nos diversos níveis de atenção à saúde. Aqui o conceito de integralidade encontra-se também vinculado à idéia de um primeiro atendimento médico no sistema de saúde (atenção primária) que assegure a continuidade da assistência em outros **níveis de assistência** (secundário e terciário), de acordo com a necessidade do paciente. Subjacente a esta formulação está, portanto, o entendimento de que a assistência integral refere-se a todas as ações/intervenções necessárias para o restabelecimento do estado de saúde da população assistida.

(...) a integralidade no cuidado é oferecer ao paciente os recursos necessários para manter sua saúde, oferecendo serviços de unidades primárias, secundárias e terciárias.

- Outras classificações

Há ainda, cinco outros agrupamentos que, para fins de análise, optamos por apresentá-los em conjunto, na medida em que, separados, representam percentuais pouco expressivos em relação aos primeiros anteriormente destacados e também, como veremos adiante, por não haver reincidência destes nas definições realizadas pelos alunos na verificação *ex post*.

Assim, temos um grupo de 10 definições, que representam 13,69% do total analisado cujo teor refere-se ora a uma formulação de política de saúde que garanta a toda a população serviços voltados à promoção, prevenção e assistência médica; ora a questões éticas, de responsabilidade e comprometimento como cruciais na definição do que seria um atendimento integral; outras vezes a necessidade de aliar o tratamento médico propriamente dito ao trabalho educativo, entendido como uma outra responsabilidade do médico, para além do tratamento da doença. Há também quem defina a integralidade como sendo um princípio do SUS a qual é associada à garantia de assistência plena à saúde do paciente.

(...) inserir uma população dentro de uma política de saúde que visa: promoção, prevenção e a atenção à saúde, levando em consideração aspectos sócio-econômicos e até mesmo geográficos [dessa] população (...)

Ter integralidade no cuidado significa estar pronto para atender ... [pacientes com qualquer problema de saúde] com a mesma motivação, cuidado e respeito ao paciente.

O médico deve, além de tratar, esclarecer o paciente.

(...) cuidar do paciente na sua totalidade, fazendo-se sempre o máximo possível, sem preconceitos e com todas as orientações ao paciente.

A integralidade no cuidado é fundamental para garantir a plena saúde do paciente, sendo um dos pilares do SUS.

Em suma, ainda que a maioria dos alunos tenha definido a integralidade do cuidado na avaliação *ex ante*, como todas as ações médicas que, em conjunto, podem contribuir para restabelecer a saúde das pessoas, e que cabe ao médico mais atribuições do que aquelas que dizem respeito à medicalização dos sintomas, a diversidade de aspectos levantados pelos alunos em relação ao tema da integralidade elucida a polissemia nele contida, o que somente corrobora nossos achados na bibliografia estudada.

Na segunda verificação (avaliação *ex post*), como já mencionado, foram 75 os alunos que preencheram o instrumento de avaliação. Apresentamos a seguir o quadro que nos permite comparar as classificações realizadas em ambas as fases da verificação conceitual, conservando a mesma classificação usada na avaliação *ex ante*.

Quadro 3. Percentuais das definições dos alunos sobre integralidade no cuidado

Integralidade no Cuidado	<i>ex ante</i>		<i>ex post</i>	
	N	%	N	%
Assistência que considera os diversos aspectos da saúde	35	47,95	52	69,33
A universalidade da atenção	18	24,66	10	13,33
Trabalho de uma equipe multiprofissional	4	5,48	0	0
A organização dos serviços de saúde nos diferentes níveis	5	6,85	8	10,67
<i>Outras</i>	10	13,69	5	6,67
<i>Abstenções</i>	1	1,37	0	0
Total	73	100,00	75	100,00

- Assistência que considera os diversos aspectos da saúde do paciente

Como se pode observar, na segunda fase da verificação, o total de definições que situa a integralidade no cuidado como referida ao atendimento que considera todos os aspectos da vida do paciente sobe para 52, alcançando um total de 69,33%. A definição apresentada a seguir exemplifica esse grupo.

- conferir todo e qualquer tratamento que for necessário, a todo e qualquer cidadão, que deve ser visto integralmente não apenas como portador de uma doença.

Um aspecto digno de nota, e que nos chamou especial atenção, foi o fato que na primeira fase da verificação houve uma centralização na figura do médico quando os alunos definiam o que seria esse atendimento mais global. Na verificação *ex post* essas formulações referem-se a um atendimento global que muitas definições trazem, com clareza, o trabalho de uma equipe multiprofissional. Esse é sem dúvida um avanço que está para além dos percentuais calculados, e que é ilustrado pela definição a seguir.

- atendimento às necessidades do paciente, não apenas na esfera fisiológica, mas também no âmbito sociológico, psicológico através da integração e coordenação das esferas das equipes de saúde e as autoridades competentes.

- Trabalho em equipe multidisciplinar

A ausência de definições claras sobre este aspecto, nas respostas *ex post*, parece revelar o amadurecimento da idéia de integralidade em seu sentido mais amplo, que inclui não só o atendimento global à saúde do usuário, como a necessidade de incluir, nas decisões sobre as condutas, a *expertise* de outros profissionais da saúde que, na avaliação *ex post*, estão presentes nas definições que conformam o primeiro agrupamento.

- Universalidade da assistência

Dez alunos (13,33%) definem a integralidade como a garantia de atendimento a todos os pacientes, e aqui estão incluídas as definições que destacam a

necessidade de não discriminar os pacientes em razão da classe social, etnia ou sexo, como explicitam as definições a seguir.

Cuidar de todos os tipos de pacientes de maneira igual (independente da raça, etnia, classe social ou sexo). O SUS tem o dever de tratar todo e qualquer problema de saúde, desde um resfriado, a cirurgias neurológicas, por exemplo.

- A organização dos serviços de saúde nos seus diferentes níveis

São oito as definições que abordam a questão da organização dos serviços de saúde, elevando o total de 6,85% (avaliação *ex ante*) para 10,67%, como se verifica nas definições a seguir apresentadas.

- atenção dada ao indivíduo, considerando seus aspectos psicossocioeconômicos também e, por outro lado, atenção dada em todos os níveis (1º ario, 2º ario, 3º ario, 4º arios).

- comunicação e integração de todos os setores da saúde no atendimento ao paciente.

Na verificação *ex post* há, ainda, um pequeno grupo de cinco definições (6,67%) cujo teor, um tanto vago, tornou impossível sua classificação nas categorias aqui definidas. Mas se, de um lado, o teor um pouco vago ou confuso nos dificulta a classificação, de outro, a observação de que o número de definições confusas ou imprecisas diminui para a metade, o que nos permite inferir que aquela dificuldade inicial se fez mais branda ao fim do curso, embora ainda sejam muitos os sentidos atribuídos à noção de integralidade.

Desta forma, em relação ao tema integralidade as conclusões que se pode tirar dos achados da pesquisa somente reforçam os achados da literatura de que são mesmo diversificados os sentidos a ele atribuídos e que a integralidade está referida a cada um deles. Isso traz, de alguma forma, um certo desconforto, na medida em que tudo

pode ser integralidade. Afinal, este não é um princípio qualquer que possamos adotá-lo sem clareza do seu significado e das conseqüências para a prática médica, razão pela qual concordamos com Merhy (2005) quando afirma que a integralidade

(...) procura expressar uma categoria analítica para o pensamento, com a intenção de ser portadora de uma formulação de mudanças radicais, para as ações de saúde -, adotamos a postura de que a palavra é portadora de sentidos e significados por si e que basta adota-la, no nosso falar, para nos sentirmos profundamente inovadores. (MERHY, 2005: 196)

3.1.4 Sistema Único de Saúde

De uma “abrangente organização dos atuais serviços de saúde existentes no país”, passando por definições que o caracterizam como “sistema legislador da área da saúde”, ou um simples “órgão do governo” com função predominante de controle das instituições de saúde, ou como “um programa de saúde pública” estabelecido para o país, o Sistema Único de Saúde recebe dos alunos as mais variadas significações, e chega a se restringir, em algumas definições, aos “mecanismos de assistência primária” oferecidos pelas unidades básicas de saúde.

Com esse amplo espectro, e para fins didáticos, agrupamos as definições dos alunos de acordo com as características que as aproximam, usando os critérios que definem o Sistema Único de Saúde como: 1) ações de assistência prestada à população; 2) entidade descolada da assistência; 3) política de assistência em saúde; e 4) outras, em que os alunos tecem comentários mais gerais e que não se caracterizam como definições do SUS.

O conjunto das respostas dos 73 questionários preenchidos no início do curso (*ex ante*) é bastante representativo de um certo desconforto sobre o significado do SUS, o que causa desconforto por se tratar de respondentes que cursam o 3º período de uma faculdade de medicina.

Encontramos em 39,72% das definições sobre o SUS, a significação de uma organização dos serviços de saúde da esfera pública. Ora destacando aspectos referentes à própria organização e hierarquização da assistência; ora à territorialidade de suas ações; outras vezes fazendo referência à gratuidade dos serviços prestados ou aos mecanismos de referência e contra-referência ou à inexistência de mecanismos discriminatórios em relação aos assistidos, entre outros aspectos, as definições que caracterizam o Sistema Único de Saúde como sendo a própria **assistência prestada à população**, são bastante diversificadas.

Em algumas delas são identificados os princípios básicos do SUS (universalidade, integralidade, hierarquização, equidade e regionalização) - o que já dá sinais de alguma familiaridade com o tema, possivelmente em decorrência do momento em que a primeira aplicação do instrumento foi realizada¹⁴ - e, em outras, até mesmo a noção de “rede de serviços” é sinalizada como uma integração de postos, hospitais e centros de saúde, que devem funcionar em sintonia e organizados por sua territorialidade.

Ainda neste grupo – que entende o SUS como a assistência à saúde da população – encontramos que 1,37% dos alunos definem o SUS como referido às ações de

¹⁴ As atividades do PCI já tinham sido iniciadas e a turma respondeu ao questionário no 3º encontro, quando alguns temas do programa já haviam sido introduzidos no debate com os alunos.

Atenção Primária oferecidas pelas Unidades Básicas de Saúde. Limitar o SUS à atenção primária não só caracteriza uma desinformação sobre o que, de fato, significa esse Sistema, tomado em sua abrangência, quanto sinaliza o entendimento do SUS como uma “assistência para os menos privilegiados”, como freqüentemente se ouve dizer, até mesmo em nosso ambiente acadêmico.

Embora não seja significativo esse percentual, que na verdade representa a resposta de um aluno, reunindo os dois agrupamentos, sintetizados no primeiro critério, encontra-se uma idéia comum: a do SUS como assistência prestada à população, seja ela limitada às ações realizadas nas Unidades Básicas de Saúde ou referente ao conjunto de instituições prestadoras de assistência. No conjunto, portanto, para 41,09% dos alunos, o SUS representa as ações de assistência propriamente ditas.

Contraopondo-se a essa idéia, encontramos em 58,91% das definições, o SUS como uma **“entidade” descolada da assistência**. Neste grupo, foi possível identificar definições que o caracterizaram como: um “órgão/sistema do governo” cuja função seria a de legislar e controlar as instituições públicas de assistência; uma espécie de “padronização das ações de saúde” a serem realizadas em todo o país; e ainda um “programa de saúde pública”. Destacam-se, ainda, algumas definições que o caracterizam como um “dispositivo legal da Constituição” sobre o qual tecem críticas contundentes.

Neste segundo grupo, a grande maioria (35,62% do total de respondentes) define o SUS como um **órgão/sistema do governo**, criado constitucionalmente, cuja função

é planejar e coordenar programas que garantem o suporte de saúde gratuito à população. Em algumas definições, o SUS figura como um órgão fiscalizador de estabelecimentos públicos de saúde, em outras como fiscalizador de pesquisas de impacto na área médica. Interessante é observar que nesse significativo percentual de definições é retirado das instituições prestadoras da assistência em saúde o controle de suas ações, dando origem ao entendimento do SUS tão somente como um órgão de fiscalização e controle.

Em suma, o SUS para esse significativo percentual de alunos é compreendido como um sistema legislador e de controle das instituições públicas de assistência à saúde, algo mais burocrático que propriamente assistencial; algo que se encontra fora das instituições prestadoras de serviços e em relação ao qual os profissionais da assistência estariam desimplicados.

Em 6,85% do total das definições, o SUS figura como uma espécie de modelo organizacional das ações de saúde em todo o país. Ele figura como um **modelo organizacional e padronizado das ações de saúde a ser seguido** pelas diversas instâncias da assistência em saúde. Apesar de constar de algumas definições a idéia de integração entre as diversas instâncias no sentido da agilização do atendimento aos usuários, esse sistema integrado parece se referir mais às questões burocráticas do fluxo da atenção, e menos às ações do cuidado. A idéia de uma “entidade” à qual as instituições estariam vinculadas por questões de regulamentação, controle, prestação de contas, é algo que sobressai nas definições dos alunos.

Para um grupo não significativo, o SUS figura em 2,74% do total das definições como um **programa de saúde pública** existente no país, segundo o qual “se orientam as ações de assistência” e ao qual “toda a população tem direito”.

Em 13,70% do total das definições, encontramos severas críticas ao SUS, caracterizado como um **dispositivo legal originado na Constituição** que, apesar das corretas intenções, na prática ainda não funciona como o esperado, por demandar melhor organização, gestão mais responsável da coisa pública, menos burocracia, incremento dos investimentos na área da saúde entre outras críticas.

Na verificação *ex post*, cabe ressaltar a dificuldade encontrada em classificar as definições elaboradas pelos alunos. As definições objetivas e bastante curtas, encontradas no *ex ante*, foram substituídas por outras mais consistentes, em que os alunos abordam os princípios e diretrizes do SUS em construções que, por vezes, parecem tomá-los como bandeira de luta, como se pode observar nas definições selecionadas e apresentadas a seguir.

O SUS é o sistema de saúde pública do Brasil, que conta com diversas unidades de saúde e tem como função o atendimento integral e universal da população.

- conjunto de instituições regradas e integradas que visam o atendimento de todos os problemas do indivíduo em qualquer área da saúde e em qualquer região dos programas.

Como se pode verificar no quadro a seguir, uma primeira leitura evidencia um decréscimo no percentual de alunos que considera o SUS a própria assistência em saúde. Afinal, o percentual de definições em que a assistência à população é a atribuição do SUS, cai de 41,09 para 38,67%. Isto nos levaria a crer na elevação do percentual das definições em que o SUS figura como uma entidade descolada da

assistência e que o PCI AIS teria alguma responsabilidade nessa questão. Mas não é exatamente isso o que nossa análise pode apreender.

Quadro 4. Percentuais das definições dos alunos sobre o sistema único de saúde

Sistema Único de Saúde	ex ante		ex post	
	N	%	N	%
Ações de Assistência	30	41,09	29	38,67
• assistência prestada à população	29	39,72	25	33,33
• atenção primária oferecida nas UBS	01	1,37	04	5,34
Entidade descolada da assistência	43	58,91	21	28,00
• órgão/entidade governamental	26	35,62	10	13,33
• modelo organizacional padronizado das ações de saúde	5	6,85	11	14,67
• programa de Saúde Pública	2	2,74	0	0
• dispositivo legal garantido pela Constituição	10	13,70	0	0
Política de assistência em saúde	0	0	19	25,33
Outras (comentários gerais)	0	0	5	6,67
Abstenções	0	0	1	1,33
Total	73	100,0	75	100,0

A classificação das definições elaboradas pelos alunos na verificação *ex post*, não poderia receber um tratamento diferente daquele utilizado na verificação *ex ante*. Assim, classificamos como **assistência**, somente quando o aluno se referia, inequivocamente, à atenção ao usuário em sua definição, como a que se apresenta a seguir.

- programa assistencial governamental que atende toda a população quanto a profilaxia, tratamento e pós-tratamento para certa e/ou todas as doenças. Além de informar sobre saúde para que todos cuidem do coletivo.

A noção de **órgão ou entidade do governo**, que na primeira verificação agrupava o maior percentual (58,91%) - e que se referia a uma entidade abstrata e totalmente descolada da assistência - cai para 28,00%, embora essa diminuição não pareça ser o dado mais importante. Como já mencionado, a análise das definições *ex post* nos impôs um grande esforço de sistematização, uma vez que os alunos escreveram definições mais densas, mais elaboradas e que, por vezes, incluíam várias funções e características, dificultando o trabalho de classificação.

O que se depreende da diminuição desse percentual, e da análise de conteúdo das definições, é que mesmo quando nomeado órgão ou entidade do governo para o cumprimento de determinados papéis, o SUS já não se mostra nas definições tão descolado dos serviços, como a defin

De um modo geral, podemos afirmar que a análise do PCI AIS, como contribuição para mudar concepções dos alunos em relação ao sistema brasileiro de saúde, apresentou um quadro relativamente otimista.

É claro que temos um horizonte ideal, no qual hão de se construir vínculos mais consistentes entre os profissionais de saúde e os usuários, estimulando a participação conjunta nas lutas por melhores condições de assistência, responsabilizando-nos pela qualidade da assistência prestada, dispondo de todos os recursos tecnológicos, dos saberes específicos e de formas humanizadas de acolhimento a serviço dos usuários. Para isso, torna-se imperiosa a mudança de orientação na maneira de conduzir a formação dos nossos alunos, responsabilidade única e exclusiva das instituições formadoras.

Considerações finais

A proposta inicial deste estudo era identificar a importância que o envolvimento com a Atenção Primária à Saúde (APS), proporcionado pelo Programa Curricular Interdepartamental Atenção Integral à Saúde (PCI AIS), tinha na formação do aluno e de que forma, e em que medida, esse programa poderia contribuir para a construção de um novo entendimento sobre o conceito de cuidado em saúde.

Fazendo uso das avaliações produzidas pelos alunos, ao final dos anos letivos 2005 e 2006, verificamos uma aceitação incondicional do Programa, em contraposição às informações que temos sobre a desinformação destes mesmos alunos sobre questões importantes referentes às novas tendências das práticas médicas. Especialmente no que diz respeito aos avanços do conhecimento e das tecnologias de diagnóstico e tratamento – que tanto contribuíram para controle e eliminação das doenças – que se fizeram acompanhar de uma tendência a privilegiar, nos currículos, a qualificação nas especialidades, e que hoje sofrem questionamentos importantes, na medida em que não são suficientes para dar conta de ouvir os pacientes e compreender o sofrimento de quem adoecer. (CYRINO, 2004: 60)

Deparamo-nos, então, com o desafio de compreender como um Programa isolado, cursado no terceiro período do curso de graduação, sem interfaces formais (e reais) com outros departamentos da Faculdade de Medicina, poderia ultrapassar a dimensão cognitiva da aprendizagem dos saberes necessários à atuação profissional - o que comprovadamente caracteriza essa instituição - colocando-os a serviço do cuidado em saúde, em sua dimensão ampliada, aproximando os alunos

dos usuários nos serviços de saúde, construindo com eles uma visão crítica sobre o Sistema Único de Saúde (SUS).

Partimos do preceito constitucional que afirma: *compete ao SUS ordenar a formação dos recursos humanos na área da saúde*, e consideramos obrigatória a formação de profissionais com competência para atuar nos três níveis de atenção do Sistema de Saúde, desde a atenção primária, entendida como a porta de entrada do SUS, passando pelas unidades hospitalares especializadas (nível secundário) até o nível dos hospitais de referência pelas especialidades que reúnem (nível terciário).

Investigamos, então, o PCI AIS tomado como cenário que pode provocar impacto nas concepções dos alunos, no que se refere ao entendimento que têm sobre o SUS, sobre a importância da educação em saúde como uma ação da prática médica e sobre o significado de integralidade no cuidado e atenção primária à saúde.

Iniciamos caracterizando nosso modelo de prática médica, desde a Reforma Sanitária, construído com base em pressupostos europeus, mas, concretamente, seguindo o modelo americano, baseado na mais alta tecnologia e especialização, razão do descompasso entre o ideal e o real.

Afirmamos que a ampliação do conceito de saúde, preconizado na reforma, não provocou uma correspondente modificação das práticas: os responsáveis pela assistência nos serviços continuaram a priorizar as ações típicas já desenvolvidas no setor, restringindo a proposta ao tradicional padrão assistencial e pouco

contribuindo para que a transformação do ideal de saúde se traduzisse em uma assistência ideal.

Defendemos que a atenção primária à saúde se opõe à fragmentação do cuidado e ao uso intensivo da tecnologia, entendendo que a busca da correção dos agravos em saúde não impõe, necessariamente, a realização de gastos tão elevados e que nem sempre se refletem em benefícios à saúde da população. Sua abrangência pode incluir, além do uso mais racional da tecnologia disponível, ações de prevenção e de promoção ricas em atividades educativas, considerando o contexto social e realizadas de acordo com um claro movimento de aproximação das pessoas.

Avançamos, então, para compreender o papel do SUS na formação médica e chegamos às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), homologadas em 2001, documento que orienta os projetos pedagógicos dos cursos de graduação em nível superior. Com elas demos um passo importante neste início de século, no sentido de formar profissionais com perfil mais adequado para atuar no Sistema Único de Saúde, embora saibamos que se trata de uma lenta e gradual mudança, exigindo muito envolvimento e compromisso, em especial das instituições formadoras de profissionais de saúde no país.

Identificada, no texto das DCN, a ênfase na atenção primária à saúde, entendemos que as vivências de educação em saúde, visitas domiciliares, projetos comunitários e intersetoriais, atendimento aos usuários de centro de saúde e aos escolares da rede municipal de ensino podem proporcionar, aos alunos em formação, uma

aprendizagem bastante significativa. Essas experiências, além de se apresentarem em consonância ao perfil delineado pelas DCN, promovem uma abordagem ampliada de saúde e, paradoxalmente, singular para cada caso assistido pela equipe e que, incluindo aspectos psicológicos e sociais, consideram toda a complexidade presente na APS.

Por outro lado, chamamos a atenção para o fato que a realização do cuidado por profissionais de diferentes áreas, em um trabalho integrado que garanta o vínculo e a longitudinalidade ou continuidade da atenção – e que caracteriza a chamada “atenção ampliada ou integral” –, ainda não é usual na rede do SUS. É preciso consolidá-la. E, da mesma forma, está ainda em construção uma APS que venha responder, efetivamente, às necessidades da população – um processo que, segundo nosso entendimento, exige das instituições formadoras compromisso com o Sistema Único de Saúde.

Fizemos uma longa incursão pelo polissêmico e polifônico conceito de integralidade e reconhecemos, por um lado, que exatamente pelo fato de a noção de integralidade ter sido forjada em contexto de crítica e na oposição às *práticas, às instituições e à organização do sistema de saúde* (MATTOS, 2001: 42-43), serviu de mola propulsora às tentativas de correção das imperfeições do sistema, ao avanço de um processo político, que resultou no envolvimento de um número maior de atores nas decisões e na gestão, e, conseqüentemente, vem contribuindo para a modificação das práticas assistenciais. De tal forma que, no contexto político atual, observam-se tanto os antigos opositores ao sistema e responsáveis pelo surgimento deste ideário,

quanto os atuais atores políticos assumindo a integralidade como princípio do SUS a ser cumprido.

Por outro lado, em relação a esse tema - princípio do SUS e enfatizado nas DCN - as conclusões da pesquisa somente reforçam os achados da literatura de que são mesmo diversificados os sentidos a ele atribuídos e que a integralidade está referida a cada um deles. Isso traz, de alguma forma, um certo desconforto, na medida em que tudo pode ser integralidade. Afinal, este não é um princípio qualquer que possamos adotá-lo sem clareza do seu significado e das conseqüências para a prática médica, razão pela qual concordamos com Merhy quando afirma que a integralidade expressa *uma categoria analítica para o pensamento com a intenção de ser portadora de uma formulação de mudanças radicais, para as ações de saúde.* (MERHY, 2005:)

O que devemos buscar, com base na integralidade, é uma atitude profissional que seja percebida em nível individual, mas que o transcenda, determinando uma reorientação dos serviços, no sentido do acolhimento e da humanização no atendimento. E assim entendido, esse princípio deve orientar o processo de trabalho nos serviços de saúde, o que exige abertura para o novo, disposição para ampliar propostas de trabalho, e diálogo entre os vários atores envolvidos, em razão de seus diferentes modos de perceber o que sejam os serviços de saúde e o cuidado.

Consideramos, então, a integralidade como um eixo estruturante do sistema de saúde e que, ao mesmo tempo, em razão de sua característica de transversalidade, acaba por desafiar os demais princípios.

Assumida a posição quanto à atenção primária à saúde e à integralidade, conceitos que orientaram a análise do nosso objeto de investigação - PCI AIS -, partimos da idéia que o Programa foi idealizado como uma estratégia a serviço da aproximação do currículo do curso médico da UFRJ da necessária formação profissional para atuar nos serviços de saúde, em conformidade com as orientações e pressupostos do SUS, em um momento político em que tais mudanças vinham sendo estimuladas em todas as instituições de ensino da área da saúde.

As resistências a sua implantação, até hoje não superadas, sempre nos pareceram mais ligadas à difícil desconstrução do modelo de ensino médico (hospitalocêntrico) e menos aos novos cenários de aprendizagem propriamente ditos. Relatos dos alunos sugerem que esta resistência está, de certa forma, atrelada ao “desamparo” que vivem diante das demandas de cuidado dos usuários, em situações em que se encontravam desprovidos da “proteção” oferecida pelo ambiente do hospital universitário.

Examinando as respostas dos alunos aos questionários aplicados ao final do semestre em que cursaram o Programa - avaliação ex post – identificamos mudanças qualitativas importantes que podem desqualificar essas resistências.

Cabe lembrar que o Programa está organizado em três momentos, os quais visam estimular nos alunos o interesse pela atenção primária à saúde, provê-los de conhecimentos sobre a organização e o funcionamento do SUS, levá-los a refletir criticamente sobre o processo saúde-doença e sobre as relações entre sua formação e a prática médica no contexto do SUS. Propõe-se, essencialmente,

agenciar aprendizagens significativas e plurais; aproximar os alunos da rede pública de saúde, com ênfase na atenção primária; e capacitá-los para o desenvolvimento de ações de educação em saúde.

O que encontramos, e está detalhado no capítulo 3, revela que mesmo predominando, em grande parte do currículo médico, as disciplinas de cunho instrumental, e essa predominância parece atuar com a força necessária para minimizar os possíveis efeitos de um Programa como este PCI AIS, o propósito do PCI AIS é, sem dúvida, uma importante estratégia de formação para as ações no SUS. Embora ainda pareçam necessários alguns ajustes na organização do Programa e, talvez, na articulação com outros departamentos, é possível elevar o lugar ocupado por esta experiência inovadora no currículo de graduação e, conseqüentemente, “validar”, de fato, essa iniciativa no âmbito da formação dos médicos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Referências

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Resolução n 4*, de 7 de novembro de 2001. Brasília-DF; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares no Ensino Médico (PROMED), 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Documentos I. Brasília, DF. 1987.

BRASIL. *Constituição da República Federal do Brasil*. Saúde na Constituição. Título VIII, Capítulo II, Seção II. São Paulo: Fisco e Contribuinte; 1988.

BRASIL. Senado Federal/Subsecretaria de Informações. *Lei 8080*, de 19 de setembro de 1990. Disponível em <http://portal.saude.gov.br>.

BRASIL. Senado Federal/Subsecretaria de Informações. *Lei Nº 8.142*, de 28 de Dezembro de 1990. Disponível em <http://portal.saude.gov.br>.

CAMARGO Jr, K. R.. Apresentação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, 2001, p.11-16.

CAMARGO Jr.,K.R. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2003, p. 35-44.

CAMPOS, CEA. O desafio da integralidade segundo a perspectiva da vigilância de saúde e da saúde da família. In: Ciência e Saúde Coletiva, v.8 n.2, São Paulo, 2003.

CAMPOS, C.E.A. Os Princípios da Medicina de Família e Comunidade. In: Revista de Atenção Primária à Saúde, v.8, n2, Juiz de Fora, 2005.

CAMPOS, C.E.A. Organização dos serviços de atenção primária no Brasil. In: Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v.2, n6, 2006.

CAMPOS, G.W.S. Diretrizes para o ensino médico na rede básica de saúde. *ABEM*, abril de 2005.

CAMPOS, G.W.S. A dívida com a Atenção Básica. Debates na ENSP/FIOCRUZ. *Revista RADIS*. Ano 59, Julho de 2007.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Trad. Maria Teresa Redig de Carvalho Barrocas e Luís Octávio Ferreira Barreto Leite. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CECÍLIO, L. C. As Necessidades de saúde como centro estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.

de (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p.113-126.

CECILIO, L.C.O. & MERHY, E.E. Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas, mimeo, março de 2003.

CINAEM. 2ª Oficina de acompanhamento do Projeto CINAEM. Relatório Final. Natal (RN): CINAEM; 1995. (mimeo).

COSTA, A.M. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. *Saúde e Sociedade* v.13, n.3, p.5-15, set-dez 2004.

CYRINO, E.G. Contribuições ao desenvolvimento curricular da Faculdade de Medicina de Botucatu: descrição e análise dos casos dos cursos de Pediatria e Saúde Coletiva como iniciativas de mudança pedagógica no terceiro ano médico. Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista/Unesp, ecyrino@fmb.unesp.br, Tese de Doutorado, 2002.

FERREIRA & BUSS, Atenção primária e promoção de saúde. Ministério da Saúde, Brasil, 2001.

FEUERWERKER, L.C.M. *Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados*. São Paulo-Londrina-Rio de Janeiro: Abem/Hucitec/Rede Unida, 2002.

FEUERWERKER, L.C.M. Mudanças na educação médica: os casos de Londrina e Marília. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, lcmf@wkkf.org, Tese de Doutorado, 2002.

FILMER, D.; HAMMER, J. & PRITCHETT, L. Health Policy in Poor Countries: weak links in the Chain. World Bank, 1997.

GADAMER, H. G. *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Gedisa, 1996. 190 p.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. In: Caderno de Saúde Pública 22(5), 951-963, mai, 2006.

KOIFMAN, L. O ensino médico no Brasil e na Argentina: uma abordagem comparativa. Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, liliankoifman@hotmail.com, Tese de Doutorado, 2002.

KOIFMAN, L.: O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol. VIII (1): 48-70, mar.-jun. 2001.

LIMA, V.V. KOMATSU, R.S. PADILHA, R.Q. Desafios ao desenvolvimento de um currículo inovador: a experiência da Faculdade de Medicina de Marília. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v7, n12, p.175-84, fev 2003.

MARIN, M.J.S. Aprendendo com a prática: experiência de estudantes da FAMEMA. REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, Rio de Janeiro, v.31, nº 1: 90-96, jan/abr. 2007.

MARSIGLIA, R. G. Relação ensino/serviços. Dez anos de Integração Docente Assistencial (IDA) no Brasil. SP: HUCITEC, 1995.

MATTOS, R. A. de. Os Sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de (Org.). *Os sentidos da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001, p. 39-64.

MATTOS, R.A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: Construção da integralidade: cotidiano saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro, CEPES/UERJ, IMS: ABRASCO, 2005.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia neoliberal. In: MENDES, E.V.. (Org.). Distritos sanitários: a mudança das práticas sanitárias no SUS. São Paulo: Hucitec, 1993

MERHY, E.D. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe & participação e espaços públicos / Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos, organizadores. - Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2005, p.194-206, 304p.

NOGUEIRA, R.P. *A saúde pelo avesso*. Natal: Seminare, 2003, 257 p.

OLIVEIRA, J.A.A. & TEIXEIRA, S.M.F. (Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil, Petrópolis, Vozes: ABRASCO, 1985.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Conferência Internacional de Saúde sobre Cuidados Primários de Saúde. *Alma-Ata*, 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Grupo de trabalho da Organização Mundial de Saúde, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. 25 anos de Alma-Ata: saúde é direito de todos; 12/02/2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Declaração de Edinburgo. 1994

RELATÓRIO Lalonde 1974. In: Campos, C. E. Revista de Atenção Primária à Saúde, v.8, n2, Juiz de Fora, 2005. p. 5.

RIBEIRO et al. (2004). Dos currículos mínimos às Diretrizes Curriculares - o que mudou? In: Anais do Colóquio Luso-Brasileiro sobre Questões Curriculares.

SANTOS, B. S. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2000.

SCHRAIBER, L.B. Desafios Atuais da Integralidade em Saúde. *Jornal da Rede Saúde*, nº.17, Maio/1999. Disponível Site: <http://www.redesaude.org.br/Homepage/JornaldaRede/JR17>.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

Anexos

Anexo 1 - Instrumento de avaliação *ex ante* e *ex post*

Anexo 2 - Programa do PCI AIS

Anexo 3 - Questionário de avaliação do PCI AIS – versão 2007

Anexo 4 - Questionário de avaliação do PCI AIS utilizado em 2005/2006

Anexo 5 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

ANEXO 1

Prezado aluno,

Tendo em vista o desenvolvimento de um projeto que estuda a experiência deste PCI AIS solicitamos o preenchimento deste formulário que será aplicado em dois momentos (início e final do curso), buscando identificar a percepção dos alunos sobre alguns conceitos desenvolvidos ao longo da disciplina e, desta forma, averiguar a influência desta prática educativa na formação médica.

Desta forma, apresentamos em anexo o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” que, uma vez assinado, nos autoriza a utilizar os dados coletados na pesquisa em andamento.

Ressaltamos a importância da colaboração dos alunos no preenchimento deste instrumento que será, inclusive, utilizado como forma de avaliação do desempenho da turma no PCI AIS.

Agradecemos sua colaboração.
Equipe responsável pelo PCI AIS

Defina, em poucas palavras, o que você entende por:

- **educação em saúde**

- **integralidade no cuidado**

- **atenção primária à saúde**

- **sistema único de saúde**

Código do aluno: _____ **Data da aplicação:** __/__/__

Anexo 2

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
PCI ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE**

Rio de Janeiro, 25/07/2006

Você está recebendo a programação do PCI Atenção Integral à Saúde do segundo semestre de 2006, incluindo a relação dos painéis que compõem a parte teórica do curso, os objetivos a serem alcançados na parte prática do PCI desenvolvidas nos Centros Municipais de Saúde (CMS), as atividades de cada grupo nos seminários com o roteiro de apresentação e as referências bibliográficas. Seguem, também, os critérios de avaliação do PCI.

Solicito especial atenção para com quaisquer dificuldades que inadvertidamente possam vir a ocorrer no Centro de Saúde onde você está alocado. Neste caso, aguardo sua comunicação o mais rápido possível, diretamente ou através de seu representante, na secretaria da disciplina, sediada no CMS Marcolino Candau, à rua Laura de Araújo 36, 2º andar, Praça XI, tel (fax) - 2293-9543. Lembro que quanto mais precoce for a identificação do problema mais fácil será resolve-lo.

Espero que você, no decorrer do PCI, possa nos auxiliar com suas observações na melhoria do curso, através de sua participação na avaliação da disciplina que será realizada com aqueles que desejarem e os representantes de cada CMS.

Sua participação é fundamental!

Seja bem-vindo,

Prof. Vera Rabello de Castro Halfoun
Coordenadora Geral do PCI Atenção Integral à Saúde.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
PCI ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE**

Segundo semestre de 2006

TEMAS DOS PAINÉIS: turmas A e B - Anfiteatro 11 E 34 - 13:30

Dia 25/07 – Apresentação da disciplina. O Sistema Único de Saúde.

Dia 01/08 – Relação médico-paciente no marco da Atenção Primária à Saúde.

Dia 08/08 _ Ética e bioética nas ações coletivas de saúde. Concepção do processo de saúde/doença. Sistemas de intervenção.

Dia 15/08 – Vigilância à Saúde – Estratégias: Medicina Comunitária e Familiar.

Dia 22/08 – Tuberculose. Hanseníase.

Dia 29/08– Hipertensão arterial. Perfil de morbi-mortalidade da população brasileira – definições, perfis, indicadores.

Dia 05/09 –. Seminário de Atenção à Saúde do Adulto e Vigilância Epidemiológica. (Turma A - 11 E 34 / Turma B 10 E 34) - 13 h

Dia 12/09 – Seminário de Atenção à Saúde do Adulto e Vigilância Epidemiológica. (Turma A - 11 E 34 / Turma B 10 E 34) - 13 h.

Dia 19/09 – Primeira Avaliação. Turma A - 11 E 34 / Turma B 10 E 34 - 13 h.

Dia 26/09 – A Criança, o Adolescente e a Sociedade.

Dia 03/10 – Promoção de saúde da criança.

Dia 10/10 _ Assistência à saúde da criança.

Dia17/10 – Seminário de Atenção à Saúde da Criança. Turma A: 11 E 34/Turma B: 10 E 34 – 13h

Dia 24/10 – Seminário de Atenção à Saúde da Criança. Turma A: 11 E 34/Turma B - 10 E 34 - 13h.

Dia 31/10 –A Mulher no contexto da Atenção Primária. Mortalidade materna e Pré-natal

Dia 07/11 – Câncer no Brasil - Câncer de colo de útero e o câncer de mama.

Dia 14/11 – AIDS e Doenças Sexualmente Transmissíveis

Dia 21/11 _ Seminário de Atenção à Saúde da Mulher, DST/AIDS. Turma A:11 E 34/Turma B:10 E 34 - 13h.

Dia 28/11–Seminário de Atenção à Saúde da Mulher, DST / AIDS. Turma A: 11 E 34/Turma B: 10 E 34 - 13 h.

Dia 05/12 – Segunda Avaliação. Turma A: 11 E 34 / Turma B:10 E 34 - 13 h.

**OBJETIVOS DA PARTE PRÁTICA NOS CENTROS MUNICIPAIS DE SAÚDE
(sempre de acordo com as disponibilidades do CMS e sob supervisão)**

Participar das atividades de imunização em todas as etapas.

Atividades extra-muros - visitas domiciliares, em escolas, etc. – pelo menos três por grupo.

Na criança – pesar, medir, analisar o crescimento, marcar o cartão, verificar a temperatura.

No adulto – verificar a pressão arterial, o peso, a altura, a glicosúria e a glicemia capilar, onde for possível.

Na mulher – participar de grupos educativos – gestantes, planejamento familiar.

Executar atividades educativas de sala de espera.

Observar cada um dos Programas do CMS, inclusive da Vigilância Epidemiológica e participar onde for possível.

Observar e debater, com uma visão crítica, as atividades do CMS na pré-consulta, consulta e pós-consulta, de acordo com roteiro pré-definido e discutido nos grupos de reflexão no final da manhã.

AVALIAÇÃO

PROVAS ESCRITAS : dias 19/09 e 05/12/06 de **13 às 15 horas** Turma A: Anf. 11 E 34
Turma B: Anf. 10 E 34

SEMINÁRIOS : dias 05/09 ou 12/09 e 17/10 ou 24/10 - Turma A - Anf. 11 E 34
Turma B - Anf. 10 E 34
dias 21/11 ou 28/11/06 - Turma A - Anf. 11 E 34
Turma B - Anf. 10 E 34

AVALIAÇÃO PRÁTICA: marcadas com os supervisores de cada posto, a partir de dezembro.

NOTA FINAL= $\frac{(mPE \times 5) + (mS \times 3) + (PP \times 2)}{10}$

mPE = média das notas das provas escritas

mS = somatório das notas dos seminários por grupo de apresentação com a média das avaliações individuais pós- seminários dividido por quatro.

PP = nota da prova prática

Obs.: Será considerado aprovado o aluno que obtiver nota final igual ou superior a 5 (cinco).

Serão reprovados os alunos que tiverem mais de 25% de faltas.

ROTEIRO DOS SEMINÁRIOS

1. JUSTIFICATIVA DO PROGRAMA:

- Magnitude e transcendência do problema objeto do programa.
 - Magnitude** - dimensão quantitativa do problema. Discutir os principais indicadores nacionais de morbi-mortalidade:
 - Incidência
 - Prevalência
 - Mortalidade
 - Letalidade
 - Outros indicadores de saúde.
 - ♦ **Transcendência** - importância prática que o problema adquire para os indivíduos e para a sociedade como um todo, enfatizando a relevância social do programa, destacando os fatores determinantes da doença: sócio-econômicos e biológicos; e população alvo do programa.
 - ♦ **Fatores de risco** são condições presentes nos indivíduos, que levam a um maior risco de adoecer e morrer.

2. PRÁTICAS OPERACIONAIS DO PROGRAMA NA SUA DIMENSÃO COLETIVA E INDIVIDUAL

- Integralidade na assistência.
- Responsabilidade da equipe de saúde no desenvolvimento das ações do programa.

3. SITUAÇÃO DO PROGRAMA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Identificar e discutir as atividades do programa desenvolvidas no nível local, a partir dos indicadores operacionais da Unidade de Saúde.

SOBRE A APRESENTAÇÃO DOS SEMINÁRIOS

A apresentação deverá ser desenvolvida de acordo com o roteiro estabelecido, entre 20 e 30 minutos, seguida de 10 minutos de discussão sobre o tema previamente determinado. A discussão contará com a participação de todos os componentes do grupo, inclusive dos que tiverem passado por outros rodízios. Qualquer pergunta surgida durante a discussão sobre o tema será encaminhada aleatoriamente a qualquer componente do grupo. A responsabilidade pelo seminário será de todos os componentes do grupo em atividade em cada CMS.

AVALIAÇÃO DO SEMINÁRIO

A avaliação constará de uma nota coletiva do grupo considerando os critérios: apresentação, conteúdo, tempo, organização, participação na discussão dos temas, de acordo com o roteiro estabelecido. Será também conferida nota individual a todos os alunos referente a teste aplicado ao término dos seminários do dia e de acordo com a programação prevista para as Turmas A e B.

A PRESENÇA AOS SEMINÁRIOS É OBRIGATÓRIA. A FALTA CONSTARÁ COMO NOTA ZERO NA AVALIAÇÃO DO SEMINÁRIO E NA AVALIAÇÃO PÓS- SEMINÁRIO.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ballint, M. *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro, Atheneu, 1975.
- Billings, J. A. & Stoeckle, J. D. *The Clinical encounter*. Chicago, Year Book Medical Publishers, 1998.
- Jeammet, P. ; Reynoud, M. Consoli, S. *Manual de Psicologia Médica*. Rio de Janeiro, Marssan, 1982.
- Laraia, R. B. *Cultura: Um Conceito Antropológico*. Rio de Janeiro, Zahar Editora, 1986.
- Medronho, R. A. *Epidemiologia*. S. Paulo, Ed. Atheneu, 2002.
- Rouquairol, M.Z. *Epidemiologia e Saúde*. 4ª ed. , Medsi, Rio de Janeiro, 1994.
- Schreiber, L.B. *Programação de Saúde Hoje*. HUCITEC, S. Paulo, 1996.
- Tambelini, A.T., Câmara, V.M. *A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos*. Ciência e Saúde Coletiva, 3(2): 47-59, 1998.
- www.saude.gov.br/bvs
- www.aleitamento.com
- Outras referências serão indicadas após cada painel e precedendo os seminários.

OBJETIVOS GERAIS DOS TEMAS DOS PAINÉIS E GRUPOS DE REFLEXÃO

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

- Compreender o SUS como formulação política de organização do Sistema Nacional de Saúde.
- Descrever e analisar os princípios constitucionais e as características do Sistema de Saúde no Brasil.
- Identificar os princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde.
- Identificar os gestores do Sistema Único de Saúde e suas principais competências e responsabilidades.
- Correlacionar as diretrizes do Sistema Único de Saúde com o modo de operar as Unidades de Saúde, em todos os níveis.
- Reconhecer o controle social como requisito essencial para adequada implementação do SUS.

CONCEPÇÃO DO PROCESSO DE SAÚDE - DOENÇA

- Identificar as diferentes concepções do processo de saúde-doença.
- Descrever e analisar as concepções e representações sociais do processo saúde-doença.
- Refletir criticamente sobre as variações sócio-econômicas que influenciam o processo de saúde-doença do indivíduo e da coletividade.
- Reconhecer a importância dos determinantes sociais na formulação das ações da assistência à saúde nos serviços.
- Identificar sistemas de intervenções individuais e coletivos baseados nas necessidades de saúde da população.
- Compreender a necessidade de integrar ações de promoção, prevenção e assistência na prática médica.

PERFIL DE MORBI-MORTALIDADE

- Identificar os principais indicadores utilizados na formulação do perfil epidemiológico da população.
- Compreender a formulação e os objetivos dos principais indicadores de saúde.
- Identificar a utilização prática dos principais indicadores no diagnóstico de saúde da população.
- Conhecer o perfil de morbi-mortalidade da população da população brasileira.

VIGILÂNCIA À SAÚDE - ESTRATÉGIAS: MEDICINA COMUNITÁRIA E FAMILIAR

- Identificar os princípios e fundamentos da Atenção Primária à Saúde;
- Identificar os princípios e fundamentos da Educação e Promoção à Saúde;
- Identificar os princípios e fundamentos dos Sistemas de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental;
- Conhecer os Programas de Saúde Pública normatizados pelo Ministério da Saúde.
- Conceituar e descrever o campo de atuação da Medicina Geral, Familiar e Comunitária e a Vigilância à Saúde como eixos reestruturantes do Sistema de Saúde.
- Identificar os princípios e fundamentos da Medicina Geral, Familiar e Comunitária;

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

- Compreender os Sistemas de Vigilância Epidemiológica como base para formulação de assistência à saúde.
- Identificar as ações de Vigilância Epidemiológica em doenças transmissíveis e não transmissíveis.
- Reconhecer as etapas da Vigilância Epidemiológica.
- Identificar o Sistema de Informação como base da Vigilância Epidemiológica.

SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (SISVAN)

- Conceituar Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional;
- Conhecer o papel do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema de Saúde;
- Conhecer os indicadores do estado nutricional mais utilizados pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional;
- Conhecer o índice do estado nutricional utilizado nos Centros de Saúde, diferenciando o nível nacional e municipal;
- ~~Conhecer o papel do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema de Saúde;~~

- Conhecer os mecanismos envolvidos no metabolismo da glicose no diabetes mellitus - (revisão de fisiologia e bioquímica).
- Conhecer os critérios de diagnóstico do diabetes mellitus.
- Conhecer e discutir o porquê do diabetes mellitus ser um problema de Saúde Pública: Magnitude (prevalência) e Transcendência (morbi-mortalidade).
- Conhecer e discutir os fatores de risco envolvidos no diabetes mellitus.
- Conhecer as práticas operacionais do programa de diabetes mellitus em sua dimensão coletiva e individual.
- Conhecer e discutir as dificuldades e facilidades relacionadas com a captação e controle do diabetes mellitus.

HANSENÍASE

- Conhecer o conceito de hanseníase – Definição
- Conhecer os mecanismos de transmissão, período de incubação e as diferentes respostas, do ponto de vista imunológico, do hospedeiro, à presença do bacilo.
- Conhecer as classificações em uso e os critérios de definição de caso de hanseníase.
- Conhecer os principais indicadores epidemiológicos (prevalência e incidência-magnitude) e operacionais (morbidade)
- Discutir a hanseníase no contexto da meta de eliminação da OMS, no Brasil e no mundo (prevalência).
- Conhecer os esquemas terapêuticos recomendados em saúde pública.
- Conhecer os mecanismos relacionados ao potencial incapacitante da doença (incapacidades físicas -morbidade) e o conseqüente estigma social.
- Conhecer as práticas operacionais (5 ações) do programa de hanseníase e discutir as dificuldades e possibilidades relacionadas à captação de casos novos e controle da endemia.

TUBERCULOSE

- Identificar a tuberculose como problema de Saúde Pública, assim como as implicações sociais, econômicas, culturais e assistenciais.
- Conhecer o panorama epidemiológico da tuberculose no Brasil.
- Compreender a forma de transmissão, evolução e formas de diagnóstico e prevenção da doença.
- Reconhecer os esquemas de tratamento preconizados pelo Programa de Controle da Tuberculose do Ministério da Saúde (PCT/MS).
- Identificar as ações previstas pelo PCT/MS quanto ao controle de contatos.

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS / AIDS

- Justificar as doenças sexualmente transmissíveis (DST) como prioridade em saúde pública, de acordo com os seguintes critérios: magnitude, transcendência, vulnerabilidade e factibilidade.
- Conhecer os princípios básicos para o controle das DST.
- Conhecer e discutir as estratégias definidas pelo Ministério da Saúde para o controle das DST.
- Conhecer com detalhes e definir os objetivos dos fluxogramas específicos, já desenvolvidos e testados, na abordagem das DST (corrimento uretral e úlceras genitais).
- Conhecer o conceito, os objetivos e os procedimentos básicos do processo de "aconselhamento", no manejo adequado de pacientes com DST.
- Conhecer o processo "convocação de parceiros", no que diz respeito aos princípios, métodos e procedimentos.

- Conhecer os critérios de definições de casos de DST baseadas na abordagem sindrômica, bem como a definição de casos nas DST mais prevalentes.
- Conhecer os critérios de definição de caso de AIDS em indivíduos com 13 anos ou mais (CDC modificado, Rio de Janeiro/Caracas, critério excepcional CDC).
- Definir os objetivos gerais, definição de caso e componentes do sistema de vigilância epidemiológica da sífilis congênita.
- Correlacionar DST e câncer cérvico-uterino em mulheres.

A CRIANÇA, O ADOLESCENTE E A SOCIEDADE

- Conhecer os direitos da criança e do adolescente garantidos pela legislação brasileira.
- Identificar as diversas formas de transgressão a esses direitos.
- Reconhecer a violência contra crianças e adolescentes como um problema de saúde pública e evento de notificação obrigatória.
- Conhecer os eixos de ação previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente em relação à violência praticada contra crianças e adolescentes.
- Compreender o papel da saúde pública no contexto do enfrentamento à violência praticada contra crianças e adolescentes.

IMUNIZAÇÕES

- Conhecer as vacinas obrigatórias no SUS.
- Entender o processo de elaboração do calendário vacinal.
- Conhecer as indicações e contra-indicações gerais das vacinas.
- Reconhecer as imunizações como direito de toda criança.
- Saber os dados de cobertura vacinal no Brasil e nas suas regiões e analisa-los criticamente.
- Conhecer a definição genérica de imunizações.
- Conhecer as vacinas usadas em saúde pública e saber analisar o calendário vacinal. Saber propor calendário alternativo.
- Conhecer a Rede de Frios.
- Conhecer o processo de trabalho do setor de imunização.
- Aplicar, sob supervisão e após treinamento, algumas vacinas do calendário local.

CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

- Conhecer e entender os conceitos de crescimento e desenvolvimento.
- Conhecer e entender o Cartão da Criança e seus componentes.
- Discutir o uso do Cartão da Criança no CMS.
- Conhecer e saber manipular o Cartão da Criança
- Conhecer os passos do desenvolvimento psicomotor e as faixas etárias correspondentes.
- Identificar a desnutrição no Cartão da Criança.

PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO À AMAMENTAÇÃO.

- Conhecer a magnitude do aleitamento materno no Brasil e suas regiões. Analise crítica.
- Identificar as múltiplas vantagens (nutricionais, imunológicas, econômicas, emocionais...) e benefícios da amamentação para a saúde da criança e da mulher.
- Descrever as principais características nutricionais e imunológicas do leite materno.
- Conhecer os aspectos mais importantes da anatomia da glândula mamária e sua relação com a psicofisiologia da lactação.
- Discutir as causas alegadas e reais de desmame precoce e suas conseqüências sobre a morbi-mortalidade infantil.

- Saber orientar a gestante e a nutriz técnicas simples de manejo clínico da amamentação.
- Conhecer os principais aspectos legais, recomendações e iniciativas de promoção e proteção à amamentação.
- Conhecer a Iniciativa "Unidade Básica de Saúde Amiga da Amamentação". Análise crítica do cumprimento dos "10 passos" no CMS.

DIARRÉIA

- Conhecer o conceito de diarreia.
- Conhecer e analisar criticamente, a importância e o impacto da diarreia na morbidade e mortalidade em menores de 5 anos.
- Conhecer a prevenção da diarreia.
- Conhecer o diagnóstico e tratamento da diarreia em unidades básicas de saúde.
- Reconhecer os agravos da diarreia, ser capaz de tratá-los à nível local ou referenciá-los a unidades de maior complexidade.
- Saber orientar os pais a prevenir, reconhecer e tratar a diarreia e seus principais agravos.

INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS

- Conhecer o conceito de IRA. Saber quais as doenças envolvidas nesta ação.
- Conhecer e analisar criticamente, a importância e o impacto da morbidade e mortalidade por IRA em crianças menores de 5 anos.
- Conhecer a prevenção das IRA.
- Conhecer o diagnóstico e tratamento das IRA em unidades de cuidados básicos de saúde.
- Reconhecer os principais agravos das IRA.
- Saber orientar os pais a prevenir, reconhecer e tratar, em domicílio, as IRA.

MORTALIDADE MATERNA

- Conhecer a problemática da mortalidade materna: sua gravidade, efeitos sociais e de saúde, assim como a possibilidade de prevenção.
- Definir mortalidade segundo a OMS e o CID10^a edição.
- Identificar e discutir os tipos de morte materna e suas causas, associando-os aos fatores de risco reprodutivos.
- Conhecer a taxa (ou coeficiente) de mortalidade materna e suas causas, apontando os fatores que interferem na exatidão deste coeficiente.
- Estabelecer a magnitude e transcendência da mortalidade materna no Brasil.
- Comparar e analisar a taxa de mortalidade materna em relação a sua distribuição temporal e geográfica no Brasil e no mundo.
- Apontar possíveis formas de prevenção da mortalidade materna.

PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO E DE MAMA

- Conhecer a importância da prevenção do câncer de colo do útero e de mama: incidência e mortalidade no Brasil e suas diferentes regiões em comparação com outros países.
- Identificar as causas políticas, sociais e econômicas responsáveis pela baixa prevenção.
- Identificar os fatores de risco para o câncer de colo de útero e de mama.
- Identificar as manifestações clínicas precoces e tardias do câncer de colo de útero e de mama.

- Conhecer os métodos diagnósticos disponíveis para a prevenção do câncer de colo de útero e de mama.
- Conhecer a faixa etária e a periodicidade dos exames indicados para a prevenção do câncer de colo de útero e de mama.

PRÉ-NATAL

- Entender a importância do pré-natal: mortalidade materna e neo-natal.
- Saber como o sistema de saúde se organiza para o pré-natal e o parto.
- Conhecer o campo de atuação de cada profissional e a busca ativa da gestante precocemente.
- Conhecer as etapas do acompanhamento da gestante no ciclo grávido-puerperal: orientação e exame clínico.
- Conhecer os exames básicos que devem ser feitos no pré-natal.

PLANEJAMENTO FAMILIAR

- Conhecer os conceitos de planejamento familiar, controle demográfico, anticoncepção e esterilização.
- Conhecer os métodos de anticoncepção existentes e seu mecanismo de ação.
- Identificar riscos e benefícios da anticoncepção.
- Conhecer os problemas do abortamento e da ligadura tubária no Brasil.
- Discutir o uso da cesariana como método de anticoncepção.

ANEXO 3

AVALIAÇÃO DO PCI – AIS

Este instrumento busca avaliar as atividades desenvolvidas no primeiro módulo da disciplina PCI AIS: o trabalho realizado nos Centros Municipais de Saúde (CMS).

Indique o CMS onde atuou: CMS Gávea
 CMS Copacabana
 CMS Vila Isabel
 CMS Praça XI
 CMS São Cristóvão

Sobre o Treinamento: (administração de drogas injetáveis, cartão da criança, aferição de pressão arterial)

1. Você considera que o treinamento recebido garantiu a preparação necessária para suas atividades no CMS:

- plenamente
 parcialmente
 não

Justifique:

Sobre as atividades realizadas no CMS, você considera

1. que sua inserção neste espaço de assistência à população contribuiu para conhecer o funcionamento do Sistema Único de Saúde:

- sim não

Justifique:

2. que as atividades teórico/práticas desenvolvidas no CMS permitiram conhecer o funcionamento dos programas de atenção primária à saúde:

- sim não

Justifique:

3. que a organização destas atividades foi:

- excelente boa regular ruim

Justifique:

Sobre a supervisão das atividades do AIS

1. Como você avalia a atuação dos professores de AIS na supervisão das atividades desenvolvidas no CMS?

- excelente boa regular ruim

Justifique:

AVALIAÇÃO DO PCI – AIS

Este instrumento busca avaliar as atividades desenvolvidas no segundo módulo da disciplina PCI AIS: o trabalho realizado nas escolas.

Indique a escola onde atuou: Escola do Leblon
 Escola Catumbi
 Escola de São Cristóvão

Sobre o Treinamento: (panorama do projeto, ectoscopia, acuidade visual, fonoaudiologia, fisioterapia)

1. Você considera que o treinamento recebido garantiu a preparação necessária para suas atividades na escola:

- plenamente
 parcialmente
 não

Justifique:

Sobre as atividades realizadas na escola, você considera

1. que a inserção no espaço da escola é relevante para a sua formação como profissional de saúde:

- sim não

Justifique:

2. que estas atividades contribuíssem para conhecer o funcionamento do Sistema Único de Saúde:

- sim não

Justifique:

3. que a organização destas atividades foi:

- excelente boa regular ruim

Justifique:

4. que a abordagem das crianças ocorreu de forma adequada?

- sim não

Justifique:

Sobre a supervisão das atividades

1. Como você avalia a supervisão dos professores de AIS nas atividades desenvolvidas na escola?

- excelente boa regular ruim

Justifique:

AVALIAÇÃO DO PCI – AIS

Este instrumento busca avaliar as atividades desenvolvidas nas aulas teóricas e nos seminários

Sobre as aulas teóricas, você considera

1. que os temas trabalhados contribuíram para sua formação:

sim não

Justifique:

2. que houve integração dos aspectos teóricos com as práticas realizadas:

sim não

Justifique:

3. que a atuação dos professores foi:

excelente boa regular ruim

Justifique:

Sobre os seminários, você considera

1. que a dinâmica dos seminários é adequada para conhecer o funcionamento dos programas de atenção primária em saúde:

sim não

Justifique:

2. que os critérios de avaliação das atividades de seminários foram justos:

sim não

Justifique:

Anexo 4

AVALIAÇÃO DO PCI ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

Este é um questionário anônimo que visa avaliar as atividades do PCI Atenção Integral à Saúde.

A disciplina está desenhada com três atividades diferentes no seu formato: inserção e atuação nos Centros de Municipais de Saúde (CMS) da cidade do Rio de Janeiro, aulas teóricas (painéis realizados no HU) e a inserção e atuação nas escolas públicas da rede municipal para avaliação da situação de saúde do escolar do Ensino Fundamental.

O instrumento elaborado busca avaliar os três tipos de atividades desenvolvidas na disciplina. Leia as questões que se segue e responda de forma mais completa possível.

I - AVALIANDO AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NOS CMS:

Indique o CMS onde atuou: _____

1 - Treinamento (adm. De drogas injetáveis, cartão de vacinas, técnica de aferição arterial)

a) Você considera que o treinamento recebido garantiu a preparação necessária para suas atividades no CMS:

() plenamente () parcialmente () não

Se a resposta for parcialmente, cite em qual das atividades você não se sentiu preparado:

b) Como você avalia o treinamento recebido:

() excelente () bom () regular () insuficiente

2 - No CMS

a) Você considera que a inserção neste espaço de atendimento a população, contribuiu para o desenvolvimento de conhecimento sobre o funcionamento do Sistema Único de Saúde:

() sim () não

b) Como você avalia as atividades práticas desenvolvidas no CMS:

() excelente () boa () regular () ruim

c) Você considera que as atividades teórico/práticas desenvolvidas no CMS contribuíram para uma maior compreensão do funcionamento dos programas de atenção primária à saúde:

() sim () não

d) Você considera que esta etapa em relação a organização foi:

() excelente () boa () regular () ruim

e) Você avalia que a supervisão das atividades teórico/práticas desenvolvidas no CMS foi:

() excelente () boa () regular () ruim

II - AVALIANDO A PARTE TEÓRICA - OS PAINÉIS REALIZADOS NO ANFITEATRO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO:

a) Qual é a sua avaliação sobre os temas elencados nos painéis em relação aos objetivos da disciplina:

() pertinentes () parcialmente pertinentes () desarticulados () amplos e heterogêneos

- b) Como você avalia a dinâmica utilizada no desenvolvimento dos painéis:
 excelente boa regular ruim

III – AVALIANDO AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NAS ESCOLAS:

Indique a escola onde atuou: _____

Treinamento (panorama do projeto, ectoscopia, acuidade visual, fonoaudiologia e fisioterapia)

- a) Você considera que o treinamento recebido garantiu a preparação necessária para suas atividades na escola:
 plenamente parcialmente não

Se a resposta for parcialmente, cite em qual das atividades não se sentiu preparado:

- b) Como você avalia o treinamento recebido:
 excelente bom regular insuficiente

1- Na escola

- a) Você considera que as atividades desenvolvidas na escola se inserem na proposta do PCI Atenção Integral à Saúde:
 sim não
- b) Você considera que as atividades desenvolvidas na escola tiveram algum impacto na sua formação:
 sim não
- c) Você considera que esta etapa em relação à organização foi:
 excelente boa regular ruim
- d) Você avalia que a supervisão das atividades desenvolvidas na escola foi:
 excelente boa regular ruim
- e) Você teve alguma dificuldade na abordagem com as crianças:
 sim não

Em caso afirmativo, relate qual foi a dificuldade e como foi solucionada (opcional) :

IV – AVALIAÇÃO GERAL

- a) Como você avalia a experiência na disciplina PCI Atenção Integral à Saúde para a sua formação:
 excelente boa regular ruim
- b) Você teria alguma indicação de mudança na organização geral da disciplina:
 sim não

Em caso afirmativo, relate qual foi a dificuldade e como foi solucionada (opcional):

Observações: _____

Anexo 5

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA

Projeto: PROGRAMA CURRICULAR INTERDEPARTAMENTAL
 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
 Análise da experiência voltada para a atenção primária à saúde
 no currículo de graduação de medicina

Prezado aluno,

Este projeto estuda a experiência do Programa Curricular Interdepartamental (PCI) – Atenção Integral à Saúde (AIS), buscando identificar a sua percepção sobre os conceitos de integralidade no cuidado, educação em saúde, atenção primária à saúde e sistema único de saúde. Estes conceitos serão desenvolvidos durante a disciplina e, ao final, pretende-se averiguar a influência desta prática educativa na formação médica. As respostas, em perguntas abertas, são analisadas em dois momentos; antes de iniciar o estágio nos centros de saúde e após o término do estágio nas escolas, no final do período.

Eu, Sergio Coelho Gomes, preceptor do PCI – AIS, responsável por este projeto, pretendo usar estes dados para o desenvolvimento de minha dissertação de mestrado. Solicito sua participação neste e informo, desde já, que sua recusa em nada prejudicará seu desempenho na disciplina ou te trará qualquer outro prejuízo e, caso aceite participar, o consentimento pode ser retirado a qualquer momento. As informações obtidas serão analisadas em conjunto, não permitindo a identificação dos participantes, a qual não será divulgada em nenhum momento e após o término do estudo os formulários serão destruídos.

A formalização do seu consentimento requer a assinatura de um instrumento legal, a seguir, no qual você afirma ter recebido e compreendido todas as informações acima e consente a participação no estudo dentro das condições citadas.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Acredito ter sido suficientemente informado depois de ter lido o texto acima sobre o estudo “PCI – AIS: análise da experiência voltada para a atenção primária à saúde no currículo de graduação em medicina”. Eu discuti com o responsável por esse estudo, Sergio Coelho Gomes, a minha decisão de participar do mesmo e ficaram claros para mim quais os objetivos do estudo. Concordo voluntariamente em participar e conheço as garantias de confidencialidade, e a possibilidade de retirar este consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para mim como aluno.

Rio de Janeiro, 27 de fevereiro de 2007.

Sergio Coelho Gomes
Responsável pelo estudo

Aluno do PCI - AIS

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)