

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
DOUTORADO EM EDUCAÇÃO

ANA ROSA MURAD SZPILMAN

**ANÁLISE DAS RELAÇÕES SERVIÇO, ENSINO E COMUNIDADE NA
FORMAÇÃO MÉDICA**

VITÓRIA
2016

ANA ROSA MURAD SZPILMAN

**ANÁLISE DAS RELAÇÕES SERVIÇO, ENSINO E COMUNIDADE NA
FORMAÇÃO MÉDICA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação do Centro de Educação da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Educação. Linha de Pesquisa: História, sociedade, cultura e políticas educacionais.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Elizabeth Barros de Barros

VITÓRIA

2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Setorial de Educação,
Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

S998a Szpilman, Ana Rosa Murad, 1977-
Análise das relações serviço, ensino e comunidade na
formação médica / Ana Rosa Murad Szpilman. – 2016.
212 f. : il.

Orientador: Maria Elizabeth Barros de Barros.
Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do
Espírito Santo, Centro de Educação.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Ensino superior. 3.
Humanização na saúde. 4. Medicina – Educação. 5. Saúde –
Assistência em instituições. 6. Saúde pública. I. Barros, Maria
Elizabeth Barros de, 1951-. II. Universidade Federal do Espírito
Santo. Centro de Educação. III. Título.

CDU: 37



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
DOUTORADO EM EDUCAÇÃO



ANA ROSA MURAD SZPILMAN

ANÁLISE DAS RELAÇÕES SERVIÇO, ENSINO E COMUNIDADE NA FORMAÇÃO MÉDICA


Tese apresentada ao Curso de
Doutorado em Educação da
Universidade Federal do
Espírito Santo como requisito
parcial para obtenção do Grau
de Doutor em Educação.

Aprovada em 28 de junho de 2016.

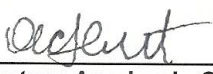
COMISSÃO EXAMINADORA



Professora Doutora Maria Elizabeth Barros de Barros
Universidade Federal do Espírito Santo



Professora Doutora Vania Carvalho de Araújo
Universidade Federal do Espírito Santo



Professora Doutora Ana Lucia Coelho Heckert
Universidade Federal do Espírito Santo



Professor Doutor Gastão Wagner de Sousa Campos
Universidade Estadual de Campinas



Professor Doutor Ricardo Rodrigues Teixeira
Universidade de São Paulo

*Dedico esta tese à minha família,
pelo apoio e pela compreensão no
enfrentamento deste processo. Sem
eles, nada seria possível...*

AGRADECIMENTOS

Conquistar esse título de doutora, finalizar essa tese, encerrar essa fase, sonho alcançado, desejo materializado, um caminho tortuoso, difícil, árduo, trabalhoso, só foi possível porque caminhei acompanhada. Após tantos momentos vividos, mais do que intensamente, nestes anos de doutorado, chegar até aqui só foi possível porque minha trajetória foi feita com muitas mãos. Mãos que me incentivaram, que me acalentaram, que me deram suporte, conforto, que me puseram novamente no caminho, na luta; mãos que, com certeza sem elas não teria alcançado e finalizado este doutorado. Cabe aqui, portanto, um momento para agradecer a todos que direta e indiretamente contribuíram para que este sonho não continuasse só sonhado e fosse, então, finalmente concretizado.

Primeiramente, gostaria de agradecer a minha orientadora, professora, amiga, companheira de tantas discussões, de tantos entraves e de tantas soluções e conquistas, Professora Doutora Maria Elizabeth Barros de Barros, que compreendeu as minhas limitações, o meu momento de vida, mas nunca desistiu de me estimular, de cobrar para que eu buscasse e alcançasse sempre o melhor de mim.

À Secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha, por ter possibilitado a realização deste trabalho e ter-me aberto as portas de seus serviços. À UVV, por ter me proporcionado esse campo, parte de minha experiência, que tanto tem me qualificado como profissional e ser humano.

Aos profissionais de saúde e usuários das unidades de saúde selecionadas na minha pesquisa, que permitiram que eu participasse um pouquinho da sua jornada de trabalho, que interferisse em seus atendimentos, que observasse a sua realidade, de quem extraí informações que construíram a minha pesquisa e que enriqueceram o meu conhecimento, e, principalmente, que em nenhum momento tornaram esta minha busca difícil, que não se importaram em modificar horários de compromissos pessoais, quebrar sua rotina, para que pudessem contribuir comigo.

Aos professores e alunos do curso de Medicina da UVV, que somaram e qualificaram as minhas inquietações, que juntos construímos e defendemos o Programa de Interação Serviço, Ensino e Comunidade (PISEC), que acreditamos que torná-lo o caminho para uma política de formação em que o espaço público seja privilegiado é possível, que defendemos o SUS, e queremos formar médicos para o SUS no SUS.

Aos meus colegas de trabalho que dividem essa aposta nesta tese comigo, que constroem essa possibilidade no nosso cotidiano de processo de formação dos nossos alunos: Waleska Souza Reisman, Wanêssa Lacerda Poton, Gustavo Enrico Cabral Ruschi, Erivelto Pires Martins, Lainerlani Simoura de Almeida, Eduardo Lopes Barbosa, Lícia Duemke Baião, Bruno Birro Coutinho, Bruno Hosken Pombo, Francielle Bosi Rodrigues, Mônica Barros de Pontes, Ângela Maria de Castro Simões, Marizete Altoé Puppim, Alexandre Sales Santos, Diego José Brandão, Élio Andriolo, Leonardo Ferreira Fontenelle, Marcelo Santana Vetis, Rodrigo Eustáquio Telles Vieira, Valber Dias Pinto, Adriana Esteves Rabello, Carla Thiebaut Jussim Kalil Silva, Daniele Gomes Borges da Fonseca, Denise Galvêas Terra, Fabíola Pontin Ferreira e Neidil Espínola da Costa.

À coordenação do curso de Medicina, Prof. Dr. Carlos Musso e Prof^ª. Dr^ª. Mônica Cola Cariello Brotas Corrêa, que confiam e apostam no meu trabalho.

Às queridas secretárias do curso de Medicina que tanto me auxiliam nesta jornada, Ângela Ramos Nunes Muller, Beliane Rissi Diamantino e Meiryane Gomes de Araújo. Sem elas, o processo de trabalho se tornaria impossível. Meu eterno agradecimento pelo suporte e apoio!

Ao meu mestre Marcello Dala Bernardina Dalla, que me proporcionou essa possibilidade de vivenciar o PISEC, que me deu oportunidade de mostrar a minha capacidade, que me possibilitou vivenciar e ser desafiada pela experiência de ser professora, que confiou em mim para assumir o que ele construiu, que sempre me incentivou a ser alguém melhor, que sempre acreditou em meu crescimento profissional, quem sempre me inspirou a lutar pela educação. Exemplo de profissional e ser humano que sempre levarei na minha formação.

Aos professores do doutorado em Educação, que, de uma forma ou de outra, contribuíram para que este trabalho fosse finalizado, e que se encontram de alguma maneira nesta tese.

Aos professores das Bancas de Qualificações e de Defesa, Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos, Prof. Dr. Ricardo Rodrigues Teixeira, Prof^ª. Dr^a. Ana Lúcia Coelho Heckert, Prof^ª. Dr^a. Vania Carvalho de Araújo e Prof^ª. Dr^a. Gilda Cardoso de Araujo. Os professores, com tanta elegância, respeito e carinho, acrescentaram, e muito, para que esta tese se concretizasse da forma como se apresenta.

Aos meus colegas de doutorado, que tanto me apoiaram, com quem pude, de uma forma ou de outra, contar. Todos vocês serão sempre lembrados por mim muito carinhosamente.

Aos grupos de pesquisa do HumanizaSUS e NEPESP/PFIST que contribuíram para o meu crescimento com tantas discussões enriquecedoras, com tantos desafios, que me fizeram ver o mundo de uma outra maneira, que nunca serão esquecidos.

À minha querida tia Elizabeth de Souza Amaral Valentim, que me incentivou e me apoiou de uma maneira que não tenho nem como descrever, que tornou possível esse momento da minha vida, que me acompanhou nesta jornada. Família escolhida, de coração, que sempre contei em todos os momentos de minha vida. Exemplo de ser humano, em que sempre me espelhei. Exemplo de profissional, que sempre me inspirou. Exemplo de mãe e esposa, de que sempre me orgulhei. Tia, sem você nada teria sido possível!

Ao meu pai João Szpilman (*in memoriam*), que sempre me apoiou em todas as decisões da minha vida, com que sempre contei incondicionalmente. Sua falta não é descritível em palavras. Tenho certeza de que está presente em minha vida em todos os momentos, minhas conquistas, dificuldades, minhas experiências. Te amo para sempre!

À minha mãe, Maria do Carmo Murad Szpilman, que sempre me apoiou e me incentivou a buscar novos desafios e a vencê-los. Uma mulher forte, exemplo de mãe, filha, esposa, amiga. Nestas linhas desta tese, não há dúvidas de sua presença. Sempre me espelhei em seu sucesso profissional, em suas posições na vida, em suas convicções para construir o meu futuro.

Aos meus filhos, Laila e João, que compreenderam a minha ocupação maior com tantos desafios que o doutorado me impôs. Que me tornam todos os dias alguém melhor. Com vocês aprendo o que é o amor, todos os dias da minha vida.

Ao meu marido, Rodrigo, que tantas vezes teve que compreender a minha impossibilidade de comparecer com ele aos locais, por ter que estudar, escrever, por estar atarefada com as atividades do doutorado.

Aos meus avós, tios, primos e amigos, que de alguma forma contribuíram neste meu caminhar. Ter família e amigos na vida nos prepara para os desafios. Vencê-los sem a contribuição e apoio deles parece impossível!

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha história, os meus agradecimentos.

RESUMO

A presente tese enfoca a formação médica indicando a urgência de mudanças para se constituir uma política de formação em que o espaço público seja privilegiado, afirmado e potencializado no exercício desse ofício. Espaço público entendido como o espaço que se constitui com a inclusão de usuários, trabalhadores e gestores do sistema de saúde público brasileiro, o SUS, de tal maneira a perseguir um processo de formação pautado no trabalho coletivo, integrando ensino, serviço e comunidade. Objetiva-se analisar se a inclusão dos alunos de graduação do curso de Medicina da Universidade Vila Velha (UVV) no Programa de Interação Serviço, Ensino e Comunidade (PISEC), que tem afirmado práticas que enfatizam o espaço público, não reduzidas ao aspecto biomédico, práticas com capacidade de realizar trabalho compartilhado em cogestão com usuários, trabalhadores e gerentes. Para tanto, foram apresentados documentos oficiais sobre a formação médica, relacionados à UVV, ao curso de Medicina e à PMVV, entre outros. Incluímos, também, relatos sobre as vivências nos locais de trabalho em saúde do município e a própria experiência da autora como preceptora e atual coordenadora do PISEC da UVV. Realizamos entrevistas com os vários atores do processo: alunos, preceptores, profissionais e usuários, além de entrevista com o coordenador do PISEC de 2007 a 2013. Utilizamos questões disparadoras para nortear os momentos das entrevistas, as quais foram transcritas integralmente para as análises. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFES, após ter sido autorizada pela Secretaria de Saúde de Vila Velha e pela Universidade Vila Velha, e todos os sujeitos participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nas análises dos vários discursos demonstrou-se que o PISEC se apresenta como uma possível estratégia de formação em saúde pública, caso consiga se afirmar como uma política de formação do profissional médico e não se constitua como programas de formação desarticulados. Uma formação que se efetive de forma transversal e o médico atue como profissional de saúde que compõe uma equipe, que não tenha apenas uma prática assistencialista, mas também efetive práticas de coordenação dos processos de trabalho, numa diretriz que afirma a indissociabilidade entre clínica e política. Apostamos em uma política de formação que amplia e afirma uma prática assistencial em saúde que seja democrática, participativa, lateralizada.

PALAVRAS-CHAVE: Educação de Graduação em Medicina. Saúde Pública. Assistência à Saúde.

ABSTRACT

The present thesis focuses on the medical education indicating the urgency for changes to develop an educational politics in which the public space is privileged, affirmed and empowered in the exercise of this profession. The public space is understood as the space formed by the Public Health System users, workers and managers inclusion, in pursuit of an educational process marked by collective work, integrating teaching, service and community. The main goal is to analyse if the Vila Velha University (UVV) Medical School students' inclusion in the Community-Teaching-Service Interaction Program (PISEC) has been affirming practices that emphasize the public space, not reduced to the biomedical aspect, with the capacity to carry out comanagement shared work between users, workers and managers. For this purpose, official documents were presented, related to the medical education, to the Vila Velha University, to the medical school and to the Vila Velha City Hall, among others. Reports on the municipality health work places experiences and the author's own experiences as actual UVV PISEC preceptor and coordinator were also included. The various actors in the process were interviewed: students, preceptors, professionals and users, besides an interview with the PISEC coordinator from 2007 to 2013. To direct the interview moments, trigger Questions were used, which were integrally transcribed to the analysis. The research was submitted and approved by the UFES Research Ethics Committee, after being approved by the Vila Velha Health Secretariat and by the Vila Velha University, and all subjects signed an Inform Consent Form. In the speeches analysis it was demonstrated that the PISEC presents itself as a possible strategy to public health education, if it accomplished to affirm itself as a medical educational politics and not to establish itself as a desarticulated educational program. Education that becomes effective in a transversal way, and where the doctor acts as a health professional that is part of a team, and that do not perform assistance practices only, but also coordinating work processes, in a guideline that affirms an indissociability between clinic and politics. We are committed to an educational politics that expand and affirm a health assistance practice which is democratic, participative, and lateralized.

KEYWORDS: Education, Medical, Undergraduate. Public Health. Delivery of Health Care.

LISTA DE QUADROS E ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Divisão de unidades de saúde no modelo de Atenção Básica tradicional e de Estratégia Saúde da Família por região de saúde do município de Vila Velha	75
Ilustração 1 -	Mapa das regiões de saúde do município de Vila Velha	76
Quadro 2 -	Sumário das diretrizes para o ensino na APS em medicina	137

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AMB – Associação Médica Brasileira
APS – Atenção Primária à Saúde
CIES – Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
CINAEM – Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico
CFE – Conselho Federal de Educação
CFM – Conselho Federal de Medicina
CNBB – Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNE – Conselho Nacional de Educação
CNS – Conferência Nacional de Saúde
COAPES – Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde
CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONSU – Conselho Superior
CRM-ES – Conselho Regional de Medicina do Espírito Santo
DC – Diretrizes Curriculares
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
DPE – Departamento de Programas Especiais
ESF – Estratégia Saúde da Família
ETSUS – Escola Técnica do SUS
EUA – Estados Unidos da América
FIES – Fundo de Financiamento Estudantil
HAC – Habilidades Atitudes e Comunicação
IDA – Programa de Integração Docente Assistencial
IES – Instituições de Ensino Superior
LDB – Lei de Diretrizes e Bases
LI – Laboratórios Integrados
MEC – Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde
NDE – Núcleo Docente Estruturante
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
OS – Organizações Sociais
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAREPS – Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde
PBL – Problem-Based Learning
PCS – Plano de Cargos e Salários
PISEC – Programa de Interação Serviço, Ensino e Comunidade
PMV – Prefeitura Municipal de Vitória
PMVV – Prefeitura Municipal de Vila Velha
PNH – Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS)
PROMED – Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
PRÓ-SAÚDE – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PROVAB – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
Rede UNIDA – Rede Unida de Desenvolvimento de Profissionais de Saúde
RM – Residência Médica
SBMFC – Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SEDES/UVV-ES – Sociedade Educacional do Espírito Santo
SEMSA – Secretaria Municipal de Saúde
SESA – Secretaria de Estado de Saúde
SESU/MEC – Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação
SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUDS – Sistema Único e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

UNI – Projeto Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade

USF – Unidade de Saúde da Família

UVV – Universidade Vila Velha

VS – Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	15
1	UMA ANÁLISE DO PROGRAMA PISEC DA UNIVERSIDADE VILA VELHA: O CAMINHO – O MÉTODO	30
2	UMA HISTÓRIA DA CONSTRUÇÃO DO CURSO DE MEDICINA DA UVV	35
3	UVV E PMVV: A PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA VELHA E SUAS HISTÓRIAS DA E NA SAÚDE	75
4	POLÍTICA? FORMAÇÃO MÉDICA? SAÚDE? ALGUNS CONCEITOS COM OS QUAIS OPERAMOS	114
4.1	SE ESTAMOS FALANDO DE UMA POLÍTICA DE FORMAÇÃO, O QUE ENTENDEMOS COMO POLÍTICA?	114
4.2	POR UMA POLÍTICA DE FORMAÇÃO MÉDICA	128
4.3	PROMOVER SAÚDE? MAS DE QUE SAÚDE ESTAMOS FALANDO? ..	163
5	ENTÃO É ISSO POR ENQUANTO: CONSIDERAÇÕES FINAIS	178
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	188
	APÊNDICES	198
	ANEXOS	208

APRESENTAÇÃO

Como toda pesquisa, esta tese nasce de uma inquietação. Minha trajetória me conduziu a essa inquietação. A partir da formação em Odontologia, emerge meu envolvimento profissional também como professora universitária, inserindo-me no processo formativo de médicos. Devido ao meu percurso na assistência no sistema público de saúde e meu mestrado em saúde coletiva, fui convidada e desafiada a lecionar no curso de Medicina, no componente curricular que trata do campo de estágio em Saúde Coletiva, mais especificamente, na assistência em atenção básica, na Universidade Vila Velha (UVV), denominado Programa de Interação Serviço, Ensino e Comunidade (PISEC).

Lecionei nesta disciplina de 2010 a 2013, quando, então, fui convidada a coordenar a mesma. Outro desafio estava posto: mulher, recém-formada, jovem, não médica, coordenando um grupo de professores mais experientes, mais velhos e médicos. Como se dariam essas relações institucionais? A coordenação do curso afirma que a escolha foi intencional, uma vez que acreditam que os médicos, em geral, estão mais envolvidos com a assistência do que com a gestão, pesquisa, coordenação e até mesmo com a própria docência. A escolha por uma profissional de formação não médica foi a opção feita pela coordenação do curso. Para além disto, enumeraram as vantagens da minha experiência e formação como Mestre em Saúde Coletiva e das minhas intervenções e posições como professora no quadro daquela organização.

Durante o tempo em que *‘apenas’* lecionei na disciplina, muitas questões me foram impostas pela prática e muito me inquietava o processo formativo do profissional médico. Era notória a dificuldade de tornar essa disciplina o meio para uma formação diferenciada, assim como era clara a riqueza desta disciplina no sentido de possibilitar uma formação que buscamos, ou seja, uma formação em que o espaço público seja enfatizado e viabilizado.

A partir de 2013, quando assumi a coordenação da disciplina, ficando responsável pelo acompanhamento do processo formativo dos alunos de Medicina do primeiro ao oitavo períodos, outros desafios surgiram e mais inquietações emergiram. Era preciso construir

caminhos, era necessário e imprescindível investir no fortalecimento da disciplina, afirmando sua riqueza e trabalhando suas limitações. Parecia-me que ao ocupar essa coordenação mais clara se tornava a necessidade de estudar o PISEC, ajustando, afirmando os aspectos que indicavam na direção de produção de um espaço público no exercício da Medicina e, ao mesmo tempo, indagando o que dificultava tal processo e até criando novas questões. A partir deste percurso, surge esta tese.

O presente texto enfoca as políticas de formação médica em suas várias dimensões, indicando a urgência de mudanças para que os profissionais de saúde, no nosso caso, nessa pesquisa, os médicos, experimentem um processo formativo em que o espaço público seja afirmado, privilegiado e potencializado, que seja o objetivo principal de sua atuação: constituir espaços públicos no exercício da profissão. Discutimos os efeitos de uma formação quando reduzida a um processo de transmissão de conhecimentos objetivos-tecnicistas e de informações abstratas, distante do concreto da experiência dos serviços de saúde.

Entende-se como espaço público¹, na proposta desta tese, o espaço que destaca a inclusão de usuários, trabalhadores e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) na organização do trabalho em saúde. Nossa aposta na constituição de um espaço público na formação do profissional médico envolve um processo de educação indissociável do trabalho coletivo em saúde. Enfatizamos uma política de formação que amplie e afirme uma prática assistencial² democrática, participativa, lateralizada³.

Para Telles (1990), o espaço público é o espaço de visibilidade, que constrói um mundo comum entre os homens. Mundo em que um processo comunicacional se efetive de forma transversal, sem autoritarismos.

¹ Introduzimos, aqui, o conceito de espaço público que enfocamos na Política de Formação do profissional médico. O conceito será melhor discutido no transcórre do texto.

² Entende-se, para efeitos desta tese, a prática assistencial como o ato de assistir às pessoas com intervenção especializada, como meio de socorro e auxílio, uma prática em que o profissional de saúde, no caso o médico, presta assistência especializada ao paciente/usuário, para efetivar um cuidado à sua saúde.

³ A prática lateralizada é entendida como uma prática assistencial em que o prestador da assistência encontra-se lado a lado com aquele que demanda cuidado, ao lado e junto, evitando formas de relação do saber-poder médico marcada por práticas verticalizadas, autoritárias e tuteladoras.

Segundo Arendt (2003), o mundo comum está sustentado na esfera pública, onde todos podem ouvir e ver, e também ser ouvidos e vistos com a maior divulgação possível. O mundo é comum na medida em que é de todos e de cada um, afirmando-se os processos de singularização que marcam um mundo comum, pois não é sinônimo de homogeneidade. Assim, o público significa o próprio mundo, uma vez que é comum a todos e, ao mesmo tempo, a cada um cabe um lugar dentro dele (ARENDR, 2003). Um comum que é público e essa pluralidade só é possível na ação política, afirma a autora. Para Arendt (2003), a ação política deve ser considerada a mais alta atividade humana, manifestando-se na esfera pública.

Consideramos, ainda, que produzir saúde é uma tarefa coletiva. Trabalhos em saúde só são possíveis pelo esforço coletivo com a participação de múltiplos e diversificados agentes sociais contribuindo para a melhoria das condições de vida e saúde, de indivíduos e populações, direta ou indiretamente (TEIXEIRA, 2004).

Para Benevides de Barros e Passos (2005) é no plano coletivo que são construídas políticas públicas; são as alterações da experiência coletiva que geram políticas públicas; o público diz respeito à experiência concreta dos coletivos; o plano do público é construído a partir das experiências de cada homem; o conceito de saúde coletiva revigora o espaço público nas políticas de saúde. “Não mais identificado ao estatal, o público indica assim a dimensão do coletivo. Política pública, política dos coletivos. Saúde pública, saúde coletiva. Saúde de cada sujeito, saúde da população” (BENEVIDES DE BARROS; PASSOS, 2005, p. 566).

Nossa aposta em uma política de formação do profissional médico, em que se privilegie a construção de espaço público, nos indica a necessidade de considerar os espaços como potencialmente públicos, o que não necessariamente nos indica que sejam democráticos, pois, segundo Paoliello (2007), dependerá de como estes espaços estão se constituindo pela ação de seus integrantes para de fato se constituir como um espaço público democrático, não privatizado, não apropriado. Para a autora, caso a relação estabelecida deixe de ser de diversidade entre interesses, ideias e projetos, tornando-se estática e consensual, o espaço público é perdido.

A atualidade do nosso país, segundo Fonseca (2013), está marcada pela iniciativa privada na Administração Pública e nas Políticas Públicas, desde a utilização de ferramentas e métodos empresariais na gestão pública às parcerias, terceirizações, concessões e contratos de gestão, entre outras práticas, onde o empresariado presta serviços e administra setores do Estado por meio de concessão. Contreiras e Matta (2015) pesquisaram a privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais (OS) na cidade de São Paulo. Os autores levantaram dados alarmantes para o setor da saúde. Em 2011, 66% dos serviços da cidade de São Paulo eram geridos por entidades privadas que receberam, em 2012, 44% do orçamento público para a saúde. Panorama que vem se alastrando país afora.

Para além da privatização da gestão pública na saúde, importa-nos discutir como práticas em saúde têm seguido uma tendência privatizadora⁴, que nos ofereça pistas de que os currículos e a política de formação precisam focar na constituição de um espaço público das práticas médicas de acordo com os princípios do SUS.

Na área da saúde, discute-se em torno da superação do modelo médico hegemônico neoliberal. Para tanto, é preciso que se constituam organizações de saúde gerenciadas de modo coletivo, processos de trabalho compartilhados, construindo “cotidianamente vínculos e compromissos estreitos entre os trabalhadores e os usuários” (MERHY, 2007, p. 39), uma política do comum, enfatizando a força instituinte do trabalho.

Entendemos, então, que são necessárias mudanças na formação dos profissionais, já que entendemos o cuidado em saúde como um encontro entre sujeitos, ideias, valores, práticas em circunstâncias sociais e políticas na produção de saúde nas práticas cotidianas. Formação que implica construção de espaço público onde se efetiva o cuidado. Segundo Barros e Gomes (2011, p. 654), “cada encontro transforma os modos de agir no sistema de saúde, seus modos de ser, trabalhar, adoecer e viver”, transformando esse sistema.

⁴ A tendência privatizadora das práticas de saúde relaciona-se, para efeitos das nossas discussões nesta tese, com o modo como a gestão ‘pública’ da saúde tem se efetivado nos serviços e demais instâncias que compõem o campo, que não tem privilegiado o espaço público na direção que afirmamos. Estamos discutindo a expropriação do coletivo, em que o comum constituído está sendo privatizado. Tornar o Estado de fato público implica luta das forças coletivas, produzindo novos acúmulos institucionais, através da cooperação social e dos movimentos de produção do comum.

Para Barros e Gomes (2011, p. 643), “o cuidado se produz no próprio ato de cuidar, ele não é antecipável, ele é coemergente às relações que se estabelecem e avaliado por seus efeitos, pela potência que produz”. Para os autores, o cuidado é construído junto com o outro, ou seja, em uma construção coletiva. Tomaremos, então, o cuidado como “obra, processo, sempre aberto a novas composições em que a plasticidade da vida torna-se aliada da invenção de novos modos de existência” (BARROS; GOMES, 2011, p. 650). Interessante notar que Barros e Gomes (2011) frisam que a conceituação ampliada de cuidado nos possibilita a construção de sentidos diversos, oportunos ao momento do cuidado no campo da saúde. “A arte de cuidar é a alma dos serviços de saúde” (MERHY, 2007, p. 115).

Tomando o cuidado nesta perspectiva, pergunta-se: o cuidado em saúde pode ser algo a ser ensinado, no sentido informacional apenas? Será que é possível traçar uma política de formação médica em que uma prática de cuidado nessa direção seja privilegiada? Esse modo de entender o cuidado é possível em uma conceituação de saúde⁵ de tradição biomédica, biológica e unicausal, restrita à ausência de doença?

Segundo Freire (1997), ensinar é algo dinâmico em que é essencial uma “prática educativa progressista”. Reforça que educar não é a mera transferência de conhecimentos e, ainda, que o educador que “castra” a curiosidade do educando para que ocorra a memorização do ensino de conteúdos diminui a capacidade do educando de se aventurar. “Não forma, domestica” (FREIRE, 1997, p. 63). No intuito de nortear a prática dos educadores, Freire (1997, p. 106-107) pontua que não se poderá separar “autoridade de liberdade, ignorância de saber, respeito ao professor de respeito aos alunos, ensinar de aprender”.

A partir da leitura do documento do Ministério da Saúde (MS) juntamente com o Ministério da Educação (MEC) que discute a adesão dos cursos de graduação às diretrizes curriculares (DC), encontramos uma legislação que vem norteadando o funcionamento dos cursos de Medicina no Brasil. Em 1961, a Lei nº 4.024 fixou as Diretrizes e Bases da Educação Nacional e atribuiu ao Conselho Federal de Educação (CFE) a competência de definir o currículo mínimo; a Resolução CFE nº 8/1969, baseada na Lei nº 5.540/1961 e no Parecer CFE nº 506/1969, fixou os mínimos de conteúdo e a duração de seis anos letivos do

⁵ A conceituação de saúde em que apostamos será melhor discutida no transcórre do texto.

curso médico (mínimo de cinco e máximo de nove anos) (BRASIL, 2006b). O estudo no curso de Medicina abrangia o estudo das bases doutrinárias e os exercícios práticos pertinentes ao currículo mínimo (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b).

O atual processo de modernização curricular começa com a Lei nº 9.394/1996, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), promovendo a substituição do currículo mínimo pelas diretrizes curriculares, aflorando a relevância da ação acadêmica neste contexto. Pelo art. 53, do capítulo IV, da educação superior, as universidades terão como atribuição, de acordo com o inciso II, “fixar os currículos dos seus cursos e programas, observadas as diretrizes gerais pertinentes” (BRASIL, 1996).

A partir desta demanda, a Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001, institui as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina (BRASIL 2001b), que enfatiza uma formação que considera o sistema de saúde vigente no País – o SUS – a atenção integral à saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contrarreferência, e o trabalho em equipe (BRASIL, 2006a). Porém, nota-se ainda uma centralidade em uma formação fragmentada, especializada, de cunho tecnicista, e distanciamento do ambiente social onde vivem as pessoas que demandam cuidado e sem investimento no espaço público, conforme defendemos aqui.

Para Stella e Puccini (2008), as diretrizes curriculares constituem mudança paradigmática do processo de educação superior, de um modelo flexneriano⁶, biomédico, curativo para um modelo orientado pelo binômio saúde-doença, na perspectiva da integralidade da assistência, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde; de uma dimensão individual para coletiva; de currículos rígidos para flexíveis, com exigência de metodologias de aprendizagem diferenciadas, além de múltiplos cenários de ensino. Para as autoras, as diretrizes ainda encontram dificuldades e resistências para sua implementação. As resistências, citadas por Stella e Puccini (2008, p. 54), na sua maioria, situam-se intramuros, uma vez que parte do corpo docente ainda “sente a proposta de

⁶ Entende-se como modelo flexneriano o modelo de ensino médico baseado no Relatório de Flexner. Para Flexner (1910), “o estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta”, em que o social, o coletivo, o público e a comunidade não apresentam relevância para o ensino médico, não sendo considerados implicados no processo saúde-doença. O Relatório Flexner será melhor discutido no transcrito da tese.

integração como uma ameaça à importância de sua disciplina e considera o hospital universitário e seus ambulatórios de especialidades como único e principal locus do ensino”.

Neste contexto, o MS em parceria com o MEC e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) lançou, em 2001, o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED). O objetivo principal foi incentivar as escolas médicas do país a adequarem seus currículos, sua produção de conhecimento e os programas de educação permanente à realidade social e de saúde da população brasileira. Em 2002, foi lançado edital pelo MS e dezenove escolas médicas tiveram seus projetos aprovados para serem desenvolvidos no período de três anos, com recursos liberados em seis semestres (BRASIL, 2002; BRASIL, 2005).

Nesse processo de propostas de alterações curriculares, o MS, por intermédio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em conjunto com a Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (SESU/MEC), conduziram o processo de elaboração do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), lançado em 2005, inspirado no PROMED. Como eixos básicos do PRÓ-SAÚDE citam-se: a realização do ensino nos ambientes reais onde se dá a assistência à saúde pelo SUS, a mudança de metodologia na qual os estudantes assumam papéis mais ativos e a própria expansão do objeto do ensino, que não deve ser apenas a doença já instalada, mas a produção social da saúde como síntese de qualidade de vida (BRASIL, 2005).

Assim sendo, em várias instituições de ensino superior (IES) pelo país afora, surgiram programas de interação serviço, ensino e comunidade, no intuito de cumprir com as exigências do MEC, mas também com a intenção de inserir ‘precocemente’⁷ o aluno de graduação em Medicina em unidades de saúde dos municípios em que estão cursando suas graduações, pretendendo modificar, de alguma maneira, a formação médica.

⁷ Mantemos, aqui, o termo precocemente, pois assim encontra-se especificado na literatura técnica da área da saúde coletiva. Porém, acreditamos que essa inserção não se dá de forma precoce, uma vez que a formação deve se dar sempre, desde a entrada nas universidades, a partir dessa indissociabilidade entre sala de aula e serviços.

Neste sentido, torna-se imprescindível discutir uma relação médico-paciente assimétrica, em que estratégias são utilizadas para conservar essa assimetria. Barros e Gomes (2011, p. 646) citam desde a forma de comunicação com o paciente, pautada na negação e/ou desqualificação dos seus saberes, seus conhecimentos sobre sua saúde; até utilização de procedimentos técnicos e tecnológicos que o colocam em situação de algo a ser manipulado. Impõe-se a necessidade de uma relação que supere uma racionalidade biomédica em que as práticas de saúde desprezam a experiência dos pacientes e o médico relaciona-se apenas com a doença. Para os autores (BARROS; GOMES, 2011), essas práticas são marcadas pela submissão ao saber médico, fragmentação do corpo humano, hiperespecialização dos saberes, especialismos e, conseqüentemente, distanciamento da relação médico-paciente, marcada pela intermediação tecnicista.

Marca-se essa prática como uma clínica focada na doença ou em um órgão específico, que interage com os resultados de exames e não com as informações trazidas pelos pacientes (BARROS; GOMES, 2011).

Campos (2003, p. 57) propõe uma reforma da clínica moderna, em que a ênfase desloca-se da doença para o sujeito portador de alguma enfermidade, uma Clínica Ampliada denominada Clínica do Sujeito, marcada pela “ampliação do objeto de saber e de intervenção da Clínica. Da enfermidade como objeto de conhecimento e de intervenção, pretende-se também incluir o Sujeito e seu Contexto como objeto de estudo e de práticas da Clínica”. Assim, “o objeto da Clínica do Sujeito inclui a doença, o contexto e o próprio sujeito” (CAMPOS, 2003, p. 64).

Barros e Gomes (2011, p. 651) consideram que uma clínica ampliada se efetiva quando os profissionais de saúde ouvem o que o paciente, que procura cuidado, considera importante; é preciso produzir um diálogo que “focalize e priorize as expectativas daqueles que procuram os serviços de saúde. Nesse processo, vínculo e afetos são ingredientes indispensáveis”. Uma formação, portanto, baseada na experiência daqueles envolvidos no processo de cuidar, na constituição de um espaço público em que as narrativas das experiências compareçam e sejam priorizadas.

Em continuidade aos ajustes necessários para a formação do profissional médico, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) lança a Nota Técnica nº 006/2014, que aborda recomendações do CNS à proposta de novas diretrizes curriculares nacionais para os cursos de Medicina (BRASIL, 2014a). No mesmo ano, o MEC homologa a Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014, que institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências (BRASIL, 2014b). As novas diretrizes, além do texto já formulado na Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001, enfocam a dignidade humana, a saúde integral do ser humano, a transversalidade nas práticas, a determinação social do processo de saúde e doença, a orientação sexual, a diversidade humana, a preservação da biodiversidade com sustentabilidade, formulação e desenvolvimento de Planos Terapêuticos individuais e coletivos, a liderança exercitada na horizontalidade das relações interpessoais, o diálogo e a escuta ativa, além do reforço das iniciativas de realização do ensino nos ambientes reais onde se dá a assistência à saúde pelo SUS e a mudança de metodologia, com os estudantes assumindo papéis mais ativos (BRASIL, 2014b).

Em palestra no I Fórum Regional de Ensino Médico do Conselho Regional de Medicina do Estado do Espírito Santo (CRM-ES) e da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) Regional Rio de Janeiro/Espírito Santo, realizado em 19 de junho de 2015, no Teatro da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), a Profa. Lúcia Christina Iochida, da ABEM, afirma que a Resolução nº 3, de 2014, apresentou um estreitamento e carrega um aspecto mais normativo, quando comparada com a Resolução que a antecede, nº 4, de 2001. Relata que foi definida em um prazo de 120 a 180 dias por um grupo de experts e não pelos atores envolvidos na Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), entendendo terem sido feitas sob “encomenda” para estarem em consonância com a Lei do Programa Mais Médicos. Aborda como críticas à Resolução: Leis e diretrizes com interferência no aparelho formador; imposta como decretos políticos-partidários justificada pela tensão social; não vislumbra dificuldades insituacionais físicas e humanas; docentes, discentes, médicos e a sociedade em geral não foram ouvidos; e, por fim, não aborda o ensino na Lei (IOCHIDA, 2015).

O processo de definição das diretrizes curriculares do curso de Medicina pela Resolução de 2001 teve início com a convocação, em dezembro de 1997, pelo MEC, das IES para apresentarem propostas para as novas diretrizes dos cursos superiores (STELLA; CAMPOS, 2006).

Várias entidades marcaram sua participação neste processo, formulando e debatendo propostas. O trabalho foi encaminhado de forma democrática, propiciando uma ampla participação da sociedade na elaboração das diretrizes curriculares. Ocorreram várias audiências públicas, fóruns, seminários e eventos. Documentos foram entregues e encaminhados (STELLA; CAMPOS, 2006).

Em 1999, a Comissão de Especialistas do Ensino Médico apresentou a sua proposta, que foi discutida pelos diretores das escolas médicas presentes no XXXVII Congresso da ABEM, em outubro de 1999, que, insatisfeitos, solicitaram a sua revisão. Em janeiro de 2000, os diretores e coordenadores de 63 cursos de Medicina no Brasil realizaram a revisão crítica do documento proposto. Em agosto, elaboraram uma proposta de consenso, coerente com todos os documentos apresentados por todas as entidades participantes da discussão. O documento foi aprovado na reunião do Conselho Deliberativo da ABEM, em setembro de 2000, encaminhado e endossado pela Comissão de Especialistas em Ensino Médico, em outubro de 2000. Em agosto de 2001, em Brasília, ocorreu uma audiência pública para apresentação e discussão da proposta, encerrando essa fase de elaboração, que então foram apreciadas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE), e finalmente aprovadas em outubro de 2001, pela publicação da Resolução (STELLA; CAMPOS, 2006).

Para Demarzo *et al.* (2011; 2012), a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais marcou a flexibilização das organizações curriculares, possibilitando a construção dos projetos político-pedagógicos mais condizentes com a realidade do sistema brasileiro de saúde vigente.

Relacionando a Resolução de 2001 com a de 2014, a Profa. Iochida (2015) levanta alguns pontos positivos, como a manutenção dos dois anos de internato, mas a palestrante reforça que precisa ser indagada a forma como este internato está sendo realizado; o reforço da necessidade dos espaços de prática na Atenção Primária à Saúde (APS); e a manutenção da

relação serviço-ensino. Como pontos negativos, a professora enumera: imposição de uma diretriz que não foi discutida com a população; e a justificativa de necessidade de alterações da DC de 2001 para aprovar a Resolução de 2014, tornando-se lei. No entanto, o MEC não avaliou se de fato havia esta necessidade.

Resta então uma aposta: que a mudança nos currículos na formação profissional, a inclusão de programas de interação “serviço, ensino e comunidade”, e enfim, todas estas iniciativas, possam proporcionar uma política de formação que fortaleça e afirme o espaço público nesse processo. Entendemos, ainda, que a possibilidade de fortalecimento e/ou instituição de um espaço efetivamente público no processo de formação vai depender dos princípios, diretrizes e, certamente, das práticas atualizadas desta formação, possibilitando produzir e formar médicos com atuação diferenciada no que diz respeito a seus compromissos com uma ética não privatizante e menos organicista, escapando da racionalidade biomédica.

Iochida (2015) afirma que há a necessidade de pensar estrategicamente a formação dos profissionais, no sentido de avaliar o perfil dos mesmos, de acordo com as DC e as necessidades do SUS; apostar em qualidade na formação e no aumento de quantitativo de profissionais nos serviços de prestação de saúde no SUS; investir na Educação Permanente; melhorar as condições de trabalho com a desprecarização dos vínculos empregatícios; incentivar e criar carreiras profissionais com Planos de Cargos e Salários (PCS) adequados; criar estratégias de provimento e fixação dos médicos nos serviços; e focar a graduação e os programas de Residência Médica (RM).

Nessa direção, promover uma política de formação implica alguns desafios, como pensar princípios e diretrizes que possam nortear essa política, um pensar de forma coletiva, lidando com relações de saber e poder presentes neste processo, para possibilitar produção de um espaço público na relação médico-paciente. A nossa tese é que, na formação médica, é necessária a constituição de uma política de formação, e não de programas em que relações autoritárias e ações fragmentadas sejam a tônica do processo. Uma política de formação, portanto, e não programas desarticulados, sem uma dimensão transversal, que expresse seus princípios.

As metodologias ativas e os programas de integração serviço, ensino e comunidade, bem como todas as mudanças das diretrizes curriculares dos cursos de graduação em Medicina, não garantem que o processo de formação esteja se dando como política de formação; não podemos antecipar os efeitos, mas podemos fazer uma aposta ético-política que se constrói como construção coletiva, uma política que questione as verticalidades do setor saúde, que aumente o grau de corresponsabilidade entre os diferentes atores envolvidos e que constituem a rede SUS na produção de saúde, supondo uma troca de saberes, um diálogo entre os profissionais e um modo de trabalhar em equipe (BRASIL, 2004a).

Pontes, Rego e Silva Junior (2006), à época de sua pesquisa, afirmaram que muitas propostas de mudanças na formação médica estavam sendo debatidas, mas que de fato poucas escolas médicas tinham passado por uma transformação dos seus currículos, sendo possível visualizar incorporação de novas disciplinas, uso de novos materiais didáticos e incorporação de novas técnicas pedagógicas. Predominava a manutenção de um ensino baseado em transferência de conteúdos, com o aluno passivo, problemas teóricos, saberes e práticas fragmentados, até mesmo em atividades práticas, onde os alunos eram apenas espectadores privilegiados da assistência, buscando a experiência clínica⁸ em estágios extracurriculares sem a devida supervisão da academia.

Para Lampert (2001), as atividades extracurriculares possuem uma série de agravantes que devem ser considerados: não há supervisão docente; não há a possibilidade de acompanhar o paciente atendido, o que possibilitaria ao aluno verificar se o diagnóstico foi correto e se a terapêutica foi efetiva; os alunos repetem procedimentos e rotinas, o que acarreta uma redução da prática médica a um perigoso tecnicismo.

Assim, Pontes, Rego e Silva Junior (2006) afirmam que nos processos de reforma curricular há a disputa dos vários atores e suas diferentes concepções de escolas, práticas médicas e ensino. Desta maneira, para formar um profissional que atue na lógica voltada

⁸ Na medicina, entende-se como experiência clínica as habilidades adquiridas - o que é experiente, o que se sabe fazer. Porém, há também o entendimento de uma experiência clínica advinda da experimentação vivenciada a partir da clínica. Na tese enfocaremos ambas as ideias de experiência: experiência como habilidade e experiência como experimentação.

para a humanização⁹ e integralidade do cuidado, há a necessidade de uma radical mudança na política de formação médica.

Para Neumann e Miranda (2012, p. 43), a maior parte das escolas médicas não tem conseguido alterar a concepção educacional tradicional, caracterizada pelo “aprendizado centrado nos professores, nas doenças e fragmentado em aulas que pouco se relacionam entre si, pela avaliação numérica do aluno a partir de testes e pela relação de ‘distanciamento objetivo’ entre o médico e o seu cliente”.

Desta maneira, objetiva-se, neste estudo, analisar se a inclusão dos alunos de graduação de Medicina em programas de articulação “serviço, ensino e comunidade”¹⁰ tem produzido práticas que enfatizam o espaço público das práticas médicas. Analisar se o processo de formação está propiciando um modo de trabalho sensível a diferentes nuances das relações médico-paciente – uma prática não reduzida ao aspecto biomédico, com capacidade de realizar trabalho compartilhado em cogestão com usuários, trabalhadores e gerentes.

Nosso objetivo, nesta pesquisa, foi analisar a proposta de formação dos alunos por meio do Programa de Interação Serviço, Ensino e Comunidade (PISEC) do curso de Medicina da Universidade Vila Velha (UVV).

O primeiro capítulo enfoca “Uma análise do programa PISEC da Universidade Vila Velha: o caminho – o método”, abordando a metodologia que nos conduziu neste processo de pesquisa. Apresentamos os documentos oficiais sobre a formação médica e outros assuntos vinculados a essa temática, a entrevista como instrumento da pesquisa, os sujeitos participantes e os aspectos éticos de pesquisa com seres humanos.

⁹ Nessa lógica a Humanização é considerada “como uma política transversal, supõe necessariamente que sejam ultrapassadas as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde [...]. Como política, a Humanização deve, portanto, traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS” (BRASIL, 2004a, p. 7).

¹⁰ Comunidade faz parte da nomenclatura usual para o componente curricular que está em questão como campo de práticas para este estudo. Consideramos, nesta tese, “uma ideia de comunidade, que não funciona pela lógica do território geográfico ou da identidade, mas se constitui como heterogênea e multifacetada, [...] que não se faz, desse modo, sob a lógica da igualdade, mas na composição de diferenças: uma rede de solidariedade e de afetos em constante transformação, que acolhe e se abre à vida-outra” (GÓTARDO, 2011).

O segundo capítulo, “História crítica da construção do curso de Medicina da UVV”, descreve a organização e estruturação do curso para seu efetivo funcionamento, enfatiza questões do curso e a construção do seu Projeto Pedagógico, percorrendo a legislação que norteou a implantação das DC. Discutimos o Método Problem-Based Learning (PBL) e a problematização. Apresentamos o PISEC do curso de Medicina da UVV e suas especificidades, e ensaiamos um debate sobre a noção de programa e de política, importante para as nossas análises.

O terceiro capítulo é dedicado à relação da UVV com a parceria regularizada com a Prefeitura Municipal de Vila Velha (PMVV). Abordamos a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Vila Velha, a cobertura e a distribuição por regiões das unidades do município, o vínculo empregatício dos seus profissionais, questões políticas e suas implicações. Apresentamos, também, o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB), a Lei do Programa Mais Médicos e as intervenções do Internato no campo de práticas do PISEC. As oficinas realizadas pela UVV com a PMVV e a descrição da atual conjuntura desta parceria são relatadas.

No quarto capítulo alguns conceitos são trazidos para discussão, com o intuito de criar operadores conceituais para o nosso propósito, afirmando nossa aposta: a constituição de uma política de formação médica em que o espaço público seja privilegiado e potencializado. Apresentamos as noções de política, de espaço público, de formação enfocadas na presente tese. Abordamos a educação médica, discutimos educação permanente e continuada, assim como questionamos as chamadas capacitações. Trazemos para discussão a relação usuário-profissional e relatamos alguns aspectos do processo de implantação do PISEC da UVV. Discutimos a noção de saúde que apostamos e detalhamos a Coprodução Singular do Processo Saúde-Doença e o Projeto Terapêutico Singular de Gastão Wagner de Sousa Campos.

No transcorrer dos capítulos 2, 3 e 4 são apresentados os encontros, as entrevistas e as conversas com os diversos atores envolvidos no Componente Curricular PISEC. Destacamos alguns resultados dos encontros, enfocando questões importantes para a nossa análise, objetivando traçar vias para uma política de formação do profissional médico.

No quinto capítulo esboçamos algumas conclusões (provisórias) do presente estudo e deixamos aos leitores indagações para aguçar pesquisas na área e novas apostas em uma formação de médicos que atuem de maneira a constituir um espaço público na relação com o paciente e demais atores do processo de produção de saúde.

CAPÍTULO 1

1 UMA ANÁLISE DO PROGRAMA PISEC DA UNIVERSIDADE VILA VELHA: O CAMINHO – O MÉTODO

Uma das grandes questões do SUS é a formação dos chamados ‘recursos humanos’. Advinda desta questão, surge uma dupla demanda: a formação PARA o SUS e a formação NO SUS. Tema complexo que será abordado nesta tese a partir de circunstâncias também complexas, cenário de um estabelecimento de ensino privado e de uma rede de assistência municipal estruturada de forma que não tem favorecido uma prática em sintonia com os princípios do SUS.

Estudamos os efeitos de um programa denominado Programa de Interação Serviço, Ensino e Comunidade (PISEC) na formação dos médicos, conforme preconizado na Resolução CNE/CES nº 4 de 2001, estimulado pelo PRÓ-SAÚDE em 2005 e reforçado pela Resolução nº 3 de 2014, com a preocupação em construir uma política de formação que privilegie o espaço público no exercício dessa profissão. O campo empírico de estudo é o PISEC. Que efeitos vêm produzindo na formação dos profissionais médicos? Qual a potência que possui para se constituir em uma política de formação com foco na constituição de espaço público?

A metodologia da presente tese, que nos conduziu no processo de detalhamento da experiência PISEC da UVV, do curso de Medicina, em parceria com a PMVV, baseou-se em vivências nos locais de trabalho em saúde desse município, debates sobre o modo como a UVV tem atualizado o referido programa e entrevistas com alguns atores nesse processo.

Estudamos, ainda, documentos oficiais sobre a formação médica: a Lei nº 4.024 de 1961, que fixou as Diretrizes e Bases da Educação Nacional; a Resolução CFE nº 8/1969, que fixou conteúdo mínimo e duração do curso; a Lei nº 9.394/1996, a lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, que substituiu o currículo mínimo pelas diretrizes curriculares; a Resolução CNE/CES nº 4 de 2001, que instituiu as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina; o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos

de Medicina (PROMED), em 2001; o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), em 2005; e a Resolução nº 3 de 2014, que institui as novas diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina.

Documentos específicos relacionados à UVV, ao curso de Medicina e à PMVV também foram acessados para complementar esse estudo. O próprio Projeto Pedagógico do curso de Medicina da UVV; o Decreto nº 047 de 2011, que regulamenta a ocupação dos campos de estágio no âmbito da PMVV, efetivando o Termo de Cooperação entre a UVV e a PMVV; a Lei federal 11.788 de 2008, que dispõe sobre o estágio de alunos; e a Portaria Interministerial nº 1.127 de 2015, que institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES).

Também foram consultados outros documentos oficiais, como a Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, e a Portaria nº 1.996 de 20 de agosto de 2007, ambas relacionadas à Educação Permanente; o Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, como marco histórico para a Saúde Coletiva no nosso país; a própria Constituição Federal de 1988, considerada a constituição cidadã; assim como a Portaria Interministerial nº 2.087, que institui o PROVAB, e a Lei nº 12.871 de 2013, a Lei dos Mais Médicos; e a Lei 10.260 de 2001, depois alterada pela Lei 12.202 de 2010, que dispõem sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior.

A entrevista foi uma estratégia utilizada como meio de produção de dados. As entrevistas foram norteadas por questões disparadoras (APÊNDICES A, B, C e D). Para tanto, utilizou-se uma abordagem que privilegia uma interação entre os sujeitos que compõem esse cenário, em uma dinâmica flexível, aberta e em constante reconstrução, a partir dos discursos dos diversos agentes envolvidos no processo formativo de médicos. O processo educacional de graduação do profissional de saúde foi analisado, tendo como principal plano de análise o estudo dos efeitos dos programas de integração serviço, ensino e comunidade a partir das concepções e práticas de alunos de Medicina.

Para Tedesco, Sade e Caliman (2013, p. 300), “a realidade a ser investigada é composta de processos” e “a entrevista acompanha o movimento e, mais especificamente, os instantes de ruptura, os momentos de mudança presentes nas falas”; “a entrevista acontece como

diálogo” (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2013, p. 302), se aproxima de uma conversa, onde um som qualquer ou “uma fala aparentemente sem sentido podem disparar processos imprevisos” (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2013, p. 310).

A perspectiva de entrevista utilizada não considera a fala do entrevistado como vivência desencarnada e distanciada (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2013). A ideia foi fazer com que os dizeres pudessem emergir “encarnados, carregados de intensidade dos conteúdos, dos eventos, dos afetos ali circulantes. A fala deve portar os afetos próprios à experiência” (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2013, p. 304). Com essa direção, acompanhamos, além dos componentes linguísticos, as expressões faciais e corporais, os componentes extralinguísticos, como a entonação, o ritmo e a velocidade, como nos indicam os autores. A entrevista, nesta perspectiva, não foi utilizada como um procedimento de coleta de dados, e sim como uma “colheita” de relatos que ela mesma cultiva (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2013). Para tanto, a postura da entrevistadora era extremamente importante, estando atenta às intervenções e aos efeitos do dizer em curso de forma a contribuir com a abertura e diferenciação das questões e não para o seu fechamento (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2013).

Com essa direção metodológica, foram selecionados *professores* (preceptores) da disciplina PISEC do Curso de Medicina da UVV, *alunos de graduação de Medicina* que cursam a referida disciplina, como também *usuários* e *profissionais* das unidades de saúde selecionadas, diretamente atendidos pelas equipes em questão. Entendendo a importância para analisar os efeitos do PISEC, o coordenador da disciplina de 2007 a 2013 (quando assumi a coordenação), que participou do grupo que escreveu o Projeto Pedagógico do curso e que o implantou, também foi entrevistado.

O processo de seleção dos atores envolvidos no PISEC a serem entrevistados se fez a partir da seleção de sujeitos que apresentassem uma experiência e/ou relação com o PISEC. Atores do processo com envolvimento com o programa, seja por tempo de experiência, pela formação, pela vivência no PISEC, que teriam condições, a princípio, de nos oferecer pistas para a constituição de uma política pública de formação médica em meio às práticas do PISEC.

A conversa com os usuários nos permitiu conhecer sua percepção sobre as práticas médicas a partir da inserção do aluno no espaço das unidades e em outros espaços onde tais unidades estão localizadas. Já os próprios alunos nos deram pistas sobre a inserção na prática da assistência à saúde da população desde o início do processo de formação e o que isto vem representando para eles. O preceptor/professor que participa do PISEC pode auxiliar na análise acerca desta prática na formação médica. Os profissionais, a partir do acompanhamento dos alunos nos campos de estágio, nos apontaram aspectos do processo formativo pela sua ótica. Por fim, a conversa com o coordenador à época da implantação do curso nos possibilitou conhecer melhor o processo de definição de funcionamento do PISEC, sua organização, estrutura, objetivos; possibilitou entender um pouco mais como se deu o processo de implantação do curso e do próprio PISEC, as dificuldades iniciais, os primeiros movimentos da parceria com o município de Vila Velha, assim como conhecer a percepção de quem o idealizou acerca de sua potencialidade como meio para uma política de formação do profissional médico tendo como princípio a construção de espaço público.

Os encontros específicos com os atores do processo de formação no PISEC deram-se de maneira informal, com agendamento prévio. Os dois professores/preceptores médicos entrevistados a partir das questões norteadoras possuem uma experiência longa com a disciplina e formação em Medicina de Família e Comunidade, seja por residência ou por prática na assistência por período prolongado, e já foram ou ainda são preceptores das Unidades de Saúde da Família (USF) de Ponta da Fruta, Araçás e Barra do Jucu.

Em relação aos alunos, com o intuito de analisar o que pensam conforme os diferentes períodos, foram entrevistados três – terceiro, quinto e oitavo períodos, de duas unidades diferentes, USF do Ibes e de Ponta da Fruta.

A seguir, em visita à USF de Barra do Jucu, juntamente com a Agente Comunitária de Saúde (ACS), em visita domiciliar, foram entrevistadas duas usuárias, cujas histórias com os alunos e com o PISEC são relevantes para a nossa investigação, uma vez que devido à intervenção dos alunos o contexto familiar foi alterado, nos possibilitando uma avaliação dos efeitos desta prática.

Por último, entre os profissionais, foi selecionada a enfermeira da USF de Barra do Jucu, que no início acompanhava os alunos como enfermeira da equipe e posteriormente, ao assumir o cargo de gestora da unidade, com um histórico de sete anos em contato com o PISEC, desde o seu início; e foi realizada uma roda de conversa com quatro ACSs da mesma unidade. Interessa-nos pontuar que as ACSs que participaram desta roda de conversa possuem uma experiência na USF de Barra do Jucu conforme indicamos a seguir: ACS 1 por onze anos e dois meses, ACS 2 por dois anos e seis meses, ACS 3 por quase oito anos e a ACS 4 por oito anos.

A roda de conversa não estava programada. Seriam entrevistas individuais com as quatro ACS. Ao encontra-las na USF de Barra do Jucu, disseram que estavam envergonhadas de serem entrevistadas e preocupadas com o tempo que demoraria, sendo uma entrevista individual. No momento, como solução à questão que estava sendo posta, propus que fizéssemos então uma conversa em conjunto, ou seja, uma roda de conversa, o que agradou a todas.

As gravações em áudio das entrevistas realizadas foram integralmente transcritas. A análise compreendeu o estudo do processo formativo a partir da interlocução com os diversos agentes participantes da pesquisa. Diante dos produtos advindos dos encontros e das entrevistas realizadas, e dos registros em diário de campo baseado nas vivências institucionais, foram delineadas as análises do material produzido.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFES, sob o parecer nº 1.038.489, de 08/01/2015 (ANEXO A), cumprindo os procedimentos internos da instituição, bem como as exigências das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde. Anteriormente foi encaminhado um pedido de autorização para a realização da pesquisa à Secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha (SEMSA) (APÊNDICE E) e à UVV (APÊNDICE F). A todos os sujeitos da pesquisa, que se dispuseram livremente a fazer parte dela, foi entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE G), que foi apreciado e assinado.

CAPÍTULO 2

2 UMA¹¹ HISTÓRIA DA CONSTRUÇÃO DO CURSO DE MEDICINA DA UVV

O curso de Medicina da UVV teve início no ano de 2007, quando a Universidade Vila Velha ainda era Centro Universitário Vila Velha, desde 2000, e anteriormente, desde sua implantação, em 1975, Sociedade Educacional do Espírito Santo (SEDES/UVV-ES). Em 21 de dezembro de 2011, o Centro Universitário Vila Velha foi credenciado como Universidade Vila Velha pelo Conselho Nacional de Educação do Ministério da Educação (CNE/MEC).

Quando o curso começou, já foi formatado, atendendo às demandas curriculares necessárias à sua aprovação. O Projeto Pedagógico foi construído de acordo com as novas diretrizes curriculares do MEC, e já foi implantado com a metodologia Problem-Based Learning (PBL).

À época da implantação do curso de Medicina da UVV, no estado do Espírito Santo, existiam quatro cursos de Medicina, UFES (1961), EMESCAM (1968), UNESC Colatina (2004), e Multivix Vitória (2005), sendo apenas a UFES universidade pública e as demais faculdades privadas. Considerava-se que havia um déficit de vagas para a formação médica, e o mercado era considerado promissor para a implantação de um novo curso. A UVV é uma instituição com muitos anos de experiência (início em 16 de abril de 1974) e constituída hoje de 38 cursos superiores, sendo 31 de graduação e 7 de graduação tecnológica, cursos de pós-graduação *lato sensu* e programas de mestrado e doutorado.

O curso de Medicina da UVV é organizado por turmas semestrais de 60 alunos em período de funcionamento diurno integral, com 4 anos de formação teórico-prática e 2 anos de internato. O currículo dos 4 anos de formação teórico-prática está estruturado em unidades educacionais verticais, os Módulos Temáticos (sessões tutoriais), que duram em média 7

¹¹ Utilizamos o artigo indefinido UMA, seguindo Deleuze (2002, p. 14), que afirma que o indefinido não assinala uma indeterminação empírica, mas uma determinação do singular. “O UNO é sempre o índice de uma multiplicidade: um acontecimento, uma singularidade, uma vida...”.

semanas; e as unidades educacionais horizontais, que correm ao longo do 1º ao 4º ano letivo sendo duas unidades: Habilidades Atitudes e Comunicação (HAC) e PISEC. Os demais Componentes Curriculares são os Laboratórios Integrados (LI) e as disciplinas eletivas complementares. Ainda dispõe das conferências, consultorias, os clubes de revista, assim como as atividades de monitoria, de extensão e de pesquisa.

Os módulos temáticos (sessões tutoriais) estão organizados integrando disciplinas básicas (Anatomia, Histologia, Embriologia, Bioquímica, Fisiologia, Farmacologia, Genética, Biologia Molecular, Microbiologia, Imunologia, Parasitologia, Epidemiologia) e as disciplinas clínicas (Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Psiquiatria) em módulos integrados, como módulo de: Iniciação a Medicina baseada em evidências; Genética e Embriologia; Homeostasia; Intoxicação e Meio Ambiente; Metabolismo; Sistema Nervoso; Sistema Locomotor; Interação com o Meio Ambiente; Sistema Cardiovascular; Sistema Respiratório; Sistema Renal; Sistema Digestório; Saúde Mental e Comportamento; Dermatologia e Carcinogênese; Sistema Hematológico; Reprodução e Sexualidade; Nascimento, Crescimento e Desenvolvimento; Envelhecimento; Apresentações Clínicas.

O HAC representa o componente curricular em que os alunos praticam habilidades clínicas e de comunicação, desde o primeiro período do curso, em ambientes simulados, com aparelhagem e participação de pacientes atores. O PISEC se constitui como prática em ambientes reais das habilidades e conceitos adquiridos nos outros componentes curriculares. A proposta do curso é de integração entre os componentes curriculares, de tal maneira que o aluno discuta os casos nas sessões tutoriais, adquira as habilidades clínicas e de comunicação pertinentes aos casos discutidos no HAC e opere com esse conhecimento em situações concretas onde o PISEC atua.

A partir das entrevistas com os alunos do curso de Medicina da UVV, foi possível notar que essa integração vem sendo percebida como um caminho possível para a potencialização do processo de aprendizagem-formação. Para a Aluna 1, o curso ofertar um ambiente desde o primeiro período em que os conteúdos ministrados em sala de aula possam ser experimentados no PISEC representa um grande diferencial.

Aluna 1: Muitas coisas que a gente vê na tutoria e às vezes tem a primeira fase da tutoria, que é a construção de hipóteses, é, e, ah, isso é com conhecimento prévio, e a vivência na comunidade faz com que você tenha pelo menos uma noção daquilo pra você chegar com algum conhecimento pra tutoria e conseguir desenvolver uma hipótese. Talvez se não tivesse o PISEC, muitos conhecimentos que eu cheguei a elaborar hipóteses, eu não teria, porque influencia mesmo, entendeu? E ajuda até pro rendimento da tutoria. Então, auxilia bastante. Na tutoria e a tutoria no PISEC. Então, é uma troca, né? Não só na tutoria, no HAC também, muitas coisas que a gente aprende a gente coloca em prática no PISEC. LI nem tanto, porque é mais teórico. Uma parte complementar. A anatomia do LI a gente coloca em prática também. [...] Logo no começo do curso, a gente já começa a perder o medo de ter contato com o paciente, sente maior desenvoltura, coloca em prática o que aprende no laboratório, que é tudo mecânico, artificial, e aprendemos que adaptações possíveis na prática devem ser feitas, além de me sentir mais segura para atender ao paciente.

Ainda sobre o curso de Medicina da UVV, importante dizer que a Coordenação participa do Conselho Superior (CONSU), órgão superior deliberativo, normativo e consultivo por meio do representante dos coordenadores de curso. As Pró-Reitorias Acadêmica e Administrativa, através da Divisão de Planejamento e Ensino, se reúnem mensalmente com todos os coordenadores para tratar de assuntos acadêmicos e administrativos ligados à Coordenação e ao curso propriamente dito.

O curso de Medicina possui um colegiado cuja composição e atribuições estão definidas no Regimento. É o órgão responsável pelo planejamento, formulação, supervisão e fiscalização da execução do Projeto Pedagógico do curso. Também possui um Núcleo Docente Estruturante (NDE), no qual todas as propostas de alterações do funcionamento do curso são discutidas, analisadas e aprovadas para implantação.

Mas como se deu a implantação do curso? O movimento e a mobilização foram intensos. Formou-se um grupo de professores para a produção do Projeto Pedagógico para a implantação do curso de Medicina da UVV, que atendesse às demandas para aprovação, mas que também propusesse uma formação generalista e com a direção do SUS. O projeto foi desenhado de acordo com a orientação do MEC, que segundo seu documento estabelece

que “O curso de graduação em Medicina deve ter um Projeto Pedagógico construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem” (BRASIL, 2001a, p. 13).

As diretrizes curriculares constituem orientações para a elaboração dos currículos a serem adotados por todas as instituições de ensino superior. As diretrizes foram construídas de tal maneira a objetivar “a formação geral e específica dos egressos/profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde”. Enfatiza-se o conceito de saúde e os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2001a, p. 3).

No parecer dos conselheiros está expresso como objeto das Diretrizes Curriculares a ideia de que os currículos propostos devam construir um perfil acadêmico e profissional que capacite o futuro profissional a “atuar com qualidade, eficiência e resolutividade” no SUS (BRASIL, 2001a, p. 4).

A Resolução nº 3 (BRASIL, 2014b), que institui Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do curso de graduação em Medicina, em seu artigo 3º, estabelece que

o graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.

É nessa direção que Lampert (2000, p. 11) afirma que o “currículo é [...] um artefato social e cultural, pois se localiza no âmbito das determinações sociais, históricas e de seu contexto”.

Além de atender às demandas curriculares, o Projeto Pedagógico do curso de Medicina da UVV buscou estratégias metodológicas que contemplassem o estabelecido no documento dos conselheiros. Entendeu-se então que o Aprendizado Baseado em Problemas, o PBL, seria um caminho possível para atender ao parecer dos conselheiros, segundo o qual o curso de Medicina deveria ser organizado de tal maneira a “utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os

conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência” (BRASIL, 2001a, p. 14).

Segundo Berbel (1998), o PBL utiliza-se de um contexto clínico para o aprendizado, desenvolvendo a habilidade de trabalhar em grupo e estimulando o estudo individual. Afirma que o aluno passa a ser agente e principal responsável pelo processo de aprendizagem. Os grupos são formados com no máximo doze estudantes que se reúnem com um docente (tutor ou facilitador) duas ou três vezes por semana. O professor não "ensina" da maneira tradicional, mas facilita a discussão dos alunos, conduzindo quando necessário, como também indicando os recursos didáticos úteis para cada situação (BERBEL, 1998). Mcnamara (2010) afirma que a ideia de o aluno sair de uma posição de receptor passivo do processo de aprendizagem para uma posição ativa de construção de conhecimento é reforçada pela noção de que a compreensão requer um processo ativo de busca pela informação, que não ocorre naturalmente apenas pela leitura e escuta passiva, mas sim pela busca ativa e participativa; e o facilitador deve conduzir este processo de tal forma a orientar como o aluno deve estudar, buscar, aprender, ler, escrever, ou seja, o aluno vai aprendendo os caminhos para construção do processo de aprendizagem.

Para Marques e Carvalho (2012-2013), é a proposta de um método de ensino centrado no estudante, já que o conteúdo a ser aprendido está em constante mudança, de tal maneira que se torna fundamental que cada aluno aprenda no enfrentamento das situações problemas colocadas nos serviços de saúde. Assim, Marques e Carvalho (2012-2013) enfatizam que o objetivo da escola não deve ser a transmissão dos conteúdos, mas o preparo para a vida na sociedade moderna.

Berbel (1998) enfatiza que o funcionamento destas sessões tutoriais segue um padrão preestabelecido. A sessão tutorial inicial trabalha os conhecimentos prévios dos estudantes sobre o assunto apresentado; em seguida, os problemas são identificados e listados, formulando-se os objetivos de aprendizado. Neste momento, os estudantes vão trabalhar independentemente, buscando as informações, que serão trazidas por todos para a próxima sessão tutorial, onde serão discutidas e integradas no contexto do caso problema. Berbel (1998) frisa que os problemas utilizados são cuidadosamente elaborados por uma

Comissão, devendo haver tantos problemas quantos sejam os temas essenciais que os alunos devem estudar para cumprir o currículo.

Segundo Almeida e Batista (2013), o número de escolas que estão adotando metodologias ativas como o PBL é crescente, tanto no Brasil como no mundo. Por isso, tem sido gerador de intensas discussões, com papel central em congressos de educação médica, além de suscitar inúmeras pesquisas. Para Almeida e Batista (2013), o PBL é praticado de diversas maneiras nas IES e tem alguns componentes centrais no processo: trabalhar em pequenos grupos, ser cooperativo, ter tutores facilitadores, ser autorregulado e utilizar problemas.

O coordenador do PISEC de 2007 a 2013 expõe sua avaliação sobre o método PBL:

Eu sempre achei curioso que o que me chamava atenção nos congressos da ABEM, eles, e até hoje eu vejo isso na UVV, a tutoria como sinônimo de PBL. Então parece, eles apresentaram PBL, eu vi várias apresentações assim, simulações, de tutoria e dizendo que aquilo era o PBL. E o que a gente lia, na época, principalmente das referências internacionais, de Maastrich e de Harvard, era o que tinha, principalmente, as canadenses, né. McMaster tinha uma tentativa de cessão ambulatorial. Não é tão forte porque não tem muita tradição de Abordagem Comunitária aqui no Brasil, mas eu notava que o PBL, ensino baseado em problemas, é uma coisa mais global.

No documento do Projeto Pedagógico do curso de Medicina da UVV, define-se a metodologia do PBL como uma metodologia ativa de ensino aprendizagem, onde o estudante explora problemas educacionais trabalhando em pequenos grupos. Citam-se as escolas médicas de McMaster, no Canadá, e a de Maastricht, na Holanda, como as duas primeiras a implantar o método PBL no curso de Medicina, com seu início em 1969 (UVV, 2004, p. 23).

O método é parte do Projeto Pedagógico do curso de Medicina da UVV, definido institucionalmente e implantado desde o início, sendo obrigatória a sua utilização para os processos de aprendizado que se dão nos componentes curriculares do curso. Isto implica usar o método de maneira a potencializar suas possibilidades de atuar como processo de

ensino efetivo, alcançando os resultados esperados pela utilização do método conforme preconizado.

O entrevistado Aluno 3, do oitavo período, já é formado em Farmácia por um curso de uma instituição que utiliza o método tradicional, onde só realizou estágio no último período da faculdade. Seu depoimento comparando sua percepção do método tradicional em relação ao método PBL traz componentes interessantes para a nossa discussão, citando, inclusive, questões problemáticas a serem enfrentadas na utilização do método PBL no curso de Medicina da UVV.

Aluno 3: E o meu curso foi tradicional e é muito diferente. Não tem comparação. Eu acho que o curso tradicional, metodologia tradicional, ela acomoda mais o aluno. Você fica muito mais acomodado, você tem muito mais preguiça de estudar, muito mais preguiça de pesquisar, principalmente agora com internet. A gente não pesquisava, a gente ia pra xerox, xerocava uma aula de três anos atrás, que o professor dava, que era a mesma aula, e estudava por ali. Lógico que o que facilita assim o PBL, o que ajuda no PBL a você pesquisar, pelo menos aqui na UVV, é assim que os problemas na maioria das vezes, os professores vão substituindo os casos, vão colocando a conferência, a conferência como problema, e isso ajuda a gente ter esse tino mais de procurar, mas fica assim, assim como o método tradicional é muito professor dependente, você depende muito do professor, o PBL é muito aluno dependente, então se você sai de uma tutoria, que tem muita gente boa, o seu aprendizado deslança, agora se você sai numa tutoria, que a maioria tá mais acomodado, espera os outros pra estudar, aí você não produz nada. Então, um ponto positivo e um ponto negativo. Só que eu acho ainda que o PBL em termos de prática, vivência profissional, é muito superior ao ensino tradicional, demais. Porque você toma iniciativa, você não espera ninguém falar bem assim ah, tem que fazer isso, o que que eu faço, não, se você não souber, você vai e pesquisa, você olha, você se vira, você sabe onde buscar fonte e onde buscar fontes seguras que aquilo tá certo. [...] tem o outro problema, que é a gente vê muita (sic) mais coisas do que o método tradicional, né? Muito mais coisas importantes, mas só que o período de tempo é muito curto, é curto demais.

Agregando ao discurso do aluno 3, o Aluno 2, formado em Enfermagem, também por uma instituição que utiliza o método tradicional, hoje tendo terminado o quinto período do curso

de Medicina, compara o PBL com o método tradicional, enfatizando a diferença percebida nos alunos pelo PISEC ao iniciar suas práticas desde o primeiro período do curso, focando na autonomia proporcionada ao aluno através da confiança depositada nele pelo preceptor, reforçando a importância dessas práticas no enfrentamento do pior medo do aluno em formação: o medo de “encarar” o paciente.

Aluno 2: o curso lá que eu cursei na Universidade Federal do Espírito Santo, ele era metodologia tradicional, então o estudante era passivo, você tinha a sua carga horária de estudo diário, você sentava na sala e o professor passava todo o conteúdo e você se quisesse ou não, você ia pra casa estudar mais ou ficava na biblioteca estudando. Mas a maioria dos alunos adotava esse método de estudo em que você sentava, e o professor te passava, você aprendia e você ia estudar mais nas vésperas de provas, que é bem diferente do PBL, em que o estudante é ativo no processo de aprendizagem desde o primeiro período. A gente é ensinado como você buscar o conhecimento desde o primeiro período. Bom, o método do curso de Enfermagem é diferente do curso de Medicina nessa parte do foco, lá é mais cuidado, então a gente também aborda essa parte de campanha, saúde coletiva, de ir nas comunidades, só que no curso tradicional eu tive contato com a população na faculdade, nessa parte de estágio em unidade de saúde, no meu último ano da faculdade. Então antes eu tinha contato com a população se eu tivesse desenvolvendo projeto de extensão ou uma pesquisa, assim, extracurricular. Se eu tivesse exclusivamente cursando a faculdade na metodologia tradicional, era só no último ano no estágio obrigatório que eu tive contato com a unidade de saúde. Então, essa relação profissional-paciente, profissional-comunidade, eu pude desenvolver só no último período, o tempo que eu tinha lá pra eu poder aprender a como trabalhar em um posto de saúde. Então essa parte do desenvolvimento de como falar, como agir na comunidade, de como sentar, de como receber o paciente, foi muito mais demorado. Aí, voltando agora pra parte da Medicina, como eu disse do PBL, essa parte que te ensina a estudar, então ele te mostra que você tem que buscar o conhecimento, te mostra o que é mais importante, e foi um impacto pra mim, quando eu entrei na faculdade e no primeiro período foi informado que a gente ia ter que fazer um reconhecimento do local onde eu ia passar os seis anos de faculdade. Eu falei, gente isso aqui eu vi no meu curso de Enfermagem que eu pensava que era um curso que é mais abordado a parte do cuidado, mas estão tentando inserir isso no

curso de Medicina e é o que todos os profissionais que estão lá na prática reclamam que o médico não é humanizado, que o médico não entende o conceito de comunidade, que ele não entende o conceito de PSF, Programa Saúde da Família, eu falei assim, eu olhava assim pras pessoas, gente, eu estou aprendendo isso no primeiro período. Aí conheci a comunidade e depois a gente percorreu as ruas mesmo, entrevistou informantes-chave, fez estimativa rápida, isso tudo foi critério obrigatório pro meu, pra minha aprovação no curso de Enfermagem, feito lá no quarto ano de curso e a gente vendo isso no primeiro período, no segundo período. Aí quando veio o mapa inteligente, foi que eu falei assim, não, é brincadeira, eu liguei pros meus amigos que fizeram curso comigo, gente vocês não acreditam o que eu estou fazendo agora? O que? Eu to fazendo mapa inteligente. Não acredito. Que mundo é esse que você tá vivendo? Não, é, que aí eu explico que o PISEC é isso, que é a inserção do aluno e com essa visão que eu tive, assim, eu já sabia a importância disso já no primeiro período, só que no meu grupo do PISEC Ponta da Fruta tem pessoas muito novas, 17-18 anos, tem uma outra pessoa que também é formada, V., então ela também vê com a mesma visão que eu, sendo que ela cursou numa época do ensino tradicional, em que ela teve ainda menos contato com a população, com PSF, do que eu, ela teve menos, eu tive até mais, porque eu passei seis meses no estágio obrigatório da Enfermagem. Aí a gente começou a observar como que era melhor pra esses nossos amigos que estavam no mesmo grupo que a gente, de 17 anos, ter esse contato desde o primeiro período. Porque querendo ou não, quando não tinha atividade pra gente visitar na comunidade, a gente acompanhava o médico, você já aprendia a dar um bom dia, a pedir o paciente pra sentar, receber, se comunicar, perguntar e hoje eu estou no quinto período, que já tá meio no período em que você já faz consultas mesmo sozinho, objetivando a família, eu vejo o quanto que esses alunos que começaram indo pra o PSF, pra comunidade desde o primeiro período desenvolveram habilidade de comunicação, de saber o funcionamento, da pessoa chegar e ter um linguajar inapropriado, de questionar, de falar tirissa, e ele não ri, porque ele teve na casa dela, que ele sabe o contexto que ela tem, ele sabe porque que ela vem com bicho de pé, ele sabe porque ela vem com verme, entendeu? Ele não critica, que ele ali já consegue ver o contexto daquele paciente dentro do consultório. E assim, e eu, eu compartilho isso com a V. também, a gente fica impactado, como que é diferente, como que eles aprendem a atender, aprendem a se

portar, a se vestir na frente do paciente. Porque no meu curso, a gente ia de chinelo e bermuda até quando a gente foi se formar. E a gente aprendeu essa parte de postura profissional quase nos últimos períodos, né? E aqui não, aqui é exigido no PISEC que a gente já vai como se fosse um profissional, você vai usar jaleco, as meninas de cabelo preso, os meninos de barba feita, pelo menos, as preceptoras que eu peguei exigiram sempre muito disso da gente. Então assim, desenvolveu, além de tudo, eu acho que o principal objetivo do PISEC é mostrar a realidade pra gente, pra gente poder não sair simplesmente como um médico na entrada do consultório que não vai ver o contexto que a gente vive. E a habilidade de comunicação, de saber conversar, de saber extrair do paciente o que realmente precisa pra você tratar o paciente é uma diferença incrível que tem com o PISEC, fora que é a oportunidade de estágio que você já tem desde o primeiro período, né? Porque assim parece que acredita-se (sic) muito mais no aluno que ele pode entrar em contato com o paciente porque no meu método tradicional o professor ficava do meu lado e ele só me deixou ficar sozinho com o paciente em uma sala de consultório no último período. Aqui não, aqui o professor já deixa você acompanhar o médico, confia que você já vai ter a capacidade de associar com HAC, a capacidade de você lidar com o paciente, você não vai fazer besteira, você não vai orientar uma coisa errada, entendeu? Então isso querendo ou não desenvolve muito o aluno de Medicina. E eu vejo isso nos meus colegas. Faz você chegar em casa e buscar, eu vou saber o que é uma DST, desde já o primeiro período eu vou saber o que é uma Hanseníase, como foi feito ao longo do que a gente cursou, eu vou saber todo calendário de vacina, eu vou aprender a aplicar uma vacina, vou aprender a orientar quanto à hipertensão e diabetes, e tudo desde o primeiro período. Então assim, desenvolve muito isso, do que a gente vai praticamente trabalhar no início quando a gente se formar. Acho que o nosso primeiro emprego, da maioria dos alunos quando a gente se formar vai ser PSF. Por causa dos programas do governo, porque é fácil conseguir emprego, é escassa a mão de obra. Então assim, eu acho que o aluno que teve esse PISEC, não sei se é em todo PBL, mas o da UVV especialmente vai sair da faculdade com um diferencial, com um a mais, que se tiver uma pessoa avaliando pra poder escolher quem vai contratar, esse aluno que estudou da UVV, que teve o PISEC, que teve todas as oportunidades, um potencial a mais de poder trabalhar no PSF. Porque quando a gente sai, a gente se forma e o pior medo é você encarar o paciente.

Há algumas questões levantadas pelo Aluno 2 que nos indicam alguns desafios a serem enfrentados. O aluno aponta para um padrão de ser médico, um *layout*, uma postura profissional protocolar, quando relata a importância de estar de barba feita, de cabelo preso, o que vem na contracorrente do que buscamos: o PISEC como mudança de padrão, de uma certa maneira de ser médico, muitas vezes arrogante e prepotente, que pode impedir a construção de um espaço público na relação com o paciente. Entendemos que devido às normas de biossegurança há uma necessidade que deve ser posta pelos preceptores de que os alunos estejam de acordo: calça, blusa, jaleco, cabelos presos, sapatos fechados. Porém, não pode ser entendido como um padrão estético a ser seguido de forma indiscriminada, mero padrão indiscutível.

Uma outra questão levantada pelo Aluno 2 aborda uma perspectiva mercadológica muito presente quando nos referimos às questões de emprego. O aluno nos indica que o PISEC pode ser entendido como uma moeda de troca no mercado, mais um diferencial para uma disputa de mercado. Se apostamos em uma formação que possibilite formar um médico com um *ethos* que perspective a construção de espaços públicos no fazer em saúde, seria esse um aspecto importante da formação PISEC? Não estamos desconsiderando a importância do emprego para esses profissionais, mas outra coisa é tomar essa dimensão como relevante na formação. Eis um desafio a ser enfrentado, uma vez que posturas como essas podem dificultar a instituição de uma política de formação que potencialize uma relação lateralizada dos médicos com as outras categorias profissionais e com os seus pacientes.

As falas nos indicam, ainda, um aspecto importante advindo das práticas no PISEC: a relação dos profissionais com seus pacientes, que chamam de práticas humanizadas, de médico humanizado, ou atender de forma humanizada. É fundamental trazermos essas afirmações para o debate. Humanizar aparece como ser acolhedor, dar bom dia, ser bonzinho, atencioso. Seria esse o caminho para práticas humanizadas em saúde? Aqui entendemos humanização na direção da Política Nacional de Humanização do SUS (PNH)¹²: humanizar como afirmar protagonismo, cogestão e não infantilização do usuário; um exercício permanente de atualizar práticas de produção de saúde de forma corresponsável.

¹² A Política Nacional de Humanização (PNH) será discutida a seguir.

O que observamos nas falas é uma concepção segundo a qual humanizar tem um cunho assistencialista e humanista, que idealiza o humano, considerando um ‘bom’ humano, descolado do que se vive no trabalho.

Reforçando a importância das práticas do PISEC para o enfrentamento do medo do encontro com o paciente, através do contato precoce que o PISEC proporciona ao aluno, segue o relato da entrevistada Preceptora 1, médica de família e comunidade que enfatiza, também, que para que esse contato precoce seja efetivo neste objetivo, há uma dependência para com o preceptor e como ele coordena as práticas do PISEC.

Preceptora 1: Eu acho que é um aprendizado mais precoce. Assim, eu na minha formação, eu só fui ter encontro com o paciente quando estava no terceiro ano, ou seja, no quinto período. E aí você chega pro paciente com muito medo. Como abordar, o que fazer. Eu acho que quando eles já pegam isso no primeiro período, quando eles já chegam na formação que entram na clínica de fato e de direito, eles já estão muito mais safos e mais soltos pra poder encarar o paciente, não ter medo, não ter receio. E aí de novo, está ligado ao preceptor. Porque se é um preceptor que não bota eles no fogo precocemente, eles ainda ficam restritos. Aí eu acho que é uma perda, porque eles tem que ter contato mesmo desde o primeiro período. Eu acho que a gente não tem que travar isso. Eu acho que tem que ser objetivo cumprido, o que é que tem que ser feito em cada período, mas a gente tem que mesclar com outras coisas pra eles começarem a ver o que que eles vão viver ali na frente.

Para Almeida e Batista (2013), o PBL, como metodologia de ensino, direciona toda a organização curricular de um curso, necessitando da mobilização do corpo docente, acadêmico e administrativo da instituição.

As atuações individuais dos docentes relativas a conhecimento e treinamento na metodologia, interesse pessoal e profissional, área de formação, relação interpessoal e também dos grupos podem ser amplificadoras ou comprometedoras do potencial participativo, direcionando decisões no planejamento e na execução das atividades. É importante que o docente tenha concepção do seu real papel em propostas curriculares que utilizam metodologia ativa (ALMEIDA; BATISTA, 2013, p. 194).

Segundo Mitre *et al.* (2008), a graduação dura alguns anos, mas a atividade profissional perdurará por muito tempo, e, como os conhecimentos se transformam muito rapidamente, há a necessidade de se pensar em metodologias para uma prática de educação que forme um profissional ativo. Para os pesquisadores, o aluno deve autogerenciar e autogovernar o seu processo de formação, um indivíduo que constrói a sua própria história (MITRE *et al.*, 2008).

Mitre *et al.* (2008) enfocam as metodologias ativas de problematização, em que o docente passa a ser denominado tutor e possui o papel de facilitador no processo de ensino-aprendizagem, com o intuito de formar um cidadão crítico e criativo. Junto ao aprender a aprender, surge o aprender fazendo, vinculando o aprendizado aos cenários de prática, de tal forma que a metodologia ativa permita a articulação entre a universidade, o serviço e a comunidade, possibilitando intervenção sobre a realidade, um trabalho em equipe e valorização de todos os atores envolvidos no processo de construção coletiva dos diferentes conhecimentos.

No entanto, qual a dimensão problematizadora do método PBL no curso de Medicina da UVV? O que se entende por problematizar? Como os problemas vêm sendo colocados? O problema seria perguntar aguardando-se uma resposta à interrogação feita? Ou problematizar vislumbra produzir deslocamentos de certos lugares instituídos? O que é problematização no PBL? Utilizar metodologias ativas, como o PBL, não garante deslocamento, mas acreditamos ser possível fazer uma inflexão no PBL afirmando uma problematização no sentido atribuído por M. Foucault (2004): o que nos arranca dos modos de pensar-agir naturalizados.

Seguindo Foucault (2004, p. 232), entendemos problematização como um trabalho do pensamento, elaborando um dado em questão, transformando um conjunto de complicações e dificuldades em problemas para os quais as diversas soluções tentarão trazer uma resposta. “O pensamento é liberdade em relação àquilo que se faz, o movimento pelo qual dele nos separamos, constituímos-lo como objeto e pensamo-lo como problema”.

Para Foucault (2004), problematizar é elaborar e colocar problemas relacionados com um domínio de fatos, práticas e pensamentos sobre um determinado assunto. Prossegue

afirmando que, para que haja uma efetiva problematização pelo pensamento, é preciso que elementos decorrentes de processos sociais, econômicos ou políticos surtam efeito para além de sua função inicial de incitação, que pode perdurar por muito tempo existindo e exercendo sua ação, sem no entanto problematizar de fato o pensamento em questão. Foucault (2004, p. 232) pontua que esses fatores tornam-se incertos, perdem sua familiaridade e suscitam em torno deles certas dificuldades. E ao ultrapassarem a sua função de incitar, intervêm, não de uma forma única, mas como “uma resposta original ou específica frequentemente multiforme, às vezes contraditória em seus diferentes aspectos, para essas dificuldades, que são definidas por ele através de uma situação ou um contexto e que valem como uma questão possível”.

Na análise de Correio (2014), a problematização não deve ser compreendida unicamente como uma categoria analítica. Deve ser entendida como uma atitude, que ultrapasse os limites impostos ao pensamento, buscando uma verdadeira experimentação do pensar. Correio (2014, p. 105) conceitua, ainda, problematização como uma provocação de ruptura daquilo que pensamos, não com o intuito de reformar o nosso pensamento, mas “proporcionar uma experimentação intensiva daquilo que é o pensamento em sua singularidade”, entendendo pensar como um processo de *break-down*, de quebra de certos estados de coisa. A problematização como questões para as experimentações do pensamento; “olhar, problematizar e experimentar”, como o real trabalho sobre o pensamento (CORREIO, 2014, p. 121). Para Batista e Silva (1998), a problematização é um dos principais elementos no desencadeamento da discussão.

Encontramos, também em Kastrup (2001, p. 18), contribuições para pensarmos o sentido de problematização. A autora afirma que aprender é inventar problemas, é experiência de problematização; “a aprendizagem não começa quando reconhecemos, mas, ao contrário, quando estranhemos, problematizamos”. Tal processo, focado por Kastrup (2001), não se restringe ao plano da inteligência racional. A inteligência participa e atua no processo de aprendizagem, mas não é por sua participação que a aprendizagem como problematização de fato ocorre. Assinala que o desenvolvimento da aprendizagem inventiva “é sempre resultado da tensão entre as formas existentes, constituídas historicamente, e os abalos, as inquietações, os estranhamentos que nos afetam” (KASTRUP, 2001, p. 23). Aprender como

a problematização se efetiva quando se “desconecta as habilidades e competências do controle do comportamento e da dominação de um suposto mundo dado” (Kastrup, 2001, p. 25).

A relação ensino-aprendizagem depende de um mestre que não se furte de sua condição de aprendiz, o que é uma questão de política cognitiva. O plano de sintonia mestre-aprendiz é um campo de criação, uma zona de vizinhança, um espaço híbrido. O mecanismo não é de identificação, mas de contágio e propagação. Não há transmissão de informação, nem interação professor-aluno, mas habitação compartilhada de uma zona de neblina, a zona molecular. Neste campo indiscernível, a fronteira entre o professor e o aprendiz se desfaz. O professor não é o centro do processo ensino-aprendizagem. Situado do ponto de vista da arte, ele faz circular afetos e funciona como um atrator. Além de um emissor de signos, o professor é um atrator de afetos (KASTRUP, 2001, p. 25).

Discutindo a ideia de atrator, Kastrup (2001) pontua que o professor pode ser um atrator, mas também pode atuar como atrator um colega, ou até mesmo a própria matéria. Assinala que o professor deve atrair para a matéria e não para um saber pronto; a cada momento professor-aluno devem se abrir a vários possíveis, multiplicando fontes, ramificando, o que provoca um ponto de bifurcação, de indeterminação, não garantindo um resultado. Afirmo que não há um programa ou método de trabalho para a aprendizagem inventiva, mas sim uma política pedagógica a ser praticada. “A política da invenção consiste numa relação com o saber que não é de acumular e consumir soluções, mas de experimentar e compartilhar problematizações, e a adoção da arte como ponto de vista faz parte desta política” (KASTRUP, 2001, p. 26), o que corrobora com a aposta em uma política de formação problematizadora, na direção contrária a uma proposta de um programa para a formação do futuro médico limitado a um programa pontual.

Então, como o PBL vem sendo praticado nos diversos componentes curriculares do curso de Medicina da UVV? Que resultados estão sendo observados na prática dos alunos? Como os professores – preceptores, tutores, etc. – vêm se utilizando do método? Como os alunos vêm vivenciando o método? O método tem sido um processo efetivo de problematização?

No nosso entendimento problematizar, no método PBL, não coloca, necessariamente, o problema nessa direção. O método PBL é baseado em problemas e não em problematização. Não é o fato de ser o PBL a metodologia adotada pelo curso de Medicina da UVV que garante a problematização, e sim o modo como colocamos as questões aos

alunos frente a algumas situações. Quando um aluno questiona que alguma ação ou atividade não é papel de médico, problematizamos quando, por exemplo, indagamos de volta: Mas, afinal, quais são as funções de médico? O que é Medicina para você? Em alguns momentos o PBL apenas formula perguntas para serem respondidas pelos alunos, sem no entanto provocar intervenções na postura e no pensamento dos mesmos. Acreditamos que, para o processo de formação, é importante problematizar a função do médico e a própria Medicina.

As sessões tutoriais, muitas vezes, colocam o aluno na posição de só responder às perguntas que o professor preparou anteriormente. Deleuze (1999, p. 9), em seu livro *Bergsonismo*, afirma que o professor, ao “dar” os problemas, cabendo ao aluno apenas a tarefa de descobrir a solução, mantém uma relação de *escravidão*. “A verdadeira liberdade está em um poder de decisão, de constituição dos próprios problemas: esse poder [...] implica tanto o esvaecimento de falsos problemas¹³ quanto o surgimento criador de verdadeiros”. Quando o professor fornece o problema ao aluno podemos dizer que essa metodologia não apresenta nenhum aspecto ativo, e sim de passividade, uma situação criada pelo professor, passada ao aluno para pesquisar e apresentar, sem nenhum aspecto de problematização de fato. Por outro lado, o professor pode trabalhar um problema no sentido de conectar ao plano da experiência, assim como um problema experimentado, em uma situação vivenciada no campo, que percorre o plano dos afetos e percorre o corpo.

Durante entrevista, o coordenador do PISEC de 2007 a 2013 aborda alguns problemas reais e nos mostra como vêm sendo tratado nas universidades canadenses.

Coordenador do PISEC de 2007 a 2013: Então, um dos textos que vi na época, [...], é que todo estudante de medicina nas universidades canadenses, eles recebiam, entre aspas, uma missão. Por exemplo, eu acho que é esse exemplo: Então assim, um aluno, no primeiro período, ele ia atuar numa comunidade que tinha muito imigrante. E os imigrantes tinham problemas cardíacos e precisavam colocar válvula artificial, então ele tinha que ajudar a solucionar aquele problema. E o acesso era difícil. Então ele se envolvia de tal modo que,

¹³Para Bergson, os falsos problemas são de dois tipos: “problemas inexistentes”, que assim se definem porque seus próprios termos implicam uma confusão entre o “mais” e o “menos”; “problemas mal colocados”, que assim se definem porque seus termos representam mistos mal analisados (DELEUZE, 1999, P. 10).

ele, vamos dizer assim, tinha um prazo para resolver isso, né. Pra se envolver... não resolver o problema, mas achar caminhos praquele problema. Eu achava muita coisa muito interessante. Então assim, que é a ideia do PBL, ensino baseado em problemas. E não eram problemas artificiais, eram reais.

Esse depoimento nos mostra que os problemas reais nos indagam o tempo todo. A própria experimentação concreta dos desafios que os processos de trabalho nos impõem se faz como problematização do modos protocolares de trabalhar em saúde. As USFs são um rico cenário a nos indagar, nos tirando violentamente de alguns cômodos lugares.

Assim, perspectivando um ensino com direção problematizadora, a partir de metodologias ativas, entendemos a importância de realização do ensino nos ambientes reais onde se dá a assistência à saúde no SUS, através da implantação de estratégias de articulação serviço, ensino e comunidade. Nessa proposta, como as atividades se dão na comunidade, acreditamos na possibilidade de contribuir para um deslocamento que possa tirar o aluno de um certo lugar padronizado do que é ser médico. Sabemos que tal deslocamento depende de uma diversidade de fatores, mas entendemos que a prática nas comunidades é um movimento importante nessa direção, uma possibilidade de contribuir para esse deslocamento.

O coordenador do PISEC de 2007 a 2013 discute alguns modelos de interação e os resultados que a literatura aborda a partir desta experiência: “melhora do desempenho, além de despertar a curiosidade”.

Coordenador do PISEC de 2007 a 2013: Na China, eles colocam o aluno, como atividade acadêmica, atender catástrofe. Ele vai e o preceptor dele, o tutor, é o médico que tá atendendo as catástrofes lá, não é o professor. Ele vai naquela comunidade e aquele médico tá autorizado a preceptorar o aluno... Isso melhora o rendimento. E eles falaram o seguinte: o risco pra eles é o aluno não querer estudar mais os fundamentos da medicina, ele vai ver assim: Bom, agora eu tenho uma atividade prática, deu febre ele dá o remédio. Então ele deve saber porque que esse remédio funciona. Eu sei que ele funciona... É, então isso pode ser no início, né, mas os professores se preocupavam muito... isso em vários países, né, na Inglaterra, nas áreas rurais, na Austrália, até nos Estados Unidos. Existe

muita preocupação, a crítica a esse modelo, ah, o aluno não vai querer estudar mais. Ele vai ver assim: bom, tem hipertensão dá hidroclorotiazida, tem febre, dipirona. Aqui é paracetamol, nos Estados Unidos é dipirona. Então o aluno não vai querer estudar. Mas é o contrário, o resultado que eles têm observado é que melhora o desempenho acadêmico do aluno, porque desperta a curiosidade.

Desta maneira, foram criados programas de articulação serviço, ensino e comunidade, em vários formatos, dentro das faculdades de Medicina, em todo o território nacional, como forma de propiciar ao aluno um contato ‘precoce’ com o sistema de saúde público brasileiro, o SUS, através de programas de estágios em que os alunos participam da dinâmica das USFs do município em que a faculdade está implantada. Acredita-se que este contato em pequenos grupos dos preceptores com os alunos de graduação, em continuidade por um longo período de tempo, possibilita um redirecionamento no processo de formação, tornando-os mais sensíveis aos movimentos locais. Neste sentido, como o PISEC tem trabalhado? Temos conseguido constituir um efetivo quadro de questões a partir do concreto das experiências dos serviços? Lembremos sempre: os problemas não estão prontos, eles emergem no cotidiano dos processos de trabalho, da experimentação, da experiência vivenciada em campo.

Entendemos, portanto, que esse movimento do MEC em levar os alunos para os serviços, mudando os cenários de práticas, para possibilitar a produção de habilidades e competências pela experimentação do mundo do trabalho, por si só, não muda, não produz efeitos na formação como estamos indicando, podendo apenas atingir objetivos de uma experiência para desenvolvimento de habilidades e competências, sem provocar a experimentação problematizadora do mundo do trabalho, gerando uma formação em que a instituição de espaço público seja privilegiada.

O coordenador do PISEC de 2007 a 2013 questiona essa obrigatoriedade da inserção dos alunos nos serviços e o quanto esse movimento seria mais efetivo se tivesse sido construído em conjunto sem essa imposição.

Coordenador do PISEC de 2007 a 2013: Na universidade tem que fazer inovação, não só nas faculdades, só nos mestrados. Então por que que não faz, né? Se burocratizaram tanto

e não tem coragem pra fazer essa mudança? Isso não cabe a mim questionar, mas eu acho que, agora, vai ser de uma maneira compulsória. É obrigatório ter o aluno inserido no serviço. Isso traz também uma série de problemas porque tudo que é obrigatório..., isso poderia ter sido negociado de uma maneira mais inteligente, mais bem informada, né. Mas enfim, é o nosso país, é o nosso contexto, né.

No parecer dos conselheiros (BRASIL, 2001a, p. 14), a estrutura do curso de graduação em Medicina deve

inserir o aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional; utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional; propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato; vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS.

Segundo o documento do MEC, no capítulo III, artigo 29, inciso VI, a estrutura do curso de Medicina deve inserir os alunos nas redes de serviços de saúde como espaços de aprendizagem, desde o início do curso, baseando-se no conceito ampliado de saúde, afirmando que todos os cenários em que há produção de saúde devem ser considerados ambientes relevantes ao aprendizado (BRASIL, 2014b).

Baños, Sentí e Miralles (2011) enfatizam que este contato precoce é justificado pelo fato de que através destes programas os futuros médicos conhecerão os ambientes de atividades clínicas, os complexos processos que norteiam a relação médico-paciente, as técnicas de comunicação e os condicionantes sociais que modelam as enfermidades, entre outros aspectos. Ademais, os autores acreditam que a experiência precoce poderia orientar os planos de estudo de Medicina direcionando-os para o contexto social da prática médica (BAÑOS; SENTÍ; MIRALLES, 2011).

Com todos os desafios encontrados, consideramos que, sobre o Projeto Pedagógico do curso de Medicina da UVV, a parceria nos serviços de saúde com a comunidade tem contribuído para abrir o mundo da academia ao mundo da prestação de assistência à saúde. “A mudança do processo de formação depende da mudança da prática profissional, que por

sua vez depende da mudança do modelo de atenção e do papel dos vários sujeitos na produção da saúde”. Ainda consta no projeto que a prática nos serviços e na comunidade desde o início e ao longo de todo o curso é fundamental na construção ativa do conhecimento (UVV, 2004, p. 24), entendendo comunidade, neste sentido, como o campo de prática da ESF.

Antes de descrever o funcionamento do PISEC, componente curricular do curso de Medicina da UVV onde se dá a prática das atividades nos serviços, gostaríamos de abordar uma questão importante. O PISEC é denominado Programa de Interação Serviço, Ensino e Comunidade. Em sua nomenclatura, consta a palavra programa, mas estamos a todo momento afirmando a aposta em uma política de formação, e, ainda, apostamos que esta política possa ocorrer através do PISEC. Assim, consideramos relevante nesse debate uma discussão sobre as diferenças entre programa e política¹⁴.

Um programa tem início e fim, enquanto uma política é transversal, implica em articulação, possui princípios e diretrizes, pretende afirmar um *ethos*. Uma política é muito mais que um programa, é uma aposta. E nossa aposta é instituir uma política de formação, não um programa a ser aplicado, mas um modo de operar, que possibilite trazer o médico em posição de lateralidade com os outros profissionais, com os usuários, quebrando o lugar hierárquico do saber médico que o tem definido.

No âmbito da discussão entre programa e política, temos uma contribuição importante produzida no debate da Política Nacional de Humanização, a PNH, que, ao se afirmar como política pública, busca atravessar e transversalizar as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS (BRASIL, 2010a).

¹⁴ Importante pontuar que não estamos desconsiderando a relevância de muitos programas existentes no SUS que produzem efeitos importantes nas práticas em saúde no Brasil, que se afirmam a partir de uma postura, um *ethos* político importante, como o Programa Nacional de Imunização, o Programa da Saúde da Mulher, o Programa de Saúde Mental, o Programa DST/AIDS, entre outros. Optamos por discutir essa diferença entre programa e política de acordo com a PNH para enfatizar nossas preocupações com programas que não estão marcados com essa dimensão de constituição de espaços públicos, pautados numa perspectiva transversal. Sem dúvida esse é um debate que deve considerar as circunstâncias de constituição dos programas.

Para Campos (2007), a PNH – o HumanizaSUS – demonstra ser possível fazer política e gestão de maneira interativa, através do apoio institucional, difundindo e debatendo novos conceitos, contrapondo a tradição verticalista e autoritária da saúde pública. Campos (2007, p. 12) lembra que há uma tendência contemporânea em “coisificar as coisas” e “desumanizar a vida social”, e que a ideia de uma política que aborde a humanização vem com o intuito de “recolocar o ser humano como fator decisivo na tomada de decisão cotidiana”, lidando com “pessoas concretas em situações reais” (CAMPOS, 2007, p. 13).

No início de 2003, o MS priorizou um debate acerca do tema humanização como fundamental para as políticas públicas de saúde. Discutiui-se acerca de conceitos e práticas nomeadas como humanizadas, uma vez que, por parte de gestores e de profissionais, tais práticas eram identificadas como movimentos religiosos, filantrópicos ou paternalistas; existiam projetos, atividades e propostas, mas todas com caráter fragmentado e separado com baixa transversalidade e um modo vertical de organização; um duplo problema era identificado: a banalização do tema e a fragmentação das suas práticas (BENEVIDES DE BARROS; PASSOS, 2005).

Estavam postos os desafios: a necessidade de redefinição do conceito de humanização e dos modos de construção de uma política pública e transversal de humanização da/na saúde. Diante disto, a Secretaria Executiva do MS, liderada por Gastão Wagner de Sousa Campos, propôs a criação da PNH, que afirmaria a saúde como valor de uso, dando ênfase no vínculo com os usuários e garantindo os seus direitos, estimulando protagonismo de atores do sistema de saúde pelo controle social e pelo fomento de mecanismos de cogestão; criando uma rede comprometida com a defesa da vida, uma rede humanizada, construindo solidariamente laços de cidadania (BENEVIDES DE BARROS; PASSOS, 2005).

Humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS se apresentava como meio para a qualificação das práticas de saúde: acesso com acolhimento; atenção integral e equânime com responsabilização e vínculo; valorização dos trabalhadores e usuários com avanço na democratização da gestão e no controle social participativo (BENEVIDES DE BARROS; PASSOS, 2005, p. 563).

Assim, humanizar as práticas de atenção e de gestão no âmbito da saúde foi “levar em conta a humanidade como força coletiva que impulsiona e direciona o movimento das políticas públicas” (BENEVIDES DE BARROS; PASSOS, 2005, p. 570).

Nesse cenário, o debate sobre políticas versus programas ganhou força. Segundo a cartilha da PNH, que aborda a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS (BRASIL, 2004a), um programa afirma as relações verticais, onde se estabelecem as normas a serem aplicadas e operacionalizadas, burocraticamente, descontextualizadas, pautadas muitas vezes em indicadores e metas a serem cumpridos, distantes de uma assistência de qualidade e resolutiva.

Segundo o documento base para gestores e trabalhadores do SUS acerca do HumanizaSUS, publicado pelo MS (BRASIL, 2010a, p. 21-22), os princípios que norteiam a PNH que nos parecem importantes para a nossa discussão de uma política de formação que prioriza o espaço público são: 1) valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.); 2) fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade; 3) apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; 4) construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS; 5) corresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e de atenção; 6) fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; 7) compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente.

A PNH (BRASIL, 2004a, p. 7) afirma, então, que “Humanização, como uma política transversal, supõe necessariamente que sejam ultrapassadas as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde”. Assim, como política, deve operar com princípios e modos de gerir as relações entre profissionais e usuários e entre os profissionais, nos diversos serviços de saúde do SUS (BRASIL, 2004a). É essa direção que entendemos ser necessário imprimir no PISEC: uma

política de formação para o estudante de Medicina que tem como princípio a constituição de espaços públicos no exercício da profissão.

Perseguindo esse objetivo o componente curricular PISEC do curso de Medicina da UVV realiza suas atividades em sete USFs do município de Vila Velha, a saber, Vila Nova, Jardim Colorado, Araçás, Ibes, Ulisses Guimarães, Barra do Jucu e Ponta da Fruta.

Uma USF, devido à territorialização e o cadastro das famílias, possibilita conhecer melhor os usuários e suas famílias, seus estilos de vida, os recursos de saneamento básico e de infraestrutura do território em que habitam, as características socioeconômicas e o perfil epidemiológico da comunidade (JUNQUERIA, 2010). Dificuldades e limitações das USFs são uma dimensão importante no processo de aprendizagem, uma vez que possibilita ao aluno a vivência e o conhecimento da realidade, criando espaços de trocas de saberes, modos de ser e de ver o mundo, entre todos os envolvidos, profissionais dos serviços, docentes, usuários e alunos (PICCINI; FACCHINI; SANTOS, 2000).

É por meio das práticas nessas USFs que temos defendido a construção dos espaços públicos. O trabalho com a comunidade é uma estratégia fundamental na produção desse *ethos*. A Aluna 1, do terceiro período, declara o quanto considera esse trabalho importante para a atuação médica.

Aluna 1: Logo no primeiro período, a gente começa a ter um contato muito importante com a comunidade. Você começa a conhecer o lugar em que aquela comunidade vive. Então, isso já te direciona um pouco no relacionamento, no contato que você vai ter com aquela comunidade na própria unidade de saúde. Então, por exemplo, você tá, é, chega um paciente muitas vezes com uma, algum problema respiratório, pelas entrevistas que a gente faz no primeiro período, a gente sabe que aquele ambiente que a pessoa vive, o problema com o asfaltamento, que você conheceu aquele ambiente, que você conheceu no primeiro período, influenciou pra pessoa estar daquele jeito, é uma das hipóteses pra você chegar a um diagnóstico. Então, conhecer a comunidade, as, o ambiente que esta ao redor da comunidade, o nível de escolaridade dos usuários da unidade de saúde, são essenciais também pra forma que você, nos períodos a frente, vai lidando com essa população na unidade de saúde.

Discutindo esse contato “precoce”, o Aluno 3, do oitavo período, que já traz componentes para a discussão de uma visão de quem já cursou os quatro anos de PISEC, relata sua percepção acerca deste contato com a comunidade e do início do curso, do início das idas à comunidade, à USF, enfatizando o laço, o vínculo gratificante que é criado entre os estudantes e os usuários atendidos por eles.

Aluno 3: Quando você vai logo no começo pra unidade de saúde, logo no começo você acha chato, todo mundo acha chato, de ter que fazer aqueles negócios com agente de saúde e acaba que a gente não entende direito o porque daquilo. Quando a gente chega lá na frente, lá no, quando a gente começa a atender de manhã, aí você começa a ter uma visão porque que você viu aquilo tudo [...], quando você começa a atender mesmo o paciente de manhã, fazer as consultas e tal, isso tem um peso muito grande. Porque se começa a vir assim, você vê o paciente do quinto período até o oitavo, né praticamente, são dois anos, atendendo a mesma microárea, você acaba até tendo um laço com o paciente, aí ele volta, às vezes, você tá chegando ele tá lá embaixo, ah, doutor, quero, vocês estão aqui hoje, queria ver isso, isso e isso, e isso é gratificante, pro estudante, isso dá um, o paciente volta, quando volta agradece, pô literalmente não tem nada que pague, porque a gente vai de graça pra aprender. Mas isso dá uma satisfação tão grande pra gente e isso vai marcando e isso vai servindo também pra gente nas matérias, que a gente tem, né?

Concordando com o exposto pelo Aluno 3, o Aluno 2 do quinto período afirma em sua entrevista que “antes quando a gente entrou no primeiro período, ai que saco, tem que ir pra unidade de saúde, tem que andar no sol, e hoje a gente vê o PISEC como um medo de perder. [...] A gente já consegue enxergar o PISEC como sendo uma parte fundamental da nossa graduação”.

Essa percepção pelo aluno também foi citada pela entrevistada Profissional 1, enfermeira e coordenadora da USF de Barra do Jucu, que acompanha as práticas do PISEC há sete anos. Para ela a visão do aluno do primeiro período vai se modificando ao longo dos semestres em que atua na unidade com o seu preceptor e colegas, de tal maneira que o próprio entendimento acerca da Saúde Coletiva vai sendo construído. É bem verdade, concordando com a Profissional 1, que nem todos serão tocados por essa experiência da mesma maneira, mas, para a prática futura, sendo especialista ou médico de família e comunidade, atuando

no serviço público ou privado, intencionamos formar médicos a partir de uma política de formação que ultrapasse fronteiras dos núcleos de saber/poder, uma política que possa gerir as relações entre os diversos atores de maneira a colocá-los lado a lado.

Profissional 1: o aluno do primeiro período é difícil porque ele não tem, ele está chegando agora, aluno novo, mas quando eles vão subindo de período eles já criam essa interação, mas que a própria disciplina já vem colocando isso para eles desde o primeiro momento que eles chegam na faculdade e vem para a unidade. Então assim a inserção deles num ambiente de trabalho é associar o que eles têm de teoria para a prática para eles vivenciarem de fato como que é, eu acho que isso vai influenciar sim para essa questão. Só que muitos desde o primeiro período tendo contato com a família e aí no momento que você vai para fazer uma visita e você coloca para fazer determinado assunto ou grupo que seja tem alguns que não estão inseridos totalmente no contexto em Medicina de família, muitos remetem à visão de ser um especialista, isso aqui não é para mim, estou aqui porque faz parte da disciplina e é obrigatório e eu tenho que cumprir. Mas assim eu creio que pelo menos alguns a gente consegue remeter para a saúde da família porque isso nem é por culpa deles é porque eu acho que o próprio mercado ele não valoriza o profissional da atenção assim, eu falo da atenção básica porque eu acho que é onde surge tudo e a sociedade em si não valoriza os profissionais da atenção básica porque acha que é básico, vai fazer ali o café com leite pronto acabou então eu vou valorizar mais aquele que se especializou e que fez aquilo e sabe mais assim e tal. Mas na verdade pela gente ser a porta de entrada e se a gente não souber lidar com todas as situações das demandas esse paciente não pode chegar nem do lado do especialista e de repente muitos entram com essa visão assim eu estou vindo aqui porque faz parte da disciplina, do cronograma, mas não é isso que eu quero e ao final dos quatro anos que ele passa aqui ele já sai com uma outra visão o quanto foi importante passar por esse período, o quanto que eu aprendi, o quanto é bom trabalhar em equipe e o quanto é bom ser resolutivo para aquele usuário, para aquela família, para aquela sociedade.

Em roda de conversa com quatro ACSs da USF de Barra do Jucu, elas descreveram as suas percepções acerca da inserção dos grupos de PISEC na USF, os pontos positivos e negativos, o início e a evolução apresentada no decorrer dos períodos em que vão

realizando as práticas do PISEC. Assim como afirmaram que percebem que os alunos criam vínculo com os ACSs, que os consideram a porta de entrada para eles, pois o 1º período é com eles que começam a conviver e passam a respeitar-lhes e à sua importância na equipe.

ACS 4 (8 anos no serviço): Acho ponto positivo porque eles chegam assim doido pra fazer alguma coisa pra tipo pegar mesmo, como é que é isso, como é que é aquilo, como é que mede essa criança, por que que pesa, eles têm interesse, ponto positivo. O ponto negativo às vezes vem uma turma muito grande e nem todo mundo absorve, tem alguns que ficam parados só olhando, não sei se tá prestando atenção e vai fazer um, depois tem que fazer relatório não é? [...] Uma turma muito grande acontece da gente ficar assim, a gente vê que tem uns que ficam mais recolhidos, mas assim, fica mais de fora mas muitos se envolvem, mas quando a turma é grande assim de 10, 12 alunos aí é até pra nós que nós estamos na puericultura ficam aquele monte assim, a gente fica até meio perdido e eles também ficam perdidos, porque tem coisa pra fazer mas não conseguem absorver, eu acho esses pontos.

ACS 3 (quase 8 anos no serviço): eu acho que na visita domiciliar eles ficam às vezes até decepcionados porque estão querendo fazer alguma coisa mas só podem conversar com a pessoa, não tem experiência né mas eles gostam, tem interesse, muito interesse em ajudar tanto a gente como ajudar o paciente, mas nem sempre eles ali, por exemplo às vezes chegam lá e a pessoa é um hipertenso, mas eles não tem, não podem fazer, aferir a pressão, né, não tem ainda no início né, logo quando na primeira turma, mas o que dá pra perceber que eles tem um interesse total no assunto, na comunidade, nos problemas das famílias e eles ficam bem deslumbrados com isso. É os alunos dos 1º períodos eles ainda estão meio perdidos e não sabem é não sabem como agir, dependem muito da gente. É e dentro da unidade eles também, eles tudo o que eles precisam eles recorrem à gente, é como se tivesse assim é, não é vergonha, ou alguma coisa assim que impedisse de ir ao funcionário, à gerência, ir na sala da gerência, então tudo eles procuram perguntar à gente, e esse prontuário aqui? Onde é que eu pego esse prontuário? Somos o elo deles. É isso mesmo que eles sentem, né, eles têm respeito.

ACS 1 (11 anos e 2 meses no serviço): Os alunos do primeiro período, eles são mais pra observar. Como é o funcionamento do trabalho da gente como a gente encara o nosso

trabalho, a família que a gente recebe pra tá é informando eles o que que a gente faz, o que a gente pergunta na casa, qual nosso objetivo dentro da casa, eles vão só colhendo as informações e vêm crescendo com isso.

Interessa-nos, ainda, a partir da fala do Aluno 3, demonstrar a potencialidade de formar médicos nessa direção, enfatizando a relação médico-paciente, em que o médico não se encontra em posição de superioridade, não detentor do poder e do saber, mas em uma relação lateral entre eles.

Aluno 3: Eu acho assim, uma parte assim que eu vejo do PISEC até eu acho que por ter mais maturidade e sou mais velho, é ver os meninos e as meninas mais novos interagindo com pessoas que não dependem deles pra nada, e que na verdade eles dependem das pessoas, por exemplo, de uma enfermeira, de uma agente de saúde, de uma mulher que está agendando consulta, então vê às vezes assim que seriam pessoas que normalmente, se você não tivesse assim convivência desde o começo, você ia chegar lá como médica, tupetão, não ia falar nem bom dia, nem boa tarde, eu sou médica, eu quero e tem que fazer e acabou. Então esse convívio desde cedo como aluno, faz essa relação ser uma relação mais harmônica, uma relação menos autoritária, hierárquica, prepotente, arrogante.

Essa relação médico-paciente é descrita pelo Aluno 2, a partir de uma situação vivenciada por ele e o seu grupo de PISEC, em que o comprometimento do aluno com o paciente, pela criação de um vínculo e de uma correponsabilidade pelo cuidado de sua saúde, demonstra que o PISEC e suas práticas podem ser um meio de fortalecer essa postura não arrogante e hierárquica.

Aluno 2: Dando um depoimento não só meu, mas da V., a gente atendeu antes das últimas provas do final do ano uma paciente que tinha feito cirurgia bariátrica e aparentava ter uma anemia crônica e a gente solicitou os exames pra ela e depois quando a minha colega que atendeu ela no dia soube que a gente não ia voltar mais na unidade, ela entrou em desespero, porque ela não ia ter como acompanhar ela quando os resultados chegassem, entendeu? Ela falou, meu Deus, mas eu preciso saber do resultado dos exames, preciso ver se a paciente está mesmo com anemia, orientar, aí eu paro e olho assim, meu Deus, quinto período, o cara já tá tendo compromisso do que é ser médico, o que é ser um profissional

de saúde, tá vendo que tem que ser continuada, então ele aprendeu muito bem do início, porque ele sabe que ela tem muita necessidade, sabe o que fazer, e sabe que ele tem que continuar tratando ela, né? E ele já se prendeu naquela coisa do PSF, que não é aquilo de atender ela um dia e mandar ela embora, você quer ver aquele paciente de novo, né? Aí a professora falou, calma, você ainda tem mais um ano todo lá, e tem outros médicos pra atenderem ela lá naquele momento, aí ela: não, mas eu queria ver o resultado do exame dela porque eu que vi que ela tava com anemia. Aí o professor tranquiliza a gente e diz que a gente ainda vai ter muito tempo na unidade pra poder ver esse paciente. Então assim, são uns exemplos que a gente tem do que o PISEC é pros estudantes de Medicina da UVV e de quão diferente foi da minha primeira graduação.

Em roda de conversa com as ACSs da USF de Barra do Jucu, discutindo acerca da relação dos alunos com os serviços, enfatizaram o vínculo que o aluno cria com os usuários através das práticas do PISEC, sensibilizando-o. A forma como os alunos conduzem a relação com os usuários não é forçada, se automatiza, transformando-se de um prestador de serviço da saúde para um promotor de vida digna, lidando com uma pessoa, um ser humano, tratando vida, e não a doença que o usuário pode apresentar no momento do encontro usuário-aluno. E, ainda, trazem esse aspecto a partir de algumas intervenções importantes nas práticas dos serviços integradas às práticas do PISEC.

ACS 3 (quase 8 anos no serviço): Acaba sensibilizando, né, porque já teve caso de o estudante mesmo focar, desviar um pouquinho da paciente, focou na cuidadora. Então isso aí, ao longo do tempo, ele vai aprendendo, aí ele ficou tipo assim especialista em cuidador, ele já estava com três famílias tratando das cuidadoras, né, inclusive uma que é muito fechada e um dia ela assim com ele, ela desabou, chorou, chorou, e chorou e contou todos os problemas que ela estava tendo relacionada (sic) com a doença da mãe, né, e ele a gente via que ele foi extraindo isso com a experiência que ele foi adquirindo, ele já estava no final, foi experiência que ele veio passando que a gente foi percebendo aqui desde o 1º período, 2º período, e a gente via o crescimento, a gente viu o crescimento do aluno aqui.

ACS 2 (2 anos e 6 meses no serviço): É verdade, eu tenho uma experiência que eu achei muito muito legal, né; eu tenho uma paciente que, independente da classe social, nós entramos na casa de ricos e pobres, às vezes de extrema pobreza, mas pessoa de classe

elevada também, então tinha uma programação aqui e eu chamei essa paciente, por ela ser hipertensa que ela participasse dessa programação que tinha aqui, né, com os alunos, né, professora W. estava com os alunos aqui e ela estava com problema na garganta, uns caroços, ela estava desesperada; no primeiro diagnóstico o médico falou assim (foi no consultório particular): ah, é câncer, vou olhar e já vou dizer, tenho mais de 20 e tantos anos de profissão, é câncer e tal, tal, tal. Aí a mulher já chegou já quase querendo se suicidar, então muito pra baixo e tal, aí a gente conversando, aí eu falei pra ela vir aqui, ela muito chorosa e o marido não aceitou aquele diagnóstico, aí ela veio aqui, aí convidei vamos lá, tal, aí ela veio, quando ela chegou aqui, os alunos começaram a conversar com ela e começaram a perguntar, ela começou a desabafar, ela ficou toda feliz, mas a professora W., aí começaram a conversar, viu os exames e foi na casa dela e buscou os exames, trouxe e ela ficou assim, encantada com o atendimento do SUS, dos alunos, aí levaram para o PA para ver se a equipe tinha como fazer a cirurgia só que aqui no estado essa cirurgia é muito difícil, mesmo ela tendo plano de saúde, e pelo SUS também é demorado demais, mas não foi câncer, não foi uma coisa, tão assim, ela foi pro Albert Einstein, tá chegando agora, ela liga pra mim, eu ligo pra ela pra saber como ela tá, mas ela ficou assim super, aquilo que o médico havia dito aquele espanto, aquilo tudo, sabe, caiu por terra, quando ela foi, quando ela chegou aqui que ela viu que não era daquela forma como a Dra. explicou, os alunos e o cuidado, pegaram e tocavam nela, sabe, e abraçaram, isso seria diferente.

ACS 3 (quase 8 anos de serviço): Sabe, isso faz parte, isso é bom, porque a gente vê no consultório, né, médicos tão secos, tão duros, já conhece tudo igual. Ele falou eu já sei, é câncer, já imaginou uma pessoa chega lá, eu tô com um caroço, tô com uma íngua e o médico olha pra você e fala, não sei quantos anos e já é câncer? Como é que fica a cabeça dessa pessoa? Né. Então aqui não, aqui ela foi acolhida, aí depois ela veio, descobriu que ela podia, né, eu já falava com ela, mas aí o médico fez a receita do remédio, foi tão importante ela pegar aquele remédio na farmácia, ela falou nossa, que legal poder pegar os remédios aqui na farmácia e eu tenho plano de saúde, eu não precisava ter de comprar o remédio que eu uso, que tem aqui, eu falei sempre tem, kkkk, né, mas assim quando ela rompeu a barreira de vir e quando ela chegou aqui foi muito bem recebida, né, procuraram fazer o melhor, mostrar o melhor, conquistou, conquista, né.

ACS 2 (2 anos e 6 meses no serviço): Eu falo por experiência; um dia eu estava no HIPERDIA, foi logo depois de dois ou quase três meses que eu tinha perdido meu marido, tinha falecido, e aí eu estava com a pressão um pouco alta e naquele dia, coincidiu, era até a turma do Dr. E. que foi lá, coincidiu eles ali conversaram comigo né, eu chorei, desabafei, eles aferiram a pressão, examinaram com todo carinho, sabe, me deram conselhos, e foi tudo bom, aquilo fez tão tão bem, sabe. Isso é importante, né, o olhar, o contato, o ouvir, né, falar coisas boas, a mesma coisa, nosso trabalho na comunidade, às vezes a gente chega na casa dos pacientes, né, a gente pede pra sair, eles não deixam, porque às vezes a gente é um pouco psicólogo, um pouco de médico, um pouco de tudo, que eles querem conversar, eles querem alguém pra desabafar, querem ouvir de você mas também conversar, desabafar, eles confiam, não têm ninguém, isso é muito importante, aí você fica assim, poxa fiz algo de bom nesse dia, né, ouvir uma pessoa.

O PISEC conta, atualmente, com aproximadamente 480 alunos de graduação e 25 professores/preceptores. O componente curricular PISEC funciona como um módulo horizontal que perpassa desde o primeiro até o oitavo períodos. Do primeiro ao quarto períodos, os grupos de alunos com os seus respectivos preceptores vão para os campos de estágio no turno vespertino e seus preceptores são médicos e de outras categorias profissionais, como odontólogos, assistentes sociais, psicólogos e enfermeiros. Do quinto ao oitavo períodos, os alunos contam com a preceptoria de médicos apenas, pois há a demanda pelo saber técnico específico do médico, e ocorre no turno matutino.

Pontuamos a percepção do entrevistado Aluno 2, do quinto período, acerca do que consta do Projeto Pedagógico de os preceptores dos períodos iniciais apresentarem formação em outros cursos, não sendo médicos.

Aluno 2: Porque é incrível você perceber a diferença, tem preceptores médicos também que fazem parte do primeiro período, mas as atividades desenvolvidas pelo preceptor que não é médico atingem muito mais os objetivos do módulo, porque, vou dar um exemplo, um enfermeiro, no caso minha preceptora que foi dentista, ele procura cumprir tudo que é isso que você acabou de falar, da gente enxergar o PSF como um todo, entendeu? Então ele se dispõe, os meus preceptores se dispuseram muito mais a ir na comunidade, andar com a gente, sei lá, manteve uma relação mais assim de perto, não sei se porque foi a vivência

deles na profissão deles. Teve grupos do meu PISEC que tinham preceptores médicos que não iam acompanhar o aluno, então eles não fizeram estimativa rápida, não conheceram a comunidade, meio que foi uma coisa assim vista em prontuário, não foi uma coisa que nem eu tive preceptores enfermeiros, dentistas, que entendiam muito mais, acho que a formação deles também favoreceu isso, a necessidade da gente ir pra comunidade, da gente ir visitar família, da gente ir, seguir mesmo os objetivos.

Neste mesmo sentido, a entrevistada Preceptora 1, médica de família e comunidade, professora do PISEC há cinco anos, traz aspectos importantes nesta discussão acerca da formação dos preceptores que atuam nas práticas do PISEC, relatando sua própria experiência enquanto processo de formação e as outras categorias profissionais.

Preceptora 1: eu acho que as relações são muito diferentes, dos períodos iniciais, do primeiro ao quarto períodos, das relações que são criadas e dos vínculos que são criados do quinto ao oitavo períodos. Como até o período passado eu ia até o oitavo período com a turma, eu acho que são relações muito distintas. Primeiro porque do primeiro ao quarto períodos a gente tem diversas especialidades e eu acho que isso dá uma visão muito mais global pros alunos. Se fosse uma formação só médica, apesar de ser médica, é, eu acho que eles ficariam deficientes em ter outras visões. Por que que eu tô falando isso? Na verdade, eu vou voltar mais pra trás [...]. O meu maior aprendizado enquanto médica de família foi com outros setores que não médicos. Quem me ensinou tudo de medicina de família não foi médico, foram dois enfermeiros, que hoje trabalham no Canadá. Quando eu fui pros Médicos Sem Fronteira, foi outra grande bagagem que eu tive, porque me chamaram para começar um trabalho que viraria uma unidade de Estratégia Saúde da Família. Com a experiência que eu tinha, era importantíssimo por dois motivos, primeiro porque eu tava dentro de uma comunidade de conflito, né, que era dentro do Alemão, e segundo que alguém tinha que ter noção de Estratégia Saúde da Família pra poder transformar aquilo não mais em núcleo de posto de saúde, mas sim em unidade de Estratégia Saúde da Família. E a minha grande parceria foi uma psicóloga que eu aprendi a fazer grupo, que eu aprendi a entrar na comunidade de uma outra maneira, de conseguir envolver os pacientes de uma outra maneira. Então na verdade as minhas grandes duas formações, quer dizer, tirando a M.I., que me capacitou dentro do Pólo UERJ como

médica e por tudo que ela fez a vida inteira. Na verdade meus grandes suportes não foram médicos. Foi de enfermeiros e de psicólogos que tinham experiência com isso. E aí quando eu saí do Rio de Janeiro pra ir para outros lugares, é, eu consegui tocar sozinha como médica, apesar de todas as diversidades que têm na Paraíba, em São Paulo e aqui no Espírito Santo, pela bagagem que eu tinha de experiência desses outros profissionais, não médicos. Então porque que eu acho que é importante pro aluno hoje. É importante que ele tenha a visão de cada um de outras formações, dentista, psicólogo, enfermeiro, assistente social, porque se você não trabalhar dentro da estratégia com esses parceiros você não consegue andar. E a minha grande parceria aqui no Espírito Santo foi uma dentista que era dentista da minha equipe. Que era uma grande parceira. Então eu acho que só o médico, até porque dentro do PISEC a nossa formação não são só médicos de Medicina de família, você tem médicos especialistas, eles puxam a sardinha pra a especialidade. Então o que que eu percebo, que quando eles entram do quinto ao oitavo períodos, como eles pegam especialistas, os especialistas não conseguem abrir a cabeça deles pro todo, eles ficam focados de novo na especialidade, isso se perde. Mas como a gente não tem muitos médicos de família, você acaba perdendo isso. Alguns não, apesar de especialistas, conseguem ter uma visão maior, mas a grande maioria não, puxa sardinha pra sua especialidade. E eu acho que é uma perda pro aluno. O que ele ganha do primeiro ao quarto períodos, ele perde do quinto ao oitavo, dependendo com que preceptor ele cai.

O PISEC iniciou juntamente com o curso, em 2007. O início foi conturbado, difícil, de construção, de “ganho de espaço, vínculo, confiança e parceria”, conforme declara um dos preceptores entrevistados. Professores formados no modelo tradicional iniciando a utilização do método PBL; professores formados com uma visão de saúde de especialista, centrada na figura do médico, hospitalocêntrico, iniciando um processo de formação de médico generalista, com ênfase em trabalho em equipe, com atuação na Atenção Primária à Saúde, nos serviços de saúde do SUS; tudo muito novo, um desafio, que precisou de muitas “negociações” para possibilitar as atividades com os alunos.

Nos processos de trabalho nas unidades de saúde em que o PISEC realiza suas práticas, os grupos de preceptores e os profissionais de saúde precisaram construir juntos um novo processo de trabalho em que agiriam em conjunto, em favor do cuidado à saúde da

população. Negociações que perduram até o presente momento, pois fazem parte do cotidiano das práticas do PISEC, assim como fazem parte do cotidiano dos processos de trabalho em saúde, em específico em Saúde Pública, em que precisamos dar conta das demandas da população, encarando muitas dificuldades. No trabalho o processo de formação se dá a todo momento, problematizando as práticas e todo o seu entorno. Formamos os alunos, assim como nos formamos e formamos os profissionais de saúde das unidades. Entendemos que a formação que os preceptores tiveram na academia não supera nem substitui a formação em processo de trabalho, que experimentam nas práticas do PISEC. O preceptor ser especialista não pode ser impedimento para as práticas como preceptor no cotidiano das USF. Apostamos que a formação se dá no trabalho, e que os preceptores também estão sendo formados a todo momento, a partir das práticas, que problematizam sua postura de especialista, modificando suas apostas.

O relato do coordenador do PISEC de 2007 a 2013, que participou e vivenciou a implantação do PISEC, destaca a sua trajetória profissional, que entreviu neste processo de criação, implantação e viabilização do PISEC.

No início, recém-formado, trabalhou na pastoral e na Santa Casa de Misericórdia, fazia visitas domiciliares no município de Colatina, atuando como médico de família (apesar de não existir ainda essa nomenclatura), o que era tradição no município, médico do interior. Sua vivência o conduziu, após dois anos de atuação, à residência de Medicina de Família e Comunidade no Rio Grande do Sul. Ao final, já médico de família e comunidade, recebeu uma proposta de trabalho no município de Blumenau, onde realizou dois concursos públicos, passando a exercer a profissão de médico no município e de preceptor na universidade, experiência importante para sua intervenção na UVV com o PISEC, posteriormente. Foi convidado a ser Secretário Adjunto de Saúde de Blumenau, implantando vários projetos inovadores, expandindo outros, abrindo editais de concursos públicos para médico de família e comunidade, implantando a residência multiprofissional, entre outros, uma bagagem essencial para a posterior atuação na coordenação do PISEC. Essa trajetória o conduziu ao mestrado em Educação, onde estudou currículo médico.

Relata como a experiência o auxiliou para a implantação do PISEC, e enfoca a relação da IES com os serviços que vivenciou.

Coordenador do PISEC de 2007 a 2013: É... foi porque o seguinte: lá não era desde o primeiro período. Eu participava muito da ABEM, né, da Associação Brasileira de Educação Médica. Então tinha (sic) várias faculdades que tavam fazendo isso. Acho que especialmente Marília, né, que tinha uma inserção bem precoce, que era desde o primeiro período, junto com Enfermagem. E aí, quando eu voltei pra cá, eu tinha um convite pra ser pró-reitor de extensão, da FURB, né. Eu tive que recusar, conversei com o reitor, recusei por uma questão familiar, que não cabe entrar em detalhes aqui... E eu era cedido pelo município pra universidade, pra poder implantar a residência. Então eu assim, eu achava que era bem séria essa questão da... tinha os conflitos, né, mas essa relação da universidade com o município, a gente conseguiu levar isso bem à sério, então, acho que dentro da limitação, por ser uma cidade de interior que tem uma competição com a capital, até pra atrair os melhores quadros, a gente conseguiu um bom resultado assim.

O entrevistado relata a história de implantação do PISEC: a escolha das unidades, o quadro de preceptores do início, a influência da secretária de Saúde à época, o quantitativo de médicos de família e comunidade compondo o quadro com o decorrer dos anos de implantação do PISEC, o “nascimento” do Internato de Saúde Coletiva e a idealização de uma Residência de Medicina de Família e Comunidade.

Coordenador do PISEC de 2007 a 2013: Teve uma reunião pra definir quais unidades que a gente ia. Foi um sorteio, eu achava justo sortear. E o único que era médico de família, que tinha experiência na atenção primária era eu. Aí eu falei, olha, eu não conheço a instituição e não me sinto à vontade de ser coordenador. Aí foi assim, bom, ninguém quer, então tá, eu assumo, mas com uma ressalva. Eu vou completar esse ciclo até o oitavo período, até o quarto ano, né, que seriam os 8 períodos da primeira turma. E nós vamos conversar depois, porque acho que precisa desse período de implantação, depois tem coisa que precisa ser revista, né, é natural num projeto. Aí a gente começou com seis professores e seis unidades de saúde. Dos seis professores, cinco eram médicos e havia uma enfermeira, que enfrentou resistência por parte dos alunos, no início. [...] Aí começou uma dificuldade pra gente conseguir professores pro curso, né, então eu fui assumindo mais turmas, né. Mais turmas, mais turmas e coordenando junto, então isso foi muito desgastante pra mim. [...] A secretária nos deu muito apoio, então acho que é uma pessoa

superimportante, ela sempre defendeu a ideia. Quando as unidades tinham algum rechaço assim, por algum motivo, que é natural também, né, entrava. Aí às vezes, pessoalmente, ela ia, né, enfrentava mesmo, nos defendia. Depois isso ficou muitíssimo complicado. A partir do momento que terminou o mandato, foi em 2008, nós tivemos secretária a cada seis meses. Mudava TODA hora, começava do zero. Isso aí foi um impacto muito negativo pra gente, que agora voltou a ter uma estabilidade, né. Praticamente 4 anos com a mesma secretária na mesma equipe. Então, é muito sensível essas mudanças políticas, porque o impacto é direto, então nesse meio tempo eu comecei a me envolver com outras coisas, por exemplo a implantação da policlínica, né, que foi pela minha mão, de começar as atividades da medicina na policlínica e por fim, quando deu... chegou uma época que a gente tinha... foi o maior corpo docente das faculdades do estado e tinha o maior número de médicos de família. A gente tinha sete. [...] Já tinha o projeto da residência em 2010, mas só foi implantado cinco anos depois. [...] Eu completei o meu ciclo... [...] Quatro anos, né? 2007, 2008, 2009, 2010. Foi justamente quando eu falei, então, daqui pra frente, vamos implantar a residência? Vamos ver até aonde vocês querem ir comigo? E aí, também, eu acho que já tinha um desgaste muito grande, mas mesmo assim ainda fiquei dois anos, por causa do internato. E o internato de saúde coletiva. Aí ajudei a implantar o internato rural, que não tem nenhuma faculdade aqui no estado que tem internato rural, que existe até hoje, que acho que foi uma inovação, que é pouco reconhecida, pouco divulgada, e que os alunos reconhecem. [...] Acho que tinha cumprido o ciclo com o PISEC, foi quando passei o bastão pra você e ainda te acompanhei.

Na visão da Profissional 1, enfermeira e coordenadora da USF de Barra do Jucu, há sete anos atuando juntamente com os alunos nas práticas do PISEC, o início foi de fato desconfortante, mas declara que hoje a visão do PISEC e da inserção dos alunos no cotidiano das unidades é reconhecidamente valorizada.

Profissional 1: Eu acho assim que, quando tudo que é novo gera às vezes um pouco de desconforto, as pessoas ficam um pouco inseguras. Há sete anos quando eu entrei aqui eu entendi que os profissionais, alguns olhavam os alunos assim “Meu Deus vem mais tantos alunos aqui para a gente e atrapalha o nosso serviço e incomoda”, e tudo mais, mas a partir do momento que você vai acompanhando o serviço e a própria equipe vai vendo que

isso é uma questão benéfica para as equipes e os usuários eles vão tendo uma aceitação melhor. E assim hoje eu vejo que quase todos, um ou outro, mas a maioria dos profissionais ficam felizes quando chegam os acadêmicos e um preceptor que já considera que já faz parte da equipe, já planeja as ações e falam “a gente pode contar com os acadêmicos de Medicina, eles vão estar aqui tal dia, e eles sempre fazem isso e vão ajudar a gente nisso”. Então assim eu entendo que a equipe hoje reconhece o valor dos acadêmicos e a comunidade também reconhece porque muitos até já vêm procurando por aquele acadêmico que já está consultando a pessoa há um certo tempo e que já olhou num outro momento e deu seguimento e foi bom então ele só quer vir aqui com aquele porque confia naquele.

Há um esforço por parte dos professores para a realização das atividades e o cumprimento dos objetivos estabelecidos no PISEC de cada período. Mas em alguns momentos os entraves e os desafios superam as iniciativas; as problematizações que os processos de trabalho nas unidades convocam precisam intervir no processo de formação, de maneira a se constituir, insistimos, como política de formação e não um programa pontual.

No nosso entendimento há muitos desafios na implementação de uma política de formação via PISEC. Mas chamamos a atenção para duas delas, que nos parecem importantes para repensá-lo: a formação dos professores, em específico os professores médicos, e questões próprias do processo de trabalho das unidades de saúde em que as práticas do PISEC são realizadas. Importante pontuar que entendemos que os entraves não podem ser vivenciados como empecilhos, mas como desafios a serem trabalhados no cotidiano. O próprio processo de trabalho nos indaga o tempo todo. É importante afirmar que há muitas situações em que não sabemos ainda como superar, que ainda não temos os caminhos possíveis para o enfrentamento e superação de alguns desafios, mas perseguimos a construção de uma política de formação.

Interessa-nos pensar, baseando-nos no pensamento de Foucault (2004, p. 233), que o que torna possíveis “as transformações das dificuldades e obstáculos de uma prática em um problema geral, para o qual são propostas diversas soluções práticas”:

É a problematização que corresponde a essas dificuldades, mas fazendo delas uma coisa totalmente diferente do que simplesmente traduzi-las ou manifestá-las; ela elabora para suas propostas as condições nas quais possíveis respostas podem ser dadas; define os elementos que constituirão aquilo que as diferentes soluções se esforçam para responder. Essa elaboração de um dado em questão, essa transformação de um conjunto de complicações e dificuldades em problemas para os quais as diversas soluções tentarão fazer uma resposta é o que constitui o ponto de problematização e o trabalho específico do pensamento.

Problematização “não como um ajustamento de representações, mas como um trabalho de pensamento” (FOUCAULT, 2004, p. 233) que potencialize o deslocamento do processo de formação como programa constituindo-se como política de formação. Um trabalho de pensamento a partir das práticas cotidianas. Os processos de trabalho em campo nos deslocam e possibilitam tornar as práticas do PISEC um meio para a instituição de uma política de formação. São inúmeros e incontáveis os momentos em que essas práticas nos impõem novos olhares, novas construções, que nos indicam novos caminhos, que problematizam o que está consolidado e possibilitam uma formação em ato, uma formação a partir do trabalho vivo. Como nos indicou Foucault, as dificuldades devem ser entendidas como problemas para o que buscaremos soluções a partir do trabalho do pensamento.

Para o coordenador do PISEC de 2007 a 2013, o ponto-chave não é a inserção na realidade, e sim a reflexão a partir do método. Discute o método, enfatizando que deve ser utilizado para o professor tanto quanto para o aluno, e enfoca alguns aspectos sobre a experiência do método na UVV, no curso de Medicina.

Coordenador do PISEC de 2007 a 2013: O ponto-chave é a reflexão. O ponto-chave, no modelo da problematização, é porque assim a gente tem mania de adaptar métodos. O método tá bem estabelecido, a gente quer apresentar coisa do método. Então, na verdade assim, quanto mais você faz reflexão sobre o processo de trabalho e de ensino do aluno inserido nesse processo de trabalho, melhora o desempenho dele. Tem que ter reflexão. E internet não faz isso. Tem que ser teu professor, colocar em roda, o método implica em ter roda, né? Então não é aula, assim. Vamos discutir o que a gente viu e tem que estimular a percepção do aluno. Ele vai encontrando soluções nessa discussão. Então ele, esse é o grande lance assim da metodologia da problematização, né. Então tem muita gente que fala: "não, você é muito quadrado e tal, funciona..." Eu uso muito o Bordeauave. O Bordeauave trabalhava isso, igual o Paulo Freire, com pessoas que não tinham nem

ensino fundamental. Mas na verdade, o grande lance, a grande sacada, é o momento da problematização, da reflexão, né? De você sistematizar as ideias que estão muitas vezes confusas. E isso é um exercício difícil, é método, você tem que treinar, você tem que repetir. Então não é uma conversa de botequim, né? Tem um método, precisa alguém conduzir, alguém que tenha experiência, que tenha formação pra fazer isso. E quando alguém vê de fora, parece que é uma improvisação, que você tá dando um tiro, jogando pra todo lado, né? Então não é bem assim. Você tem que sistematizar, elaborar perguntas, definir o que vai se buscar de importante, quais são os focos importantes pra solucionar os problemas, né. E direcionando a tua atividade pra isso. Bom, eu trabalhei sempre muito nesse sentido. [...] Tem que ter essa reflexão. Mas o ponto-chave é assim, do problema se faz a reflexão dos aspectos políticos, aspectos clínicos, é muito rico. Então o cenário é muito poderoso. Então se colocar o aluno no cenário de práticas, qualquer que seja, ele é muito poderoso. Então foi isso que sempre debati. Mas a gente TEM que garantir o momento de reflexão. E mais, se a gente não garantir o momento de reflexão entre os professores, o método tá falho, que é o que a gente sempre discutiu, sempre discuti muito lá na UVV. Mas não é exclusividade da UVV, né. Se o professor não se conversa, o aluno não vai conversar, não vai refletir, não vai discutir. O professor tem que usar o mesmo método. Se ele acredita no método, não adianta ele dizer que o aluno não faz. Se ele não faz, o aluno também não vai fazer. Não é uma questão assim, do bom exemplo, tal. Não, é um método que funciona. [...] A gente consegue inserir num cenário poderoso, mas não consegue extrair dele, muitas vezes, o que ele tem de reflexão. [...] Então, vamos usar o método. Simples assim, vamos fazer o arco e colocar na prática o arco, alguma coisa teórica. E aí a gente começou, nas primeiras turmas, a gente até conseguia que os professores se reunissem no final do dia pra fazer reflexões sobre a prática. E isso era aberto a alunos. Então não foi uma coisa, assim, bonitinha, porque olha, vamos chamar os alunos pra discutir, tal. E a gente ficou tentando experimentar maneiras de melhorar o método com um número grande de alunos, que a inserção ocorre de uma maneira muito intensa, muito aluno, né? Eram 60 na primeira turma, né? Então, por dia, né, a gente tinha um turno só, que era o primeiro período. Era um turno por semana, então você imagina reunir 6 professores e 60 alunos, era um pouco complicado. Então a gente ficou tentando achar maneiras de melhorar o método. Fazer na unidade foi uma opção. A gente fazia na

unidade, né, porque como era no horário da tarde, os pequenos grupos, acho que é o grande lance. Acho que a gente não consegue manter isso porque a unidade te invade muito assim, te espera muito de atendimento, principalmente quando é médico, é, acho que é um problema geral, nunca teve uma solução viável pra isso e o aluno também quer atender, né, ele quer se sentir dentro da profissão, que eu não vejo problema nenhum, assim como eu também não vejo problema com esses grupos de HIPERDIA que a gente critica muito, né, desde que você não fique só repetindo receita. Só você parar e ouvir a pessoa, mais alguma coisa além da receita? Só fazer essa pergunta, a pessoa vai falar.

Nas entrevistas realizadas a dimensão de uma política de formação não comparece. Esse dado nos alerta e nos revela a urgência de colocarmos em debate essa questão: como transformar o programa PISEC em uma política de formação médica? É no enfrentamento dos desafios, na tentativa de construir outras práticas que uma política vai se forjando e uma formação vai se efetivando. Como viabilizar essa mudança, como enfrentar esse desafio? Entendemos que o caminho é colocar na roda para dialogar com os diversos atores envolvidos nas práticas do PISEC. Acreditamos que é a partir da efetivação de um espaço público que poderemos discutir e construir conjuntamente esse caminho para a formação médica como exercício permanente de construção de espaço público.

Neste sentido, o contato com a comunidade onde estão localizadas as USFs é muito importante para a formação que vai se efetivando em meio às adversidades e embates, colocando as questões na roda para discussão e construção coletiva de alternativas para o trabalho. As dificuldades são muitas e envolvem todos os atores que fazem parte do processo de trabalho do PISEC e das USFs do município. Desafios colocados pela gestão dos estabelecimentos, tanto na UVV como na PMVV e USF; desafios nas USFs, suas limitações e seus processos de trabalho engessados; desafios com as equipes, com os preceptores e suas formações tradicionais; com os alunos e suas resistências em ocupar esses espaços e em realizar práticas que se pautem nas demandas que emergem do território; com a comunidade e os usuários na criação de vínculo com os alunos e preceptores; e ainda desafios que extrapolam a governabilidade de todos os envolvidos, que inclui política salarial e gestão autoritária, trazendo para o debate outros setores além do

setor saúde, como a violência, a infraestrutura da área, os meios de locomoção para acessar a unidade, a falta do asfaltamento e do saneamento básico, dentre outros.

Muitas atividades são realizadas juntamente com as ACSs. Quando solicitamos o agendamento de visitas domiciliares em determinadas turmas, as ACS nos trazem uma série de questões que algumas vezes impossibilitam a efetivação das visitas. Questões como o sol ser muito quente no período da tarde ou que muitos usuários costumam dormir neste horário. Quando conseguimos contornar essas situações e confirmar as visitas, muitas ACSs faltam, o que acarreta para o preceptor a necessidade de viabilizar uma outra atividade no processo de trabalho em ato, já que as atividades devem ser programadas com as equipes e o movimento no período vespertino nas unidades é pequeno.

Outra conduta muito comum é o agendamento de ações educativas para grupos específicos, como gestantes, idosos, entre outros, em que há uma baixa adesão, ou, algumas vezes, até mesmo nenhuma adesão, o que frustra os alunos e acarreta a necessidade de criação de outras ações. Em muitos momentos, temos dificuldades em programar atividades com a equipe, que encontra uma gama de motivos que acabam por inviabilizar as ações sugeridas pelo preceptor e alunos. O que costumamos fazer é abrir a programação para a demanda da equipe, e assim vamos negociando para que os objetivos do PISEC também sejam contemplados, numa tentativa de construir caminhos que atendam aos diferentes interesses.

Esses acontecimentos produzem muitas vezes desânimo e descrença na possibilidade de se efetivar esse modo de ensino-aprendizagem. Mas sabemos, também, que esses são desafios reais devem ser considerados como elementos para análise do que vivenciamos em saúde pública e o processo de trabalho no SUS, na APS, na ESF. São eventos que questionam modos instituídos de trabalhar e possibilitam análises, que vitalizam o processo de aprendizagem, produzindo estratégias para que preceptores e alunos coloquem em debate essas adversidades, do contrário serão tomadas como dificuldades que inviabilizam práticas e não como aspectos a serem redimensionados a partir do dialogismo.

CAPÍTULO 3

3 UVV E PMVV: A PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA VELHA E SUAS HISTÓRIAS DA E NA SAÚDE

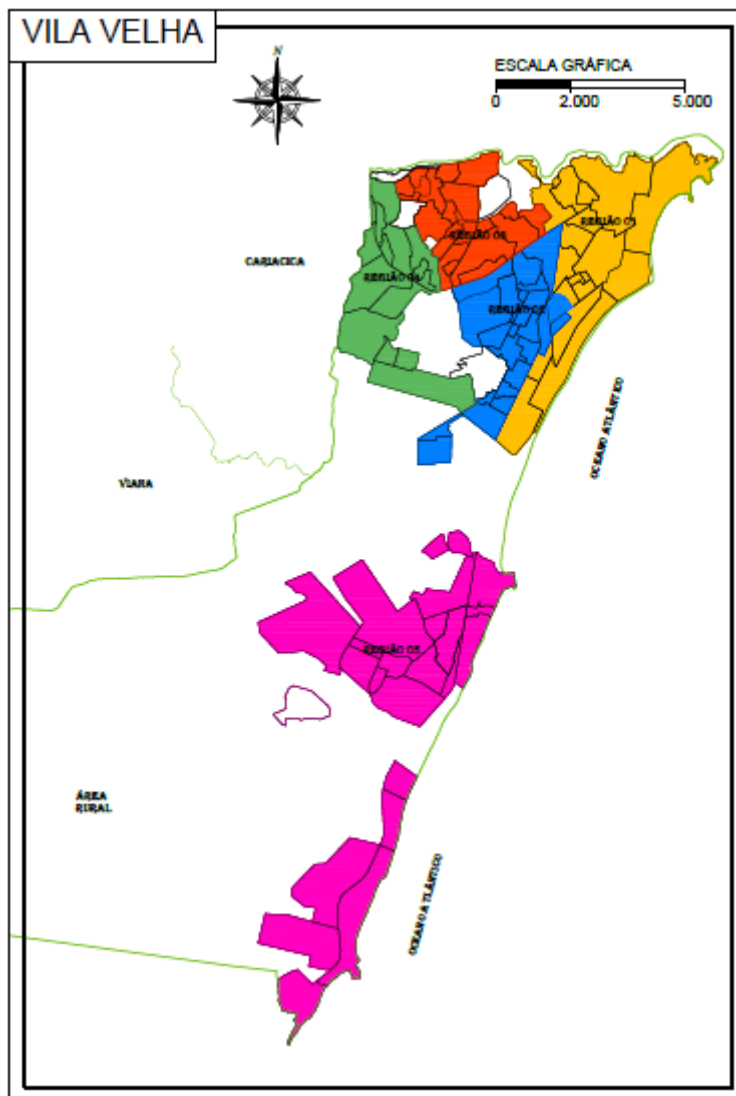
Juntamente com os desafios para implantação do estágio, vinham as questões dos próprios serviços de assistência à saúde, nas USFs, do município de Vila Velha. Questões de infraestrutura e de insumos, de concursos públicos, de alta rotatividade profissional e equipes incompletas, além de outras questões, como falta de recursos financeiros e gerência dos processos ineficiente, tamanho da população e suas características, que geravam uma demanda em excesso para os serviços já instalados e em funcionamento no município, que eram insuficientes e ainda o são.

A PMVV implantou a ESF em 2003. Conta, hoje, com dezenove unidades de saúde, sendo nove USFs e 10 Unidades Básicas de Saúde (UBSs) no modelo tradicional. As USFs estão localizadas nas regiões 2 e 5 do município, a saber: Região 2 – USF Vila Nova, USF Jardim Colorado, USF Ibes, USF Araçás (todas como campo de estágio para os alunos de graduação em Medicina da UVV-PISEC) e Região 5 – USF Barra do Jucu, USF Ponta da Fruta, USF Ulisses Guimarães, USF Terra Vermelha e USF Barramares (apenas as duas últimas não têm equipes PISEC, ou seja, não são campo do PISEC) (PMVV, 2015).

Quadro 1. Divisão de unidades de saúde no modelo de Atenção Básica tradicional e de Estratégia Saúde da Família por região de saúde do município de Vila Velha.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA - ATENÇÃO BÁSICA TRADICIONAL		
REGIÃO 1	REGIÃO 3	REGIÃO 4
US GLÓRIA	US PAUL	US SÃO TORQUATO
US DIVINO ESPÍRITO SANTO	US SANTA RITA	US VALE ENCANTADO
US COQUEIRAL DE ITAPARICA	US VILA GARRIDO	US JARDIM MARILÂNDIA
	US DOM JOÃO BATISTA	
ÁREA DE ABRANGÊNCIA - ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA		
REGIÃO 2		REGIÃO 5
USF ARAÇÁS		USF TERRA VERMELHA
USF VILA NOVA		USF BARRA JUCU
USF JD COLORADO		USF PONTA DA FRUTA
USF IBES		USF BARRAMARES
		USF ULISSES GUIMARÃES

Ilustração 1. Mapa das regiões de saúde do município de Vila Velha.



Importa-nos pontuar, aqui, que as atividades do PISEC não são realizadas nas USF de Barramares e Terra Vermelha, por se tratarem de unidades que foram inauguradas após a implantação do PISEC. Pelo tempo decorrido da implantação nas outras unidades até a inauguração destas duas unidades, as práticas já estavam consolidadas nas equipes das unidades em que o PISEC utilizava como campo de práticas. Já havia grupos em andamento, dando continuidade às atividades iniciadas em períodos anteriores, já existia vínculo com as equipes e com a comunidade, o que inviabilizava a saída de grupos destas unidades para que passassem a realizar suas práticas nas unidades recém-inauguradas, à

época. Também não era possível dividir os grupos e realizar práticas em mais unidades, o que implicaria ter mais grupos de alunos com maior número de preceptores os acompanhando, reduzindo os grupos de alunos por unidade para realização das atividades, uma vez que o total de alunos por semestre é de aproximadamente 60 alunos. Dividimos esses 60 alunos em 6 unidades, grupos de 10 alunos preceptorados por um professor. Importante ressaltar que a diminuição do quantitativo de alunos em uma unidade pode comprometer o processo de trabalho do PISEC.

Na relação entre a UVV e a PMVV, foi a efetivação de um Termo de Cooperação¹⁵, celebrado em 07 de abril de 2011, que formalizou a parceria pré-estabelecida, baseada no Decreto nº 047 de 2011, que regulamentou a ocupação de campos de estágio no âmbito da SEMSA de Vila Velha e deu outras providências (ESPÍRITO SANTO, 2011). Através deste decreto, ficou estabelecida a concessão de campo de estágios curriculares obrigatórios no âmbito da SEMSA para o ensino superior e médio, pesquisa e extensão, regulados pelas Leis Federais nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (BRASIL, 1996) e nº 11.788, de 25 de setembro de 2008 (BRASIL, 2008).

A Lei 11.788 de 2008 dispõe sobre o estágio de alunos e determina, em seu art. 1º, que o estágio é um ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa o aprendizado de competências próprias da atividade profissional, com o intuito de desenvolver o educando para uma vida cidadã e para o trabalho. Para tanto, exige com que o estágio conste do Projeto Pedagógico do Curso da IES, e que um termo de compromisso seja firmado (BRASIL, 2008).

Em 05 de agosto de 2015, foi publicada no Diário Oficial da União a Portaria Interministerial nº 1.124, posteriormente retificada para 1.127 no Diário Oficial da União de 06 de agosto de 2015, que institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para fortalecimento da integração entre ensino, serviço e comunidade no âmbito do SUS. O COAPES, de acordo com o art. 2º, tem como objetivos: garantir o acesso a todos os estabelecimentos de saúde

¹⁵ Retomaremos ao Termo de Cooperação no transcorrer do capítulo com o intuito de discutir as implicações desta efetivação e o momento atual do pactuado no Termo em 2011, e como isso vem impactando o processo de efetivação do PISEC nas USFs do município.

sob a responsabilidade do gestor da área de saúde como cenários de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência em saúde; e estabelecer atribuições das partes relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço-comunidade (BRASIL, 2015).

Assim, para além do Termo de Cooperação, a partir da nova Portaria, a PMVV e a UVV terão que celebrar o seu COAPES. Estão expressos no art. 3º da Portaria os princípios do COAPES: formação dos profissionais de saúde em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, tendo como eixo a abordagem integral do processo de saúde-doença; respeito à diversidade humana, à autonomia dos cidadãos e à atuação baseada em princípios éticos; compromisso das instituições de ensino e gestões municipais, estaduais e federal do SUS com o desenvolvimento de atividades educacionais e de atenção à saúde integral; integração de ações de formação aos processos de Educação Permanente da rede de saúde; participação ativa da comunidade e/ou das instâncias do controle social em saúde; entre outros (BRASIL, 2015).

Em reunião da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES) Metropolitana, no dia 18 de agosto de 2015, com a participação das representações das Instituições de Ensino públicas e privadas, de nível superior e médio, representações dos usuários, da gestão dos municípios da Região Metropolitana da Grande Vitória, iniciou-se uma discussão acerca da Portaria do COAPES.

Com um entendimento de que o COAPES é um instrumento de gestão compartilhada, de pactuação regional, tornou-se essencial a discussão do mesmo nas instâncias estabelecidas para gerir o âmbito da Integração Serviço-Ensino, como a CIES Metropolitana.

O momento é de tensionamento, porque apesar da portaria detalhar o COAPES não há expressa a metodologia para a sua implantação e surgiram muitas dúvidas acerca do processo que se dará para que seja celebrado o COAPES entre os envolvidos. Posteriormente, na reunião da CIES Estadual, com o intuito de esclarecer o processo de implantação do COAPES, houve a participação de uma representação do âmbito federal.

Foi nítida a dificuldade da gestão do município de Vila Velha, presente na reunião, em compreender o processo que se dará a partir da publicação da Portaria. A representação da PMVV questionou se o COAPES vai substituir os Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde (PAREPS). As representações da Escola Técnica do SUS (ETSUS) da Prefeitura Municipal de Vitória (PMV) esclareceram que os PAREPS organizam os processos de Educação Permanente, enquanto o COAPES celebrará o contrato entre os envolvidos na integração serviço-ensino em âmbito regional. Um não substituirá o outro, eles coexistirão, ordenando os processos estabelecidos entre os atores envolvidos tanto na Educação Permanente como na Integração Serviço-Ensino. Serão dois instrumentos: PAREPS – Educação Permanente – discute qualificação, aborda o trabalho, investe para melhorar a assistência. O COAPES aborda a formação de sujeitos para trabalhar nos serviços.

O COAPES vem para propor uma organização, propiciando uma maior aproximação da formação com os serviços. A representação da SEMSA/PMVV questiona os seus termos de cooperação em relação ao COAPES. Na discussão conclui-se que os termos de compromissos poderão ser individuais e com o COAPES haverá um contrato, oficializando e organizando o processo de cooperação e parceria. O município de Vila Velha possui decretos, termos de compromisso e termos de cooperação técnica, e há uma dúvida quanto à necessidade ou não de reorganizar toda a lógica. O consenso do grupo reunido na CIES Metropolitana é de que haverá apenas a necessidade de ajustar o processo formalizando uma contratualização em nível regional e local.

Um ponto interessante levantado acerca do COAPES é que não há conversa entre os campos de estágio, ou seja, estabelecimentos municipais, estabelecimentos estaduais no território do mesmo município, não dialogam, pactuações isoladas, desarticuladas e processos de trabalho que não favorecem o trabalho de formação. Com o contrato de pactuação regional, o estado deverá dialogar com os municípios e os diferentes campos de estágio devem conversar, articulando-se a prática assistencial com os estagiários em processo de formação.

Um outro aspecto do COAPES levantado e discutido na reunião que merece destaque é a avaliação com definição de metas e indicadores, de forma a qualificar a integração serviço-

ensino, identificando o impacto, a médio e longo prazos, desta articulação na assistência à saúde da comunidade assistida pelos serviços que serão cenários de práticas. A UVV já vem discutindo em âmbito institucional a estruturação de pesquisa nos campos, de maneira a auxiliar nesta demanda de avaliar o impacto da integração no município. A partir dessa parceria PMVV e UVV, neste quesito de definição de indicadores e a estruturação de uma avaliação, o campo será ocupado pelo mesmo grupo durante quatro anos de PISEC, além do Internato e da Residência Médica.

Ao final da reunião, a partir dessa discussão, o COAPES vai exigir que os serviços se organizem para atender essa demanda, forçando uma estruturação, trazendo responsabilidade para os municípios, estados e governo federal de estruturar os serviços para serem campos de ensino.

No início da implantação do PISEC, as equipes eram todas formadas por profissionais com vínculo empregatício de contrato com a Cáritas¹⁶ Arquidiocesana de Vitória – entidade civil beneficente de assistência social e de fins não lucrativos, que promove e apoia ações assistenciais voltadas para crianças, adolescentes e população em risco social (CÁRITAS BRASILEIRA, 2009). Os profissionais eram contratados na condição de celetista, sem o benefício da estabilidade, sem o vínculo por concurso público, sem segurança, com instabilidade e sob influência política, o que comprometia o processo de trabalho, tanto na própria unidade com as suas equipes, como também com os grupos de preceptores e alunos do PISEC.

Durante o mandato do prefeito Neucimar Ferreira Fraga, o Ministério Público exigiu da gestão que fossem realizados concursos públicos para efetivação de profissionais da área da saúde. Por questões políticas, a administração municipal criou nos profissionais uma

¹⁶ A Cáritas foi criada em 1956 pela Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB). No início, ficou responsável por articular todas as obras sociais católicas e assumir a distribuição do Programa de Alimentos para a Paz subsidiado pelo governo estadunidense como um dos eixos de uma ação maior chamada “Programa Aliança para o Progresso”, implementada após a Segunda Guerra Mundial. Em 1966, a quantidade de donativos para a Aliança para o Progresso começou a diminuir e, em 1974, o programa foi extinto e muitas Cáritas Diocesanas encerraram suas atividades. Entretanto, muitas equipes que já vinham trabalhando para se adequar aos novos tempos foram encontrando um novo caminho em torno das ideias da educação de base e da promoção humana no lugar do assistencialismo (CÁRITAS BRASILEIRA, 2016).

expectativa de que se o prefeito fosse reeleito, os profissionais não seriam demitidos e o contrato celetista via Cáritas perduraria. Ao final do segundo turno da eleição, com o resultado negativo para o então prefeito Neucimar Ferreira Fraga, as unidades “acordaram” sem equipes de Saúde da Família porque todos os profissionais tinham sido demitidos. Como ainda havia um período do mandato do prefeito Neucimar Ferreira Fraga, o recém-eleito, prefeito atual do município, Rodney Rocha Miranda, realizou reunião com Neucimar e solicitou que os profissionais continuassem em seus cargos até a troca de mandato e a possibilidade de realização de concurso. Assim foi feito. Após concurso, até o presente momento, os profissionais recém-nomeados estão insatisfeitos, pedem exoneração, seja por questões salariais, seja por falta de valorização profissional e de infraestrutura para exercício de sua prática profissional, ou, ainda, por outras oportunidades profissionais.

À época da eleição, a gestão de Neucimar Ferreira Fraga, juntamente com os responsáveis pelos seus comícios e campanha eleitoral, obrigavam os profissionais de saúde com vínculo pela Cáritas a participarem dos comícios pela reeleição de Neucimar Ferreira Fraga. Nos eventos políticos, eram assinadas listas de presença pelos profissionais do município que ali estavam, e havia uma pressão sobre os profissionais que não participassem, com ameaças de perda de seus vínculos empregatícios, inclusive.

Uma gestão impositiva, verticalizada, sem qualquer participação dos profissionais nas decisões, usando de mecanismos de coação e ameaças, sem qualquer espaço de diálogo. O profissional de saúde encontrava-se envolvido por um ambiente de trabalho despotencializador, adoecedor, que fragilizava a força do agir no ato de cuidar. Retomando Merhy (2007, p. 115), “a arte de cuidar é a alma dos serviços de saúde”.

Nestes processos políticos da gestão do município, muitos foram os entraves para a prática do PISEC nas unidades. As equipes encontravam-se estressadas, sentindo-se ameaçadas com a possibilidade de uma demissão, convocadas a enfrentarem desafios constantes para dar continuidade aos seus processos de trabalho cotidianos. Com a efetivação do seu desligamento como profissional de saúde das equipes das unidades, vivenciou-se um momento crítico na prestação dos serviços de saúde do município. Nas USFs não havia equipes de ESF completas. Mesmo ao final do mandato de Neucimar Ferreira Fraga, e durante o mandato de Rodney Rocha Miranda, com a realização de um concurso público,

até o presente momento, ainda há equipes incompletas nas USF, seja o enfermeiro, os agentes comunitários de saúde e a presença de muitos médicos “rotativos”, por estarem inseridos na prática assistencial do município através dos programas do governo federal, primeiramente pelo PROVAB e atualmente pelo Programa Mais Médicos.

O PROVAB foi instituído pela Portaria Interministerial nº 2.087 (BRASIL, 2011), que, segundo o documento, tem o objetivo de estimular e valorizar o profissional de saúde que atue em equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família, segundo art. 1º da Portaria. A portaria foi instituída considerando o Plano Brasil Sem Miséria, com a intenção de garantir o acesso de toda a população a uma atenção à saúde de qualidade. Segundo a portaria (BRASIL, 2011), os municípios selecionados para receber o PROVAB seriam os considerados como áreas de difícil acesso e provimento ou municípios com populações de maior vulnerabilidade. O PROVAB conta com uma supervisão presencial e à distância de tutores de IES, e é ofertado Curso de Especialização em Saúde da Família ao médico inserido no programa. Um dos maiores atrativos, de acordo com o art. 10 da portaria, é o bônus na pontuação para o candidato a ingressar em qualquer programa de RM no país.

A intenção do MS era levar médicos para mais perto da população, ampliando a assistência principalmente aos usuários do SUS que ainda têm dificuldades para acessar serviços e profissionais de saúde. Com isso, o MS tentava reduzir as desigualdades regionais relacionadas à presença e permanência de profissionais de saúde por todo o território nacional.

Porém, o que observamos no município de Vila Velha foram médicos recém-formados que procuraram o PROVAB apenas para obter o benefício do bônus nos exames de ingresso nos diversos programas de RM no Brasil. Não se observava um envolvimento destes profissionais com as equipes e comunidades; não havia construção de um vínculo usuário-profissional, e mantinha-se o padrão de alta rotatividade profissional. Alguns profissionais cumpriam com o seu período de contrato com o PROVAB, enquanto outros interrompiam seus contratos pela aprovação em programas de RM durante o transcorrer do ano em que estariam prestando assistência à saúde da população no local em que estavam inseridos pelo programa. As equipes se mantinham completas, com a inclusão do profissional médico, por

curtos períodos de tempo, e os desafios de equipes incompletas perduravam, seja pela saída do médico do programa ou pela falta de profissionais das demais categorias que compõem a equipe mínima.

Apesar de todas essas questões levantadas acerca do PROVAB nos serviços do município de Vila Velha, ainda assim, foi possível notar a satisfação dos usuários de algumas microáreas de assistência das unidades em que os grupos de PISEC participam de seus cotidianos. Para alguns munícipes, ter médico bastou, uma vez que há muito tempo estavam sem médico em áreas de prestação de serviços de saúde, não importando muito se esse médico seria “rotativo”, conforme relatamos.

Porém, cabe uma ressalva acerca da alta rotatividade dos profissionais e da falta de comprometimento e envolvimento com a assistência à saúde das comunidades assistidas. Aqui enfocamos a proposta do Projeto Terapêutico Singular¹⁷ (Campos, 2006), que afirma que para produzirmos saúde precisamos de uma outra atitude enquanto cidadãos e profissionais; é preciso que se crie o vínculo usuário-profissional para entendermos as especificidades de um caso particular, de cada usuário e sua família; é desejável que se trabalhe abordando os múltiplos fatores que constituem a demanda de cuidado, como já indicamos, de forma a construir, de fato, um projeto de intervenção singular para uma situação concreta. Não nos parece possível afirmar e atuar seguindo os pressupostos de um projeto terapêutico singular com profissionais que não se engajam na produção de saúde como promotores de saúde e não apenas efetivando um papel de recuperação das doenças, o que é da maior importância, mas não basta. Algumas resoluções governamentais buscaram oferecer condições para que esse tipo de profissional se formasse, o que nem sempre foi alcançado satisfatoriamente.

Não resolvendo as questões levantadas na discussão do PROVAB, mas mantendo uma dinâmica similar, com a implantação da Lei dos Mais Médicos, Lei nº 12.871, de 2013 (BRASIL, 2013), houve uma progressiva substituição dos profissionais inseridos no

¹⁷ O Projeto Terapêutico Singular proposto por Gastão Wagner de Sousa Campos será descrito posteriormente no capítulo que enfoca alguns conceitos, no subitem sobre a Saúde. Esse projeto parte de um esquema analítico da Coprodução Singular do Processo Saúde-doença, sugerindo intervenções sobre o social, o subjetivo e o orgânico, a partir das necessidades e das possibilidades de cada caso em questão (CAMPOS, 2006).

PROVAB, por profissionais selecionados pelo Programa Mais Médicos. O programa é oferecido para médicos formados em IES brasileiras ou com diploma revalidado no país; e aos médicos formados em IES estrangeiras por meio de intercâmbio médico internacional. O período de inserção do profissional médico no programa é de até três anos, prorrogável por igual período, e conta com um profissional médico responsável pela supervisão profissional contínua e permanente do médico inserido no programa, e com um tutor acadêmico, representado por um docente médico que será responsável pela orientação acadêmica (BRASIL, 2013).

A finalidade do MS com a implantação do programa, conforme descrito no art. 1º. da lei, é de formar recursos humanos na área médica para o SUS, objetivando diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias do sistema, reduzindo desigualdades regionais na área da saúde; fortalecer a prestação de serviços de APS em todo o país; aprimorar a formação médica no país, com maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS; fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço; promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais de saúde do Brasil e médicos formados em instituições estrangeiras; aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do país; e estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS (BRASIL, 2013).

Em palestra no I Fórum Regional de Ensino Médico CRM-ES e ABEM Regional RJ/ES, realizado em 19 de junho de 2015, no Teatro da UFES, a Prof^ª. Lúcia Christina Iochida, da ABEM, descreve o Programa Mais Médicos como um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do SUS, com investimentos em infraestrutura dos hospitais e unidades, mas que ao se tornar Lei desencadeou uma ampla interferência nos cursos de Medicina, nos processos de formação e nos programas de RM.

No mesmo Fórum, em Mesa Redonda de discussão acerca das repercussões na graduação com a implantação da Lei do Programa Mais Médicos, a acadêmica Suelen Geisemara Bacelar Nunes, Presidente da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina, nos lembra que a Lei surgiu em uma conjuntura de não ter médicos no interior e que não havia projeto algum para sanar essa questão. A falta dos profissionais no interior legitima o

programa, que também foi legitimado pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Com tudo que estava acontecendo, em meio à implantação da Lei do Programa Mais Médicos, Nunes (2015) lembra que a mídia se voltou para a vinda dos médicos estrangeiros e a questão da revalidação de diplomas. Eram questões importantes, mas acarretaram o afastamento do campo de discussão de outros fatores preocupantes, que acabaram não sendo pautados, como a reestruturação do SUS.

Ao ler a Lei, no art. 2º, dentre as ações estabelecidas para atingir os objetivos descritos, estão a reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para a RM, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos; e o estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no país (BRASIL, 2013).

Ainda como influência da Lei do Programa Mais Médicos para a formação médica no Brasil, no capítulo III, da formação médica no Brasil, no art. 4º está estabelecido que o funcionamento dos cursos de Medicina estará sujeito à efetiva implantação das DCNs definidas pelo CNE. E define que ao menos 30% da carga horária do internato médico na graduação serão desenvolvidos na APSs e em Serviços de Urgência e Emergência do SUS (BRASIL, 2013).

Acerca desta definição na Lei do Programa Mais Médicos, sobre a carga horária do internato médico na graduação, Iochida (2015) questiona: Onde, como, sob qual supervisão, em que espaço físico? Lembra que os serviços apresentam-se, muitas vezes, como locais precários para a efetivação deste processo de formação. Aponta para o esvaziamento do corpo docente, em que muitos concursos públicos não estão preenchendo as vagas ofertadas. Aborda a abertura de mais cursos de medicina, com disputa pelos espaços de estágio dos alunos, entre as universidades privadas e públicas, em que as privadas podem oferecer contrapartidas no termo de compromisso firmado entre os municípios e as IES, o que torna um desafio para as IES públicas consolidarem e estruturarem a carga horária do Programa de Internato.

Neste momento, vale uma ressalva importante, fala-se o tempo todo em contrapartidas entre as IES e os serviços, mas a maior contrapartida que as IES podem oferecer é formação de profissionais para o SUS. Porém, há a expectativa de alguns profissionais dos serviços que participam deste processo de receber o aluno, alguma contrapartida, que normalmente é esperada em forma de pagamento de bolsas de preceptoria, que as IES públicas não podem oferecer.

A alta rotatividade dos profissionais médicos no município de Vila Velha, em certa parcela “resolvida” pelos programas federais, PROVAB e Mais Médicos, ainda assim era uma questão. O quantitativo de profissionais médicos efetivos ocupando a rede é, ainda, muito pequeno, o que interfere nas práticas de assistência, impossibilitando o vínculo usuário-profissional, pela alta rotatividade profissional. O município possui um salário defasado em relação aos municípios vizinhos, que compõem a Região Metropolitana da Grande Vitória. Muitos concursos e processos seletivos para médicos na rede municipal de Vila Velha não preenchem as vagas ofertadas e mesmo quando há um número de candidatos suficiente, selecionados e aprovados, que de fato tomam posse, não há garantias de sua permanência. Na primeira oportunidade de um salário maior, os médicos se desligam de seus vínculos, sejam efetivos ou não, do município, em busca de melhores oportunidades, principalmente financeiras.

Neste sentido, o município, juntamente com a UVV, tomaram algumas medidas na tentativa de fixação dos profissionais no município, melhorando a remuneração dos médicos efetivos da rede. Como apontado, além dos programas de interação serviço-ensino, em que os alunos de graduação permanecem em unidades de saúde dos municípios, também ficou estabelecido que, durante o internato, os alunos deveriam cumprir uma carga horária mínima nos serviços de APS. O médico efetivo que se tornasse preceptor do internato do curso de Medicina da UVV passaria a receber uma bolsa de preceptoria, que somada ao seu salário possibilitaria um ganho total mensal maior que os salários ofertados pelos municípios vizinhos. Mesmo entendendo que uma bolsa de preceptoria não influencia nos direitos trabalhistas, e não representa uma melhoria salarial de fato, funcionou como um atrativo para fixar os profissionais no município, reduzindo o desligamento dos profissionais médicos de Vila Velha para trabalharem em outros municípios. Certamente

esse não é um caminho que intervém efetivamente nas propostas do governo com relação ao trabalhador da saúde e que demanda um debate qualificado sobre a política de saúde do município. Essa ação interfere momentaneamente nessa situação, mas não resolve ou pode até mesmo dificultar uma análise que dê visibilidade aos modos de gestão da saúde na cidade.

Esse nos parece mais um desafio a ser enfrentado, discutir os modos como a gestão da saúde vem se dando nos vários âmbitos do município. Entendemos que é tema para as reuniões envolvendo todos os atores do processo, assim como para as rodas com os preceptores do PISEC no âmbito da IES. Mas isso não tem sido feito, não temos trabalhado no sentido de construirmos conjuntamente possibilidades de enfrentamento desse desafio. Entendemos que a bolsa não é a solução para uma torção importante nos processos de trabalho nas unidades, como já afirmamos. A solução para esse dilema parece estar longe ainda. Entretanto, é preciso dar visibilidade a essas questões, falar sobre isso, dizer de nossas posições, trabalhar e construir juntos algumas saídas. Reafirmamos: o PROVAB, o Programa Mais Médicos e a bolsa de preceptoría para os médicos efetivos do município que recebem os alunos do internato não são soluções para enfrentarmos esses desafios.

Além do PROVAB e do Programa Mais Médicos outra dimensão das práticas nas unidades que precisa ser focada é o funcionamento do internato do curso de Medicina da UVV, em que, conforme mencionado, implica pagamento de bolsa aos profissionais médicos efetivos do município que preceptoram os alunos internos. O internato do curso de Medicina da UVV está organizado entre as quatro grandes áreas da Medicina: Pediatria, Clínica Médica, Ginecologia/Obstetrícia e Cirurgia. Transversalmente às quatro grandes áreas, funciona o internato de Saúde Coletiva. Os alunos, em sistema de rodízio, permanecem por quatro semanas a cada semestre nas USF do Ibes, de Barra do Jucu e de Terra Vermelha, preceptorados pelos médicos efetivos do município, organizados em grupos de 4 a 5 alunos por preceptor. Por um período de quatro semanas de um dos semestres do internato de Saúde Coletiva, os alunos realizam o internato rural, na cidade de Domingos Martins, em um hospital na região montanhosa do estado, com o intuito de trabalhar para além da APS na Saúde Coletiva.

Ao final do curso de Medicina da UVV, o aluno terá cursado oito semestres de PISEC e um total de três meses de internato de Saúde Coletiva, totalizando uma carga horária em USF do município de Vila Velha que possibilita potencializar o processo de formação deste aluno, complementada pelo mês de internato rural na Saúde Coletiva em ambiente hospitalar.

Na visão do coordenador do PISEC de 2007 a 2013, que participou também da implantação do internato de Saúde Coletiva e, posteriormente, do internato rural, ainda há o que se discutir e problematizar acerca da conformação dos programas de internato nos cursos de Medicina. Para o coordenador, apesar de inovadora e única no estado, a experiência do internato rural ainda é pouco reconhecida, divulgada e valorizada.

Coordenador do PISEC de 2007 a 2013: No internato, quando eu vim pra trabalhar na Emescam em 2003, ele era um internato de saúde coletiva. Eu tenho uma crítica a isso que eu acho que saúde coletiva, ela devia permear todas as áreas de conhecimento na Medicina. Não ser um internato do postinho. Vira quase um sinônimo: saúde coletiva tá dentro do hospital também, deveria estar. Então eu sempre pensei assim, se tem internato de ginecologia, de pediatria, de clínica médica e de cirurgia, por que não ter de medicina de família, que é especialidade médica, que trabalha com atenção primária, com medicina ambulatorial prioritariamente? É, poderia ter de geriatria também, poderia ter de outras áreas, mas, em termos de amplitude, de áreas básicas... Tanto que o MEC coloca isso muito vago. Saúde coletiva a medicina de família e comunidade, ela não assume, assume urgência e emergência. Mas urgência e emergência também, ela perpassa por várias áreas superimportantes. Perpassa pela pediatria, pela ginecologia e obstetrícia, pela clínica, ela é transversal. Saúde coletiva idem. Então por que não um internato de saúde coletiva. Então discutimos muito isso. Lá em Blumenau a gente conseguiu mudar essa perspectiva, colocando internatos. Se [não é um internato em especialidades médicas], vamos fazer um que seja, né? Pra fazer sentido na grade, na organização curricular, interação comunitária e internato de medicina de família e comunidade, como ele passou a se chamar. E aqui sempre, acho que é muito forte, é diferente de lá, tem uma tradição muito forte de saúde coletiva. Só que muito teórico, né, muito teórico, infelizmente. Assim, não consegue

discutir, problematizar, na prática, ficam discutindo muito política de saúde sem uma aplicabilidade prática. Não acho isso ruim, mas tá desequilibrado.

A presença dos alunos internos nas mesmas unidades de saúde em que os alunos do PISEC realizam suas atividades, como USF do Ibes e USF de Barra do Jucu, gerou algumas questões. Houve uma disputa por espaço, já que em alguns momentos há uma quantidade muito grande de alunos na unidade. Dependendo da atividade que o PISEC está realizando naquele dia, podemos nos deparar com uma situação de excesso de contingente de alunos em uma mesma unidade.

Na USF do Ibes há três preceptores, cada um com um grupo de quatro a cinco alunos ao mesmo tempo, os cinco dias da semana em ambos os turnos, enquanto no PISEC há grupos de dez a doze alunos, quatro dias da semana em ambos os turnos. Caso um dia os alunos do PISEC fiquem na Unidade acompanhando atendimento ambulatorial individual ou realizando os atendimentos, teremos um total aproximado de no mínimo 22 alunos na unidade, com um preceptor do PISEC e os três preceptores do internato, além dos outros médicos da unidade em atendimento. Não há espaço físico adequado para esta quantidade de alunos, utilizando os consultórios da unidade, ao mesmo tempo. A solução que os preceptores encontraram é a colocação de um maior número de alunos atendendo a um mesmo paciente ao mesmo tempo. Alguns usuários não se sentem confortáveis com uma quantidade grande de alunos acompanhando o seu atendimento.

O recebimento da bolsa de preceptoria pelos médicos do município que recebem alunos do internato tem trazido um debate bastante complicado. Os profissionais de saúde que realizavam atividades em conjunto com os grupos do PISEC não eram contemplados por qualquer benefício, seja bolsa ou outro qualquer, para receber os alunos e realizar atividades juntamente com eles. Isso porque os alunos não estão sob a sua supervisão, uma vez que os mesmos estão acompanhados do preceptor do PISEC, professor com vínculo empregatício com a IES. Já no internato, não há professor da IES, e os alunos são preceptorados e supervisionados, assim como avaliados em sua prática pelos preceptores do internato, médicos da USF.

Apesar do processo de trabalho ser diferente, ainda assim, há questionamentos por parte dos outros profissionais, sejam os outros médicos ou as outras categorias profissionais, acerca da possibilidade de também receberem uma bolsa pelo seu envolvimento com as atividades dos alunos. Essa situação acaba por indagar a gestão do município, sua política salarial, colocando-a em questão.

Por outro lado, há também a possibilidade de alunos do internato estarem realizando atividades nos mesmos locais que os alunos do PISEC. Essa relação tem proporcionado efeitos importantes nesse processo formativo, tanto para os alunos quanto para os professores, equipes e usuários dos serviços. Outras questões são colocadas, outros problemas formulados, afinal são experiências diferentes em diálogo. Algumas vezes, alunos do PISEC 1, ou seja, alunos do primeiro período, realizam algumas atividades em conjunto com os internos do 12º período, ou seja, os alunos no último período de formação.

Os alunos conseguem perceber um reposicionamento subjetivo e profissional no transcorrer do curso, tanto no que diz respeito a um saber técnico mais específico, mas também de relacionamento com os colegas, trabalhadores de serviços e usuários e maior segurança e confiança no que fazem, proporcionando credibilidade no processo de ensino-aprendizagem em curso. Aos professores do PISEC é proporcionada a possibilidade de programar atividades juntamente com os médicos preceptores do internato e os internos, o que nem sempre seria possível só com as equipes, como uma visita domiciliar mais distante da USF, um caso complexo que envolve múltiplos fatores, enfim, uma gama de demandas, que muitas vezes a equipe não encontra possibilidades de atender em seu cotidiano de trabalho caracterizado por uma sobrecarga, e que os alunos do PISEC, como estão em períodos iniciais, não estariam ainda preparados para realizarem.

Para as equipes e diferentes componentes das comunidades há oportunidades para além das habitualmente ofertadas pelo cotidiano de trabalho de uma USF; há possibilidades de se inventar formas diferentes de prestar assistência, de realizar encontros clínicos com os usuários, de programar ações educativas, de possibilitar estudo e pesquisa.

O ano de 2014 foi marcado pela intensificação dos encontros entre as representações desta parceria UVV e PMVV. Várias reuniões aconteceram, tanto na sala de reuniões da

Secretaria de Saúde da PMVV como também na sala da Coordenação do curso de Medicina da UVV, com a coordenadora pedagógica e o coordenador do curso, a Coordenadora do PISEC, representando a UVV, a subsecretária de Atenção Primária à Saúde, coordenações regionais de saúde (a PMVV criou uma coordenação por região de saúde do município, sendo cinco no total), as coordenações e os responsáveis técnicos dos Programas Especiais do Município, a Coordenação de Educação Permanente e de estágios do Município, as coordenações das unidades de saúde que são campo de estágio do PISEC, representando a PMVV.

Durante uma destas reuniões, em que se discutia a necessidade de melhorar, intensificar, fortalecer a integração serviço-ensino, surgiu a ideia de realizarmos uma Oficina de Integração Serviço-Ensino, em que todas as unidades do município seriam convidadas (as unidades básicas com modelo tradicional e as unidades com ESF implantada), as representações da gestão da SEMSA e da UVV, professores e alunos.

A oficina ocorreu nos dias 08 e 09 de abril de 2014. Para aquecer as discussões, iniciou-se com exposições dialogadas breves pelas representações da Secretaria de Estado da Saúde (SESA), da SEMSA e da UVV, abordando: a Lei do Programa Mais Médicos; a Atenção Primária e as contribuições da articulação ensino-serviço para o processo de trabalho; o PISEC do Curso de Medicina da UVV; a organização das CIES; e o Projeto de Regulamentação do Campo de Estágio na Rede Municipal de Saúde do Município de Vila Velha. Ao final das apresentações, os participantes foram divididos em pequenos grupos e debateram acerca de questões norteadoras: Como acolher o ensino e integrá-lo ao serviço de saúde? Que estratégias devem ser implantadas para articular as demandas curriculares do PISEC e as necessidades dos serviços? Que resultados podemos esperar a partir da integração do PISEC com os serviços de saúde?

Em entrevista com uma usuária que mora em Barra do Jucu há 40 anos e utiliza os serviços da USF há mais de 10 anos (Usuária 1), quando expõe sua opinião sobre o trabalho dos alunos, declara que *“Pra mim o trabalho deles é sensacional, muito bom o trabalho deles”*. Lembra que estudam, consultam, fazem receita, orientam quanto a alimentação e outros hábitos de vida, quando perguntamos das práticas dos alunos. A usuária nos conta da intervenção da professora com o grupo de alunos quanto à dor de dente que sentia, um

atendimento que visa à integralidade da atenção, incluindo todas as dimensões do adoecimento e da saúde.

Usuária 1: Professor muito legal, ela até me encaminhou, pra min ir, porque eu tinha muito medo de dentista, C. sabia como tava minha situação, ela vinha aqui e via como tava a minha situação, eu tava com uma dor tanta, pelejando com seis criança e aquele dente doendo... Aí ela olhou minha boca, foi lá, conversou com a dentista, deixou marcado com a dentista e falou: “eu quero que a senhora toma conta dessa senhora”, cuida da boca dela.

A Usuária 1 afirma que a intervenção do grupo do PISEC fez com que “crescesse a coragem e perdesse o medo” de consultar com o dentista. Para além deste relato, a Usuária nos informa que foram os alunos com a professora que a diagnosticaram como diabética, possibilitando tratamento e acompanhamento pela equipe da unidade, promovendo qualidade de vida à usuária, intervindo na dinâmica de toda a família, que depende da usuária para cuidados às crianças.

Para a entrevistada Preceptora 1, médica de família e comunidade, as práticas do PISEC nas USFs vêm influenciando a dinâmica dos serviços, intervindo positivamente, de acordo com o relato, inclusive criando um vínculo com o preceptor e o grupo de alunos, muitas vezes ofertando serviços não encontrados na unidade ou, ainda, por se tratar de um grupo que permanecerá na unidade por um tempo, enquanto nos serviços do município ainda verificamos uma alta rotatividade profissional, representando um possível empecilho ao vínculo usuário-equipe. Esta permanência se torna um fator positivo.

Preceptora 1: Bom, o que que eu penso. Ali dentro da Barra do Jucu a gente conseguiu mobilizar algumas coisas. A ponto deles começarem a se organizar melhor e estruturar nas equipes que eu acompanhava, estruturar pra acompanhar melhor as crianças na puericultura, criar aqui uma rotina porque o troço era meio solto. Quando entra PISEC lá e que todo dia de manhã e de tarde tem aluno com preceptor, eles têm que se estruturar porque as coisas têm que acontecer de uma maneira ou outra. Então eu acho que a gente força uma barra pra que a coisa aconteça como deve acontecer. Eu acho que ainda tem muitas pontas soltas, até pela troca de equipe. Então quando a comunidade começa a fazer vínculo com aquela equipe, troca todo mundo. Mas nós continuamos. Então, acho que por

isso, o preceptor e aqueles alunos começam a virar referência dentro da unidade porque mal ou bem são dois anos que eles vão ficar ali, naquele dia. Então a comunidade já começa a conhecer quem é quem. Tipo L., sabiam que a L. era neuropediatra. Então, não aparecia outra coisa na quarta-feira, senão crianças com problemas neurológicos. Não caía mais nos nossos dias nada disso. Já sabiam que era quarta-feira que tinha uma neuropediatra, entendeu? Então, a comunidade conhece e busca aquilo que ela está precisando nos dias que ela está precisando porque ela começa a saber quem é quem, quem é o preceptor, faz o quê, de que maneira. Eu acho que interfere, interfere a partir do momento que a gente, eu acho que obriga mesmo a fazer a estratégia como deve ser feita.

Já para o Preceptor 2, médico de família e comunidade, entrevistado, o impacto do PISEC no processo de trabalho e no cotidiano das equipes nas USFs é, de certa maneira, limitado, não é sistematizado, e acontece, em muitos momentos, de maneira informal.

Preceptor 2: Aí eu vejo pouco impacto. Mas eu acho pouco impacto porque eu acredito que seja mais a questão da nossa organização de trabalho. É muito difícil você dar conta do aprendizado do aluno, de cuidar do paciente e ainda do funcionário acompanhando, fica muito difícil. Se ele não estiver disposto a participar. Quando está disposto a participar, aí tudo bem, mas eu acho que é uma carga muito pesada pro preceptor fazer isso. [...] Não é sistematizado lá naquele momento de encontro preceptor-aluno-equipe. Agora eu não sei se cabe ao preceptor essa responsabilidade. Eu acho que não. Acho que não. Acho que não porque não se dá conta disso. [...] Quando você coloca essa responsabilidade dentro das atribuições do preceptor, acho que isso não funciona. Quando você promove esses espaços de encontro entre preceptores, alunos e profissionais, eu acho que aí tudo bem. Mas no dia a dia, se eu noto, noto, algumas coisas muito sutis. Por exemplo, eles passam a reconhecer que uma criança que antes eles enviariam pro PA, eles não vão enviar essa criança sem passar em uma avaliação, sendo que muitas coisas podem ser resolvidas ali mesmo. E isso muda. Isso muda. Agora as coisas mais de elaboração técnica, de organização, de sistematização de uma determinada técnica, de um agendamento, isso é muito cristalizado pra você mudar naquele momento. [...] eles começam a perceber o resultado nos pacientes também. Eles começam a perceber o que que foi feito de diferente.

Interessante mencionar como produto das discussões da Oficina que os profissionais e gerentes das Unidades Básicas declararam o desejo de receberem os alunos de graduação para realização das atividades do PISEC. Uma gerente afirma que “os estudantes e preceptores seriam ferramentas, instrumentos a serem utilizados, que viriam para somar. Nos ajudariam, seriam os nossos olhos, o que não conseguimos enxergar”.

Em entrevista com a Profissional 1, enfermeira e coordenadora da USF de Barra do Jucu, atuando juntamente com os grupos do PISEC há sete anos, ela lembrou desta oficina e sugeriu outros momentos como o experimentado a partir deste evento.

Profissional 1: Eu gostei muito do momento que vocês fizeram daquela que foi até interação ensino serviço onde estava a faculdade a universidade e os profissionais de saúde envolvidos... a oficina. É, então eu acho que de repente poderia entrar no cronograma, então eu acho assim que você dá um start para a equipe e você une as equipes com os preceptores com alguns acadêmicos então você enquanto profissional escuta a realidade do acadêmico, até na leitura do que ele vivenciou no período anterior. Ah, teve isso, por exemplo, teve isso que os profissionais não acharam legal da parte dos acadêmicos, então qual a nossa proposta para o próximo semestre ou o próximo ano para a gente alterar para ficar legal. Também teve algumas colocações dos acadêmicos que acharam algumas dificuldades dentro do serviço, então qual a proposta para tentar sabe resolver isso, eu achei muito legal a interação que teve. Porque às vezes a gente está fazendo e acha que está fazendo tudo de bom para vocês, e as vezes vocês tem demandas que não foram supridas pela gente, e vice-versa, então assim eu acho que esse momento de oficina é realmente o momento para você parar refletir as ações que foram feitas ou não realizadas e programar para o próximo ano, próximo semestre o que pode fazer.

Um outro questionamento levantado na oficina foi o pagamento de bolsa aos preceptores médicos do internato, as contrapartidas e suas consequências. Os outros profissionais questionaram que acompanham alunos, realizam atividades e que não foram beneficiados por qualquer gratificação ou benefício. Houve uma tentativa de explicação sobre diferenças do processo de trabalho e de supervisão entre o PISEC e o internato, visando esclarecer o porquê do recebimento de bolsa apenas para os profissionais médicos preceptores do internato da rede do município. Assim, a ocupação dos mesmos espaços pelo PISEC e

internato trouxe essa e outras questões, que têm retornado e analisado sempre que possível. A questão continua mobilizando debates e não se perspectiva caminhos para enfrentar essa situação.

Um desdobramento desse processo foi a criação de estratégias, sugeridas pelos grupos de debates na oficina de integração, para realização de oficinas de planejamento integrado com as unidades em que o PISEC desenvolve suas atividades. A proposta foi mencionada por mais de um grupo de debate, e reforçada pelos participantes no momento da discussão final como sendo um caminho possível e necessário para articular melhor o serviço com o ensino no município, fortalecendo a parceria UVV/PMVV.

Em outra ocasião, em que discutimos esta parceria, houve uma demanda por parte da gestão do município em realizar uma Oficina de Matriciamento para auxiliar nesta nova investida da Secretaria, como parte das negociações desta parceria.

A oficina foi sugerida como parte do Projeto de Capacitação de Áreas Técnicas da SEMSA e a temática definida foi O matriciamento como estratégia potencializadora da Rede de Atenção. A oficina teve como objetivo promover um alinhamento conceitual da equipe técnica da SEMSA quanto às bases filosóficas e metodológicas do Apoio Matricial, tendo como público-alvo os 41 profissionais que compõem o Departamento de Programas Especiais (DPE) e a Vigilância Sanitária (VS) da SEMSA. A oficina ocorreu no dia 23 de julho de 2014, durante todo o dia, com exposições dialogadas, dinâmicas, discussão de textos, trabalhos em grupos e debates.

Algumas questões debatidas na oficina foram: Como usar o matriciamento no processo de trabalho da SEMSA? Que princípios orientadores devem estar presentes nas ações propostas independente da área? E ao final cada grupo relacionou as estratégias para a construção de uma proposta de matriciamento para o DPE e VS.

A oficina demandada pela Secretaria foi realizada, mas não obteve os efeitos esperados, uma vez que o descompasso e a desestruturação na SEMSA da PMVV não foram alterados minimamente. Há um funcionamento burocrático, alimentado pelo modismo e pelos movimentos visualizados em outras secretarias, com a implantação de ações, programas,

ferramentas, técnicas, estratégias e etc. muito mais relacionadas com o que é considerado como moda no campo da saúde do que de fato interesse em colocar em análise as questões relacionadas aos processos de trabalho na gerência da Secretaria do município, dos serviços e da comunidade assistida.

Dando continuidade às discussões e também a partir do discutido e compilado nas oficinas, começamos a programar as oficinas de integração serviço-ensino por Unidade em que o PISEC participa do cotidiano dos serviços. Eram sete unidades, e era preciso definir com quais iniciariamos. No contexto à época, a subsecretária sugeriu que começássemos pelas unidades de Araçás e Jardim Colorado, justificado pelo fato que a USF de Araçás é uma unidade com inúmeras questões desafiadoras, a começar pelo grande problema da falta de espaço físico; enquanto a USF de Jardim Colorado era a unidade recém-inaugurada, nova. E assim foi feito, as primeiras duas oficinas foram organizadas com estas unidades.

Em agosto de 2014, ocorreu a Oficina da USF de Araçás; em setembro de 2014, a de Jardim Colorado; em abril de 2015, a de Barra do Jucu; em maio de 2015, a do IBES; em junho, as de Vila Nova e Ulisses Guimarães; e, por fim, a de Ponta da Fruta, que ocorreu no início de julho de 2015.

Aqui, vale uma ressalva acerca da nova unidade, a USF de Jardim Colorado. A USF de Vila Nova tem problemas de espaço físico. Enquanto a Secretaria não encontrava possibilidades de expandir o espaço, apesar de ter sido realizada uma grande reforma, surgiu a ideia de “levar” duas equipes da USF de Vila Nova para trabalharem em outro espaço físico. Estudaram-se, então, quais comunidades (áreas de abrangência das equipes) estavam mais afastadas da USF de Vila Nova, quais espaços físicos a PMVV poderia utilizar para inaugurar uma nova unidade e que comunidades também estariam mais próximas destes espaços físicos possíveis de serem utilizados para a construção da nova unidade.

Desta forma, as equipes 2 e 29 foram transferidas para o novo espaço físico, inaugurando a nova USF, denominada Jardim Colorado. Por conta disto, não só pelo próprio acompanhamento dos grupos de PISEC destas comunidades e equipes, mas também por solicitação da Secretaria de Saúde do Município, transferimos quatro grupos do PISEC da

USF de Vila Nova para a USF de Jardim Colorado, mantendo quatro grupos ainda em Vila Nova, acompanhando as equipes restantes. Foi necessária a transferência de quatro grupos do PISEC para a USF de Jardim Colorado, pois o objetivo do Projeto Pedagógico do PISEC é o acompanhamento do aluno durante os quatro anos de PISEC em uma mesma unidade, em uma mesma equipe, em uma mesma comunidade, e para isso era preciso que quem começasse no PISEC 1 de segunda a tarde, por exemplo, fosse para o PISEC 3 de quarta a tarde mantendo a equipe e comunidade, assim como no PISEC 5 e PISEC 7, já que cada grupo permanece um ano no mesmo dia e horário com o mesmo preceptor, e ao final deste ano muda de dia e horário, assim como de preceptor, mas continua com a mesma equipe e comunidade naquela mesma unidade.

Então, a coordenadora pedagógica do curso de Medicina e eu, como coordenadora do PISEC, reunimo-nos com a coordenadora da USF de Araçás para pensarmos, juntas, a programação da primeira oficina, quais seriam os objetivos, como seria feita e, por fim, como seria organizada a prática do PISEC enquanto processo de trabalho juntamente com as equipes, para garantir que o aluno ficasse durante os quatro anos na mesma equipe, independente de troca de preceptores ou de profissionais, ou até mesmo da gestão da unidade.

Além disso, havia a necessidade de garantir que o grupo de alunos do primeiro período começasse em uma determinada equipe, de tal forma a manter uma periodicidade entre as equipes daquela unidade, em relação ao recebimento de um grupo de primeiro período por semestre, já que o nosso processo de seleção ocorre semestralmente. Grupo este que se manteria na mesma equipe durante quatro anos.

Havia, portanto, a necessidade de um programa de ocupação com a confecção de uma planilha com todas as equipes da unidade e grupos de PISEC. Isso porque um dos objetivos do primeiro período, no módulo território¹⁸, é utilizar a ferramenta Método da Estimativa

¹⁸ O PISEC está estruturado de acordo com a Metodologia da Espiral, por temáticas, em que o aluno conhece o TERRITÓRIO, não só o geográfico, mas as pessoas que nele moram e trabalham, os serviços de saúde do bairro, equipamentos públicos, como escolas e centros de educação infantil e progressivamente aprofunda-se no conhecimento sobre GRUPOS SOCIAIS, FAMÍLIAS E INDIVÍDUOS, correspondendo as quatro grandes temáticas, em que o PISEC organiza seus objetivos e processo de trabalho, cada uma representando um ano do componente curricular. Ainda, há quatro eixos transversais que perpassam todo o conhecimento

Rápida Participativa¹⁹, disponibilizando para a comunidade e equipe uma “fotografia” da situação daquele território naquele momento. Sabendo que o território é dinâmico, entendemos que podemos realizar uma atualização desta “fotografia” periodicamente, dependendo de quantas equipes cada unidade possui. Garantiu-se também uma divisão equilibrada dos grupos de PISEC entre as equipes, de tal forma a não sobrecarregar nenhuma equipe e a auxiliar todas as equipes no seu cotidiano de trabalho, mantendo todas acompanhadas por grupos de alunos e preceptores do PISEC.

Para efeitos de discussão, inspirados nos estudos sobre espaço e território de Milton Santos (1997), entende-se espaço como um processo e produto das relações sociais, que se realiza enquanto uma instância social, afirmando o território como cenário destas relações sociais, extrapolando o geográfico, em constante mutação e dinamismo; o território assumindo uma condição móvel e transitória.

O território é o chão e mais a população, isto é uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é a base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais e da vida, sobre as quais ele influi. Quando se fala em território deve-se, pois, de logo, entender que está falando em território usado, utilizado por uma população (SANTOS, 2000, p. 96).

Neste sentido, entendemos o território como um potente campo de práticas, um cenário que possibilita um processo de formação potencializado pelo espaço público. O PISEC, utilizando-se deste território, apresenta a possibilidade de proporcionar ao aluno a oportunidade desta formação que apostamos. É bem verdade que toda a potencialidade e dinamismo deste território só atingirá os objetivos traçados de uma formação ampliada de profissionais médicos, não focados na doença, muito menos numa perspectiva biomédica, se os preceptores e alunos entenderem e vivenciarem o território como um cenário das relações sociais, uma instância social, e não apenas o território geográfico em que a equipe da unidade e os alunos e preceptores atuam cumprindo suas atividades e objetivos do PISEC.

compartilhado e qualquer atividade desenvolvida no PISEC a qualquer momento: BASE TERRITORIAL, INTERDISCIPLINARIDADE, PROCESSO SAÚDE-DOENÇA e INTEGRALIDADE.

¹⁹ O Método da Estimativa Rápida Participativa é um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas num curto período e sem grandes gastos de tempo profissional e de dinheiro, tornando-se a primeira etapa no processo de desenvolvimento de perfis de planejamento para decidir sobre as intervenções sanitárias para comunidades específicas (SILVEIRA; CAMBUÍ; MACHADO, 1988).

Vale destacar que as atividades dos grupos, muitas vezes, se mantinham por afinidades pessoais, ou seja, um professor que tem maior acesso a uma equipe que considera melhor trabalhar com uma determinada enfermeira, que tem melhor entrosamento com as ACSs, que consegue agendar suas atividades, enfim, que não encontra muitos entraves para manter seus dias de estágio funcionando conforme seus interesses, mantinha-se sempre, todos os semestres, com aquela equipe, o que rompia com o objetivo do aluno se manter na mesma equipe durante os quatro anos. Isso se dava pelo fato de muitas vezes não coincidir a equipe em que o aluno manteve suas atividades com a equipe que o professor acompanhava seu cotidiano. Se trabalhamos em sintonia com os objetivos da ESF, e um deles é o vínculo usuário-profissional, precisamos manter os alunos na mesma comunidade durante os quatro anos do PISEC, em consonância com os objetivos do Projeto Pedagógico do Curso de Medicina e do próprio PISEC.

O produto final das oficinas foi um *flip chart*, descrevendo as atividades com as quatro grandes temáticas do PISEC, conforme estruturação curricular: território, grupos sociais, família e indivíduo, citando as que são desenvolvidas e sugerindo as que podem ser desenvolvidas, e respondendo ao questionamento “Como integrar as atividades da unidade com o PISEC?”

Um aspecto interessante a destacar desse processo, é que ia ficando claro nos grupos que as atividades já em desenvolvimento e que podiam ser desenvolvidas eram exatamente aquelas que faziam parte do cotidiano de uma unidade com equipes de saúde da família; ia ficando cada vez mais explícito que os objetivos dos grupos de PISEC eram os objetivos das próprias equipes. Era possível intensificar as atividades já desenvolvidas, aproveitando-se da inserção dos alunos e preceptores, dos materiais disponibilizados pela IES, para implementar, fortalecer, diversificar atividades que muitas vezes tem baixa adesão e baixo impacto, por se tratar de algo repetitivo, sem significativo movimento de inovação, de dinamismo, de invenção.

Mas também evidenciou-se que momentos como esses são muito importantes. O dia a dia da unidade e o processo de trabalho, provocam oportunidades para repensarmos as nossas práticas e inventarmos outras. Reafirmava-se, assim, a importância de partir do trabalho

vivo que se atualizava nos serviços evitando-se ações desvinculadas do que se experimentava nesse cotidiano, recusando as dicotomias teoria-prática.

As oficinas nos deram pistas de que essa formação em meio aos processos de trabalho, implica, necessariamente, negociações com as políticas locais. A formação médica, o trabalho do médico, se amplia inquestionavelmente. Discutir gestão e políticas de saúde é parte constitutiva do trabalho desses profissionais.

Com as oficinas também foi possível perceber a importância dos laços de confiança, que viabiliza aumento da potência de agir. O cuidado se efetiva na relação de confiança. Segundo Sade, Ferraz e Rocha (2013, p. 283), a palavra confiança significa fiar com, tecer com, composição e criação com o outro. “O *ethos* da confiança tem o sentido de abertura ao plano da experiência e de aumento da potência de agir”. Para os autores, confiança contribui para a produção de engajamento, em que a confiança na experiência implica a promoção de uma experiência compartilhada, fundando alianças que se sustentam em zonas de indeterminação que lançam os envolvidos em trajetórias inventivas. A confiança é a condição para que a criação ocorra, nos lançando à experimentação, ao incerto, nos dando coragem da entrega.

Desta maneira, entendemos a construção de laços de confiança como um caminho importante no fortalecimento das relações serviço-ensino-comunidade, da produção de um comum, produção de práticas efetivamente públicas. Os vários atores envolvidos no processo da integração dos serviços com o ensino, que priorizam a assistência à comunidade, podem compor uma experiência compartilhada no cotidiano das práticas de assistência nas unidades, em que a experimentação e o incerto estejam presentes, demandando engajamento, ampliando e aquecendo redes. Relação de confiança, portanto, que fortalece o trabalho e favorece grupalidade. Construção de comum na diversidade de inserções e valores presentes nessa experiência PISEC.

Assim sendo, consideramos a confiança que se estabelece entre profissionais e usuários um potente “ingrediente” na nossa aposta de uma política de formação médica, em que haja a afirmação de um espaço público no processo de trabalho em saúde.

Interessante destacar que não consideramos os entraves, os diferentes desafios, como fatores que podem inviabilizar a prática do PISEC nas unidades, mas sim parte importante do processo de aprendizagem, uma vez que compõe o cenário do cuidado em saúde naquele município. O trabalho médico não acontece de forma isolada ou exclusiva, dentro de um consultório. É preciso vivenciar as questões políticas, político-partidárias, de processo de trabalho e de gestão. Todos são elementos que compõem o trabalho do médico. Para Canguilhem (1995, p. 16), a Medicina “é uma técnica ou uma arte situada na confluência de várias ciências”. Tais questões não podem ser, portanto, desprezadas, mas compõem a análise dos processos de trabalho em saúde. Representa um de seus aspectos constituintes.

Explorando a ideia de tecnologias do trabalho em saúde, Emmerson Elias Merhy considera que “o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato permanentemente, um pouco à semelhança do trabalho em educação” (MERHY, 2007, p. 48). Para a nossa aposta, esta afirmação de Merhy é importante, uma vez que nessa tese trabalhamos o processo formativo do profissional da saúde, o médico, potencializando o espaço público, ou seja, um espaço que destaca a inclusão de usuários, trabalhadores e gestores no SUS na organização do trabalho. O processo de formação é indissociável do trabalho coletivo em saúde; uma política de formação que amplia e afirma uma prática assistencial democrática, participativa, lateralizada.

A classificação das tecnologias do trabalho em saúde em tecnologias leves, leve-duras e duras, pode ser entendida, conforme Merhy (2007, p. 49) de tal maneira que as tecnologias leves representam as tecnologias de relações “produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho”; já as tecnologias leve-duras compõem os “saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo”; por fim as tecnologias duras são representadas pelos equipamentos tecnológicos – “máquinas, normas, estruturas organizacionais”.

Na micropolítica do processo de trabalho, não cabe a noção de impotência, pois se o processo de trabalho está sempre aberto à presença do trabalho vivo em ato, é porque ele pode ser sempre “atravessado” por distintas lógicas que o trabalho vivo pode comportar. Exemplo disso é a criatividade permanente do trabalhador em ação numa dimensão pública e coletiva, podendo ser “explorada” para

inventar novos processos de trabalho, e mesmo para abri-lo em outras direções não pensadas (MERHY, 2007, p. 61).

Ao analisar o médico e suas práticas, Merhy trabalha com as valises tecnológicas, fazendo uma relação com as tecnologias. Para Merhy (2007, p. 94), o médico utiliza três tipos de valises: **uma vinculada a sua mão**, onde poderíamos colocar o estetoscópio, o ecógrafo, o endoscópio, e outros equipamentos - caixa de ferramentas tecnológicas formada por “tecnologias duras”; **outra que está na sua cabeça**, os saberes bem estruturados como a clínica e a epidemiologia - caixa formada por tecnologias leve-duras; e, por fim, **uma outra presente no espaço relacional trabalhador-usuário** com as tecnologias leves “implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só tem materialidade em ato”.

O trabalho em saúde, clínico ou preventivo, segundo Campos (2010), tem como objetivo modificar uma situação considerada inadequada, apostando em um processo de mudança, o que implica em uma intervenção ativa de sujeitos, mobilizando recursos para alterar a situação. Para Benevides de Barros e Passos (2005, p. 570), quando enfocamos o tema saúde como processo de produção, estamos falando de “uma experiência que não se reduz ao binômio queixa-conduta, já que aponta para a multiplicidade de determinantes de saúde e para a complexidade das relações entre os sujeitos trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde”.

As práticas do PISEC nas USF representam uma possibilidade dos alunos experimentarem essa multiplicidade de determinantes de saúde, de atualizar a experiência das tecnologias leves, de vivenciar a complexidade das relações envolvidas neste encontro médico-paciente, que extrapola o ambiente do consultório, que solicita do profissional para além do conhecimento técnico específico do saber médico. Certamente, não temos garantias, mas nossa aposta é de que essa experiência abra para outras possibilidades de formação médica.

Para a Aluna 1 do terceiro período, entrevistada, o PISEC pode modificar o seu processo formativo como futuro profissional médico, de tal maneira, que segundo a aluna, apenas o fato dela estar no início do curso percebendo que os fatores ambientais e que a interação com a comunidade interfere no processo de diagnóstico e para entender a doença apresentada pelo paciente, isso não é pouca coisa. É uma dimensão essencial do trabalho em saúde.

Aluna 1: Eu cheguei na faculdade pensando em fazer alguma especialidade e abrir o consultório. E ao longo do contato que eu tive com o PISEC, mudou muito. Eu comecei a valorizar a Atenção Primária. Eu comecei a ver que uma relação, eu comecei a dar valor a uma relação mais cativa, vamos dizer assim, com o paciente, ser agradável, não sei, mudou a minha visão que você chega no consultório ou paciente chega no consultório, é aquela troca ali e saiu dali, acabou, entendeu? É uma coisa que eu não quero, assim, pro meu futuro profissional, porque eu vejo no PISEC muitos médicos com um contato com o paciente tão próximo que isso facilita o diagnóstico, uma relação tão íntima, que eu acho que quebra muito paradigma que tem, sabe? Do médico ser superior, alguma coisa assim.

Nas experiências nas práticas do PISEC, no relato do Aluno 3, do oitavo período, que já vivenciou os quatro anos de PISEC, o PISEC se torna uma possibilidade de efetiva prática médica. O aluno cita sua experiência que ilustra o que afirma.

Aluno 3: O, eu vejo isso porque até o jeito da gente tratar, é, por exemplo, às vezes eu vou pra Belo Horizonte lá trabalhar com o meu irmão, que é otorrino lá. Aí no consultório, ele, os meninos que se formaram em outras faculdades, me vêem atendendo, falam bem assim, nossa, seu irmão atende assim, parece que ele já conhece as pessoas, não é, é que você já cria um, de tanto de você ir pro PISEC, e atender, e entrar naquele ciclo, isso se torna assim uma coisa espontânea, não se torna aquela coisa forçada, de tratar o paciente como ser humano e não como uma doença. Se torna uma coisa mais espontânea, e você acaba enxergando o paciente literalmente como um todo. Então às vezes o cara chegava lá, em Belo Horizonte, por exemplo, ah, eu to com dor de ouvido, aí, geralmente os meninos faziam o que, sentavam na cadeira, senta aqui, ia lá e olhava, você tá com isso, isso, isso, toma atestado de um dia. Acabou, era o atendimento, 10 minutos o atendimento, e aí eu chegava, beleza, ah, é, mas você trabalha com o que, usa o que, ah, não, eu trabalho na Fiat e uso tampão, mas intra-auricular. Ah, então, eu vou passar um laudo que você tem que mudar o seu tampão auricular.

Para o Aluno 3, o PISEC modifica todo o sentido de “encarar” a profissão de ser médico, afirmando o PISEC como uma possibilidade de modificar o processo de formação profissional. Corroborando com o exposto pelo Aluno 3, o Aluno 2, do quinto período,

também afirma, que no seu entendimento, há uma modificação da formação a partir das práticas do PISEC.

Aluno 3: É. Eu acho que modifica tudo. Modifica o jeito de você encarar a sua profissão, que você passa a encarar a sua profissão, não só como uma profissão curativa, mas uma profissão assim de harmonização, é, é, da vida mesmo, do paciente, não só a lidar com a doença, mas de harmonizar ele pra, com a família, com tudo, porque às vezes uma doença não tá afetando só ele, afeta a família todinha. E, diretamente no tratamento do paciente como pessoa, não só como uma doença. Acho que é o que mais assim, impacto maior que a gente sofre no PISEC é esse. De você ver o paciente já com doença e tal, e por você ter esse acompanhamento a longo prazo, você acaba desenvolvendo assim, vendo, mesmo você não querendo ver, você é obrigado a ver que não se trata só de uma hipertensão, não se trata só de uma diabetes, não se trata às vezes só de uma doença sistêmica, se trata de uma série de fatores que ou aquela doença traz com ela, ou aquela doença levou a aparecer. Então você, quando você começa a atender um paciente, você já não tem mais só aquela visão fechada pra doença, lógico que você vai ver o que que o paciente tem, ah, ele tá vamos supor com diabetes, agora eu tenho que saber o que que isso vai afetar na vida dele porque não adianta passar, ah, você tá com diabetes tipo II, toma esse remédio e volta, não. Você tem que saber tudo, como que ele mora, como que ele trabalha, como que ele come, nível de estresse. Almoça em casa, almoça no restaurante. Então isso te dá uma visão ampla mesmo de paciente, muito ampla, de tudo que você tem que ver, então não te restringe só ao consultório. Te restringe ah, você vai além do consultório, você pega o mundo do paciente pra analisar aquele problema, porque às vezes não adianta, às vezes você dá o medicamento e vai adiantar, mas ele vai voltar com outro problema, vai voltar com outro problema, se você vê ele só naquela situação pontual ali.

Aluno 2: Nossa, totalmente. Muito. E isso é uma coisa assim que eu não vejo só em mim, mas nos meus colegas, que isso, que essa interação do ensino e comunidade vai ser uma coisa assim, um diferencial, se o objetivo é formar médico generalista, é, vai ser conseguido, porque a gente pega de tudo lá, pega a parte de ortopedia, a parte de gestação, de hemato, tudo, então essa interação desenvolve um aluno como eu já disse do quinto período o aluno já tem capacidade de saber conversar, de saber extrair do paciente,

extremamente eficaz, isso é assim é uma coisa, um diferencial muito grande do curso. Eu acho que isso vai ser fundamental pra gente, e eu já me vejo quando eu tiver trabalhando lembrando das atitudes que eu tomei quando era aluno ainda. Ah, dessa vez eu prescrevi isso, dessa vez eu solicitei isso, dessa vez eu chamei o pai e a mãe junto daquela pessoa, entendeu? Eu vejo isso como experiência que a gente tá adquirindo que a gente vai usar muito no, quando a gente se formar.

Na visão dos preceptores entrevistados, as práticas no PISEC podem ser um potencial para provocar deslocamentos nos alunos e em seu processo de formação. Avaliam o contato com a população SUS dependente, com a clínica e a demora permitida, e com as dimensões para além da biológica, importantes aspectos das práticas do PISEC na formação do aluno do curso de medicina.

Preceptor 2: Como que isso interfere no aprendizado do aluno. Primeiro por ele conhecer um perfil de um paciente que seja SUS dependente. O que que eu quero dizer com perfil. Perfil socioeconômico mesmo, perfil cultural, que a identidade cultural está presente o tempo inteiro dentro das consultas, dentro das consultas porque é o ambiente que eu mais estou hoje. Como ele que, quais recursos ele pode utilizar, saber que os recursos eles são finitos, que isso aqui, que ele tem que saber usar o melhor recurso disponível pra aquele momento, não necessariamente aquele recurso que o ambiente privado ele vai trazer pra você tentando vender, então qual, eu aprendi que isso aqui, que o artigo hoje tem vários né, tentando, muitos com viés e outros não, mas tentando na verdade trazer uma tecnologia e na maioria você vê artigos trazendo tecnologias duras, né? Então assim você saber que aquilo ali, tudo bem, existe aquele recurso, mas ele é necessário neste momento? É aquela coisa da demora permitida que o Duncan ele mesmo traz. Eu posso fazer várias coisas com os meus pacientes, mas é necessário realizá-los nesse momento? Então o PISEC traz isso para o aluno de uma forma muito clara, é explícito mesmo. Até mesmo durante os questionamentos. Professor existe isso aqui, eu posso fazer isso. É necessário? Vamos pensar o que isso vai te trazer de ganho. Quando muitas vezes em outro ambiente por eu ter uma disponibilidade maior, o paciente que tem uma condição socioeconômica diferente, um pouco melhor, eu quero fazer esses exames aqui, e você às vezes fica inibido de, de, de, pra quê você quer fazer esses exames? Então, eu acho que isso, a dimensão que

existe, não estou falando só do aspecto econômico não, do aspecto iatrogênico também. Então quando você traz essa dimensão, poxa tem recurso finito, essa população ela é mais vulnerável, pra população mais vulnerável que tipo de recurso eu tenho que usar? É uma ressonância magnética de última geração? É uma droga? Não. O que que eu tenho que usar? Então quando eu estou nesse ambiente público também eu abordo muito mais o coletivo do que... eu tenho a possibilidade de abordar, não necessariamente eu abordo, a oportunidade de abordar muito mais o coletivo do que o individual. [...] Na verdade a dimensão biológica nossa é a menor que tem. Os maiores hábitos, até os hábitos mais biológicos que a gente tem, como a relação sexual, alimentação, evacuação, está impregnado de aspecto cultural. Então assim a própria dimensão biológica ela é muito invadida, eu não consigo quando eles falam, ah, professor, quando eu estava na tutoria, vamos abordar aspectos psicossociais, a gente não dá pra separar. Isso está no meio de tudo. Então, como é que a gente vai separar, não agora eu vou falar sobre o hábito de evacuar, fisiologicamente isso acontece, mas se eu tiver por exemplo, uma pessoa muito ansiosa ela pode ter uma síndrome do colo irritável, e aí? Como é que funciona isso? Fisiologicamente a gente não tem explicação pra isso como de várias coisas. Né então, é, a gente tem a oportunidade de trabalhar muito mais isso. Eu acredito que isso influencia demais no aprendizado. [...] uma situação social [...], um paciente analfabeto e eu vou prescrever. Como eu lido com isso? Que a gente tem que .. você já tinha parado pra pensar nisso? Porque senão ele vai e repete a receita. Aí a gente diz você perguntou se o paciente sabe ler? Aí ele não. Não sabe ler. E aí, a receita está escrita. Como é que eu faço isso? Então um incômodo que ele não tinha pensado. Então existe uma coisa mais explícita e uma coisa que depende muito da facilitação do processo de aprendizagem, que é fundamental.

A Profissional 1, enfermeira e coordenadora da USF de Barra do Jucu, que há sete anos acompanha os grupos do PISEC nas suas práticas na unidade, afirma:

Profissional 1: Então assim eu acho que o bom desse programa é que você está ofertando para o acadêmico a possibilidade de ele ter um outro olhar que muitos de nós a gente não teve isso, a nossa formação era você vai trabalhar no hospital, vai prestar o serviço e vai embora para casa e vai voltar, você não se envolve, não mostra comprometimento e

resolutividade no que vai fazer, então assim eu acho que essa é a outra visão e a visão que a gente tem que pegar da onde tudo inicia, é na atenção primária que ele vai conseguir pegar isso, a gente vai trabalhar contexto, a gente vai trabalhar comunidade, a gente vai trabalhar todo mundo inserido para não deixar acontecer, acometer, para não ter que parar no hospital, não ficar internado, uma série de indicadores lá ruins para a gente, um trabalho todo feito aqui mesmo na base.

Na percepção das quatro ACS que participaram da Roda de Conversa, os alunos são valiosos e o PISEC proporciona formar médicos “mais humanos”. Citam o exemplo do médico que trabalha na USF de Barra do Jucu, hoje, pelo Programa Mais Médicos, e que foi nosso aluno, que realizou as práticas do PISEC na USF de Barra do Jucu durante os quatro anos, na equipe em que hoje ele é o médico responsável.

ACS 2 (2 anos e 6 meses no serviço): eu acho que eles participando né, com a gente, com a comunidade se tornam mais humanitários, mais humanos, quebra um pouco daquela do médico do consultório eu acho que eles aprendem mais, enxerga a comunidade como ela é, a família e a gente vê muito interesse neles, eles tem uma vontade muito grande de aprender, de conhecer, eles perguntam, acho muito bom isso.

ACS 1 (11 anos e 2 meses no serviço): Também acho que eles tem um interesse muito grande assim, conhecimento das famílias, conhecer o território onde vão trabalhar, durante 4 anos né com a gente. E tem aqueles também pontos que tem uns que chegam já assim desconfiados, dependendo do visual da casa né, ficam meio distante né e outros né não outros se encaixam mesmo, querem meter a mão pra trabalhar querem conhecer bastante as famílias, acho que são bem valiosos aqui na comunidade.

ACS 3 (quase 8 anos no serviço): É e a gente tem a experiência aqui na unidade mesmo a nossa equipe de um médico que veio desde um aluno, da UVV né, e a gente já teve tantos outros médicos que foram de faculdade diferente e que veio com uma cabeça diferente, o nosso médico atual, ele veio da UVV então ele veio da rua com a gente desde o 1º período. E ele continua aqui com a mesma cabeça preocupado na família e não só preocupado na doença do paciente, isso é importante, ele vê todo ângulo ele já procura a gente, ele já

sabe que aquele paciente tem algum problema, ele então, ele faz visita domiciliar ele vê de todo ângulo, é tudo visto de outro ângulo.

ACS 2 (2 anos e 6 meses no serviço): Ele é humilde, é uma pessoa assim que se tornou a gente vê diferenças, é uma pessoa humilde ele é uma pessoa que atende todo mundo bem, conversa com todo mundo muito bem, né, ele procura, eu acho bonito que aquilo que ele aprendeu ele trabalha em equipe, ele escuta, ele conversa, conversa com a equipe dele, sabe, então, é muito legal, muito bom trabalhar assim.

Assim, entendendo a importância no processo de formação dos alunos tendo essa dimensão ampliada do trabalho em saúde, e o PISEC como uma oportunidade de afirmar essa direção formativa, foram tomadas algumas ações para possibilitar a continuidade das atividades do PISEC nas USF. Conforme mencionado, foi firmada uma parceria via Termo de Cooperação em 2011. Essa parceria pressupõe o pagamento de uma taxa de ocupação por aluno por hora de campo de estágio nas unidades do município. A UVV efetua pagamento por utilização das USF pelo PISEC. Todo semestre há uma gama de documentos a serem providenciados e entregues à coordenação de estágios do município pela UVV, formalizando o quantitativo de alunos por unidade, por dia de atividades.

Esse pagamento de taxa de ocupação acarreta tensionamentos nas práticas do PISEC. Como é de conhecimento dos alunos o pagamento desta taxa, os mesmos se sentem no direito de exigirem dos serviços, dos profissionais, e até mesmo dos preceptores, certas demandas em campo. Em alguns momentos, nas práticas com os grupos em que sou preceptora, percebo essa tensão sendo colocada. Quando atividades planejadas são canceladas ou impossibilitadas, muitas vezes, recorremos com a divisão dos alunos pelas atividades que estão ocorrendo na unidade, como acompanhamento das consultas dos médicos. Em alguns momentos, os médicos se negam, o que não é compreendido pelos alunos, que argumentam que, como a UVV realiza o pagamento, os profissionais estariam “obrigados” a autorizar com que os alunos acompanhassem suas atividades em sua rotina de trabalho. Neste momento, cabe ao preceptor lidar com a situação, com o tensionamento posto. Como o nível central, passou essa informação para o nível local? A coordenadora da unidade frisou tal relação para os funcionários? Há um entendimento por parte dos funcionários do por quê desta “obrigatoriedade”? Há também a insegurança e o medo por parte de alguns

profissionais, que se sentem expostos quando há a presença do aluno, observando o seu processo de trabalho, e muitas vezes, se colocando em posição de uma análise crítica. Tal preocupação se expressa no relato do Preceptor 2, médico de família e comunidade:

Preceptor 2: A própria natureza privada da instituição, eu acho que interfere nesse tipo de compreensão do aluno. Porque eu estou pagando por um produto, entendeu? Tudo bem que em uma universidade pública, a gente paga pelo produto com nossos impostos que a gente tem, mas é diferente.

Ao firmar a parceria, para além do pagamento da taxa de ocupação, foi pactuada uma contrapartida, da UVV para com o município, de construção da Unidade Docente da Prainha, uma Unidade de Saúde em que o seu projeto de construção seria todo norteado para que a mesma assumisse a função de ser uma unidade docente. A questão que se impôs e prejudicou o cumprimento do pactuado, foi a interrupção da construção por uma questão de legalidade. O Ministério Público notificou a UVV, uma vez que não era possível a realização de uma obra pública com capital privado. Desta maneira, o projeto da obra da Unidade Docente da Prainha foi interrompido. Para contornar esta situação e garantir uma possível contrapartida, a UVV propôs à PMVV que a UVV ficasse responsável por equipar e prover de instrumentos e outros insumos a unidade assim que a mesma estivesse construída, e que a construção seria realizada com verba pública do município. Porém, a PMVV já havia realizado a compra dos equipamentos, instrumentos e outros insumos, e não teria capital disponível para a construção. Estava colocado um entrave no processo de consolidação dessa parceria. Falta de capital por parte do poder público, por um lado, e de impossibilidade de construção pela iniciativa privada, por outro.

A partir deste tensionamento da parceria UVV e PMVV, alguns movimentos de distanciamento e desconstrução do que foi conquistado ficaram nítidos e visíveis. Em específico, as modificações da relação do PISEC com a SEMSA/PMVV a partir do primeiro semestre de 2015, que se expressaram nos contatos e nos retornos quanto ao agendamento de reuniões, definições de ações em conjunto, entre outras programações, antes tão rápidos e efetivos, ficaram dificultados, lentificados, estremecidos, de tal maneira que foi exigido da UVV a confecção de uma série de documentos para que os campos de estágio fossem mantidos.

Para Ceccim, Duarte e Guerrero (2015, p. 127), apesar das diversas dificuldades de integração, os melhores resultados têm sido alcançados com esforços múltiplos, das IES em conjunto com os serviços. “Sem essa parceria, absolutamente necessária, as mudanças, que são imprescindíveis, ficam inviáveis”.

Para além destas questões, ainda vivenciamos os tensionamentos da ocupação dos espaços físicos por todos os atores deste processo. Os grupos de alunos do internato de Saúde Coletiva que são preceptorados pelos médicos efetivos da rede municipal, os médicos inseridos nas unidades dos Programas PROVAB e Mais Médicos, os próprios grupos de alunos e preceptores/professores da UVV do PISEC e todos os profissionais da rede municipal lotados nas unidades em que os alunos, sejam do internato ou do PISEC, atuam como campo de prática do aprendizado ocupando o mesmo espaço. Entendemos que estas relações, estes tensionamentos, fazem parte do processo de formação médica e não podem ser considerados como entraves ou empecilhos ao processo formativo.

Questões de diferenças salariais, de oferta de bolsa, de disputa por espaços físicos para realização das atividades e ações, tensões nas relações entre os atores dos processos de trabalho cotidiano, intervenções nas práticas já instituídas, intervenção no cotidiano das equipes, das unidades e na própria assistência à comunidade, constituem o quadro no qual o PISEC é uma dimensão e, portanto, compõe aspecto importante do processo de formação desses profissionais de saúde.

Desde 2015, vive-se uma fragilidade desta parceria PMVV-UVV. Os profissionais das unidades, insatisfeitos, em especial quanto aos salários distoantes comparando a PMVV e os programas do governo, assim como a oferta da bolsa por preceptoria, colocam em questão a relação com os grupos de PISEC. Uma expressão do que estamos afirmando, foi o movimento dos ACS, que perderam o direito ao pagamento da insalubridade no município, e definiram que como protesto não atuariam em atividades com os alunos, não participariam das ações propostas pelos grupos de PISEC, no início do primeiro semestre de 2015. Relata um ACS que a ideia deste movimento era que a UVV pressionasse a PMVV quanto à questão do pagamento da insalubridade.

Em agosto de 2015, agravando esse cenário, a PMVV interrompeu o pagamento aos enfermeiros e técnicos de enfermagem da gratificação denominada produtividade, o que acarretou em uma redução salarial drástica. Os profissionais estão desinteressados, descrentes. As falas giram em torno de palavras como desvalorização, humilhação, desrespeito, e muitos declaram a possibilidade de pedirem exoneração do município. O sindicato entrou no circuito, houve uma paralização e várias manifestações. A partir das negociações, a suspensão da produtividade perdurou, mas a gestão a substituiu por uma gratificação, em que os profissionais tiveram uma perda financeira, acarretando em continuidade da insatisfação.

Para além deste fato, nos foi informado por uma coordenadora de uma das unidades em que o PISEC atua, que a gestão comunicou a todos os coordenadores, em reunião, a também retirada da gratificação que os coordenadores recebiam. Esse dado acarretou algumas mudanças da gestão local, pelo fato dos coordenadores, pela perda salarial, cogitarem a possibilidade de pedirem desligamento do cargo, impactando diretamente na relação dos serviços com as equipes do PISEC. Na USF do Ibes a então coordenadora se desligou do município, houve a temporária substituição do cargo de gestão da unidade pela gestora regional, em seguida assumiu uma nova coordenadora que permaneceu no cargo por apenas um mês, havendo mais uma vez a troca de coordenação, ou seja, do período relatado até o presente momento, a USF do Ibes foi coordenada por três diferentes gestores, o que agrava o panorama relatado até o presente momento. Também ocorreu a troca de coordenação na USF de Ponta da Fruta neste mesmo período. As outras unidades em que o PISEC realiza atividades permanecem coordenadas pelos mesmos gestores até o presente momento.

Em março de 2016, após uma série de negociações frustradas, o sindicato dos servidores de Vila Velha decretou greve. Alegam que dentro da Grande Vitória, é um dos municípios que pior remuneram, além do fato já relatado da perda da produtividade por algumas categorias, e da insalubridade por alguns profissionais, sem que tenha sido realizada visita técnica aos locais de trabalho para constatação das reais condições insalubres às quais os servidores estão expostos no seu cotidiano de trabalho. Há outras questões levantadas pelo sindicato e pelos profissionais da rede: o reajuste data-base que não vem acontecendo de forma regular há anos, a ausência de benefício do auxílio alimentação, e uma defasagem salarial em

relação aos demais municípios da Região Metropolitana da Grande Vitória de 40%. Um outro agravante relatado pela Frente Sindical dos Servidores de Vila Velha é o recebimento de muitas denúncias sobre o ambiente hostil de trabalho como péssimas condições ambientais e assédio moral como relatos frequentes.

Uma outra questão que vem agravando a relação dos profissionais com a gestão do município gira em torno da incoerência do discurso com as ações. A gestão alega que com a atual crise não há a possibilidade de oferecer melhores salários. Porém, segundo a Frente Sindical, o prefeito Rodney Rocha Miranda, no seu segundo dia de mandato, promoveu aumentos consideráveis em seu próprio salário e de seus secretários, mantém um gasto elevado com propagandas em horário nobre, além de outros gastos como o repasse para a empresa privada que administra o Pronto Atendimento da Glória, sem retorno de melhoria da qualidade de atendimento, ou contratação de empresas de obras sem licitação.

O momento é de vários tensionamentos. Agrega-se o fato da celebração do COAPES, pela publicação da Portaria Interministerial nº 1.127 (BRASIL, 2015), disparando uma intensificação dos encontros das gestões IES e SEMSA/PMVV. Ainda são incertas as implicações desta nova legislação que passará a nortear as parcerias e pactuações entre os municípios e as IES, no âmbito da integração serviço-ensino. Mais um desafio está posto no cenário desta relação UVV e PMVV.

Entendemos que essa questão extrapola a questão legal, não é apenas uma questão de discussão jurídica, mas nos indica a importância de colocar em análise as relações público-privadas e a própria maneira de se fazer saúde do município. Que tipo de política de saúde pública esses movimentos nos indicam? Que tipo de interferências nos campos de prática a celebração do contrato previsto na lei produz? Que discussões estão se efetivando entre as gestões? Apenas aspectos de aplicação do próprio contrato, aspectos de celebração e efetivação do contrato? Não seria necessária uma discussão acerca de todas as implicações no nível local, envolvendo os profissionais de saúde, os coordenadores das USF, os professores, os alunos e também a gestão? Essas são questões que precisarão compor o cenário das práticas do PISEC, entendendo que esse exercício analítico é de importância inquestionável numa política de formação que perspectiva a criação de espaços públicos como diretriz do trabalho em saúde.

Essas são questões que estão no nosso horizonte. São fundamentais para fazer saúde pública. Porém, ainda estamos, muito vagorosamente, discutindo-as, e ainda não conseguimos encontrar caminhos interessantes para o enfrentamento das mesmas. Muitas são as nossas limitações e, principalmente questões vivenciadas em uma instituição privada, onde há a centralização do processo decisório, sem envolvimento dos atores nos processos. É preciso que façamos esse exercício: trabalhar em roda com todos os envolvidos, alunos, preceptores, profissionais, comunidade, gestores (UVV e PMVV), para que possamos discutir essas questões e construirmos, em conjunto, caminhos possíveis, soluções. Eis um grande desafio.

CAPÍTULO 4

4 POLÍTICA? FORMAÇÃO MÉDICA? SAÚDE? ALGUNS CONCEITOS COM OS QUAIS OPERAMOS

4.1 SE ESTAMOS FALANDO DE UMA POLÍTICA DE FORMAÇÃO, O QUE ENTENDEMOS COMO POLÍTICA?²⁰

Para Arendt (2002, p. 8), “A política baseia-se no fato da pluralidade dos homens”, ela deve, portanto, organizar e regular o convívio de diferentes, não de iguais. A política, então, não surge no homem, e sim entre os homens, sendo o seu sentido a liberdade. A condição humana da pluralidade está no fato de não o homem, mas os homens habitarem a Terra (AGUIAR, 2009). Para Aguiar (2009, p. 140-141), o sentido da política em Arendt “é a liberdade que se realiza todas as vezes que os homens se mostram capazes de iniciar em conjunto uma ação, de fundar relações, instituições; [...] é a forma e o locus apropriado da resistência”.

Arendt (2002, p. 11) considera que “o livre agir é agir em público, e público é o espaço original do político”. Faz, então, uma crítica ao totalitarismo, seja de direita ou de esquerda. Complementa, enfocando os supostos sistemas livres, em que há o perigo de coação e violência sufocando o livre agir dos homens. É preciso que o homem se mostre em sua liberdade, afirmando-se no trato político com os outros. E ao focar o totalitarismo e suas formas de dominação, Arendt pensa que o antídoto seria a recuperação da dignidade da política, uma retomada e recomposição do espaço público (AGUIAR, 2009). Para o surgimento de um homem singular com capacidade de agir e falar, garantindo a continuidade humana, deve haver a Terra, o mundo e nele o espaço público, de tal forma

²⁰ Vale lembrar que no inglês, diferente do português, há uma diferença clara no sentido de política, *politics* and *policy*. Na discussão da tese, o sentido de *policy* pressupõe um conjunto de ações de indução, enquanto a *politics* seria um modo de pensar/fazer formação orientado por princípios, diretrizes e finalidades bem definidos. Desta maneira, enfatizamos a política como *politics*.

que o agir e pensar são capacidades que se realizam em determinadas circunstâncias, as quais não determinam qual será o conteúdo desta ação e deste pensamento (AGUIAR, 2009).

Para Telles (1990), a sociedade atual está marcada pela indiferença em relação às questões públicas, pelo individualismo e atomização, pela competição e por uma instrumentalização de tudo o que diz respeito ao mundo. E como a formação médica aparece nesse cenário? Qual visão de mundo os processos de formação estão produzindo? As questões públicas estão sendo afirmadas como questões da saúde? O foco das ações de cuidado tem emergido da demanda das populações assistidas ou a lógica da privatização e do individualismo ainda predomina? A construção de um espaço efetivamente público, em que os interesses coletivos sejam prioridade tem se constituído na prática de alunos e professores do PISEC?

Mas de que espaço público estamos falando? “A cidadania é fundamentalmente o processo de construção de um espaço público que propicie as condições necessárias para a vivência e a realização de cada ser humano, em efetiva igualdade básica” (CORRÊA, 2010, p. 27), afirmando-se singularizações. Para o autor, o espaço público é visto como um espaço vital, necessário a cada um de nós, para construirmos nossos projetos, nossos sonhos, de forma criativa, baseando-se nos direitos fundamentais socialmente reconhecidos.

Neste sentido, Corrêa (2010, p. 52) conclui que

A concretização dos direitos de cidadania na busca de um espaço público acessível a todos depende dessa relação de poderes. Se os setores populares excluídos de seu desfrute não se articularem politicamente de forma abrangente, estendendo esse horizonte de sentido para a totalidade concreta das relações sociais, ou seja, para uma mudança global do sistema, a luta pela cidadania servirá no máximo para avanços setorializados, facilmente desestabilizados pelo poder dominante.

Ainda prossegue (CORRÊA, 2010, p. 56), afirmando que os direitos humanos e a cidadania dependerão “da superação das contradições fundamentais do sistema, uma vez que as desigualdades materiais do capitalismo condicionarão uma ocupação desigual do espaço público”. Assim, “os excluídos, os oprimidos e os discriminados” são os sujeitos políticos fundamentais para a “reconstrução do espaço público fora da lógica do lucro e da acumulação”.

Para Aguiar (2009), a política pode ser pensada no âmbito da cidadania, das pessoas e não apenas do Estado, das nações. Assim, o sentido da política não é a organização das necessidades e sim possibilitar com que os homens apareçam como sujeitos, como pessoas reconhecidas no direito de agir e falar livremente.

Paoliello (2007) afirma que o público resulta de um processo de identificação de interesses comuns e compartilhados, em que as pessoas e instituições se comunicam. Quando esses interesses comuns se apresentam amplos e duradouros, há a afetação de outras pessoas, até então não envolvidas diretamente, que passam a reconhecê-los.

De acordo com Paoliello (2007), há três elementos constitutivos de um público: a política, a democracia e a cidadania. Reforça que há a coexistência de múltiplos públicos, uma vez que a complexidade da vida social vincula os homens por relações simultâneas e de naturezas diversas, vinculando-os a certos interesses e, a partir deles, comunicando-se com outros homens, que além dos interesses comuns, também se vinculam a outros diferentes.

O público enfocado por Paoliello (2007) está fundado na concepção originária dos romanos, onde o público não se contrapõe ao privado, e sim à dominação. Para a autora, “o público emerge, não necessariamente na esfera estatal, apesar de nela ser possível localizar os elementos que o fundam. Ele está identificado com a ação política, com relações democráticas e com uma vida cidadã” (PAOLIELLO, 2007, p. 82).

Quando Paoliello (2007) afirma que o público se contrapõe à dominação e não necessariamente que o público emerge na esfera estatal, mas na ação política com relações democráticas, torna-se importante para a nossa discussão, abordar no caso da UVV, como se efetiva essa relação entre os atores envolvidos no processo de formação do profissional médico. É fato que a UVV é uma universidade privada, em que há práticas concretas como o pagamento individual do curso, em que o custo é elevado, como também a oferta de créditos educativos, interferindo no processo de funcionamento do curso. Porém não é, apenas, a sua natureza de pertencimento jurídico à esfera privada que afirma em seu funcionamento um espaço privado. O privado se apresenta nas relações que se dão nas práticas institucionais.

No funcionamento do cotidiano institucional, percebe-se, muitas vezes, a predominância das relações não democráticas e a dominação por parte de quem ocupa um lugar de poder em todos os processos decisórios que se dão na prática do trabalho cotidiano. A falta de autonomia de decisão e a centralização decisória engessando os processos de trabalho na prática institucional são notórias. Observa-se o trefismo e o cumprimento de prazos, o fazer por fazer, o fazer porque assim se quer que seja feito. A falta de espaços de discussão dos processos e os mecanismos de “controle” via burocratização dos processos de trabalho e das decisões podem ser observados no funcionamento institucional em todos os âmbitos, limitando o processo de inovação das práticas, tentando impedir ações inventivas, movimentos que escapam do funcionamento instituído, que possibilitam o livre agir e falar, que descentralizam o processo decisório.

Torna-se importante, neste momento da discussão, citar como o mais poderoso mecanismo de controle, até mesmo mais poderoso que qualquer burocracia, a dívida advinda do crédito educativo, o Fundo de Financiamento Estudantil (FIES). O FIES é um programa do Ministério da Educação para financiar estudantes matriculados em cursos superiores, baseado na Lei nº 10.260/2001 (BRASIL, 2001c), depois alterada pela Lei 12.202/2010 (BRASIL, 2010b).

Em 2010, a taxa de juros do financiamento do FIES passou a ser de 3,4% a.a., e o percentual de financiamento subiu para até 100%. A partir do segundo semestre de 2015, os financiamentos concedidos com recursos do FIES passaram a ter taxa de juros de 6,5% ao ano (BRASIL, 2016). Para que o aluno tenha direito ao crédito educativo do FIES, ele precisa ter um fiador, é necessário que seja comprovada a condição do aluno, da família e do fiador, de pagar a dívida, o que acarreta uma perspectiva seletiva, em que o acesso ao FIES acaba por selecionar aquele aluno que possui uma condição financeira melhor. E como ter uma proposta de uma política diferenciada, formando profissionais com ênfase na APS, potencializando a construção do espaço público, com essa dimensão seletiva de acesso aos alunos ao curso?

E como trabalhar uma política de formação neste clima organizacional permeado pelas bases materiais discutidas? E como fazer valer os processos inovadores nesta forma de processo de trabalho? Como dizer de metodologias ativas, de autonomia e protagonismo se

não operamos como instituição seguindo esta dinâmica? Como trabalhar uma política de formação que potencialize a construção do espaço público dentro de uma instituição em que a dimensão privada é dominante? Como possibilitar que os atores do processo se constituam como sujeitos que agem e falam livremente, se a instituição opera na contracorrente?

Certamente esse quadro não inviabiliza inteiramente a instituição de espaços públicos no exercício de nossa atividade. São possíveis alguns movimentos, mesmo que ínfimos, que indaguem essa tendência privatizante, um agir que possa produzir práticas de ensino que produzam profissionais com atitude e visão ampliada do trabalho em saúde.

Com relação ao FIES, a Lei 12.202/2010 acrescentou ao disposto na Lei 10.260/2001 a previsão de um abatimento, de acordo com o artigo 6º, de 1% mensal do saldo devedor consolidado, incluindo os juros devidos no período, aos estudantes que exercerem a profissão de médico integrante de ESF oficialmente cadastrada, atuando em áreas e regiões com carência e dificuldade de retenção do profissional, definidas como áreas prioritárias pelo MS.

Campos (2006) afirma que na saúde, são os sujeitos que operam o SUS, a partir de princípios e diretrizes, o que reforça a necessidade de uma política de formação que construa sujeitos que afirmem o espaço público do seu trabalho. “Trabalhar em equipe, conviver em movimentos sociais, integrar organizações como trabalhador, usuário ou aluno, todas são situações em que se estará obrigada a fazer política” (CAMPOS, 2006, p. 45), e no caso, política de saúde, e mais especificamente, política de saúde pública.

“A participação dos cidadãos no governo, qualquer que seja a forma, só é tida como necessária para a liberdade porque o Estado, que necessariamente precisa dispor de meios de força, precisa ser controlado pelos governados no exercício dessa força” (ARENDR, 2002, p.74). Estabelecendo uma esfera do agir político, mesmo que limitada, surge um poder do qual a liberdade só será protegida se seu exercício for fiscalizado em todo o processo (ARENDR, 2002), retirando das mãos da burocracia estatal, as definições das políticas públicas, para permitir a penetração da sociedade civil (RAICHELIS, 1998).

Assim, enfoca-se uma política *politics* na construção de uma formação que persiga a instituição de um espaço efetivamente público, ou seja, conforme declara Benevides de Barros e Passos (2005), um espaço não só para todos, mas para qualquer um.

Entendendo o sentido de política conforme os autores discutidos, indaga-se: que política de formação tem se efetivado no PISEC? Em todo o mundo, a cada ano, formam-se profissionais da saúde, que passam a fazer parte do universo de prestadores de assistência à saúde da população, tanto na prática privada como na pública. Como a formação profissional está sendo realizada nos diferentes espaços? Como os profissionais estão prestando a assistência? Como a formação pode estar direcionada para uma atuação destes novos profissionais para uma assistência entendida como aquela que afirma o público, em especial no sistema de saúde público brasileiro?

Em entrevista com os Alunos 2 e 3, do quinto e oitavo períodos, respectivamente, ao discutirmos quais indagações, deslocamentos, mudanças de valores, de produção do saber que o PISEC vem provocando na formação, eles nos trazem aspectos importantes para as nossas discussões. Aspectos relacionados ao trabalho em equipe, à relação com as outras categorias profissionais, à importância da clínica e de uma anamnese mais como uma conversa aberta lateralizada com o paciente, e, ainda, relacionados ao próprio preconceito em relação à realidade social da maioria da população que o SUS presta assistência, um choque de realidade provocando deslocamentos nos alunos, que experimentam uma realidade muito diferente da que vivenciam no seu cotidiano.

Aluno 3: Mudou muito assim o modo de trabalhar em equipe, demais, eu falo sem medo, eu olhava o enfermeiro assim, e falava, o que que esse enfermeiro tá aqui na unidade de saúde. Eu olhava uma agente de saúde andando assim lá em Jardim da Penha, por exemplo, emprego bom, ficar passeando. Olhava assim, ah, a unidade de saúde tem nutricionista, pra que uma nutricionista em unidade de saúde, que dinheiro mal gasto.

Aluno 2: E olha que, não sei se você já percebeu, no PSF o enfermeiro, no caso a primeira graduação, ele é um agente muito em destaque, né? Ele faz muita coisa. E eu tô vendo assim, que através do PISEC, eles estão tentando inserir o médico como um chave, uma pessoa chave dentro da equipe, porque a gente faz desde prevenção, sala de espera,

campanha na escola, isso eu nunca vi um estudante de Medicina. Quando eu cursei minha graduação de Enfermagem, eu nunca vi um estudante de Medicina fazendo isso. No máximo que eles iam era fazer estágio no hospital, ou extensão. Não isso que a gente tem. De estar sempre lá.

O Aluno 3 consegue perceber que as outras categorias profissionais fazem parte do cuidado e que são importantes; indica que o médico trabalha em equipe, que o cuidado é em equipe para se obter resultados satisfatórios; formar médicos que valorizem o saber e o cuidado das outras categorias profissionais, que respeitem os colegas e que saibam trabalhar COM eles.

Aluno 2 comenta acerca da importância das outras categorias profissionais no cuidado em equipe dos usuários do sistema de saúde e de como é importante formar um médico que valorize esses profissionais.

Aluno 2: Você tira aquela imponência do médico de achar que ele vai chegar lá e que tudo vai depender dele, né? Ele tem que entender que se ele não for e o agente comunitário de saúde marcar de ir lá na casa da pessoa, oh, você tem que fazer o pré-natal, tem que ir lá porque você está parecendo que está anêmica, e o agente comunitário de saúde tem isso, mesmo sem ter o estudo por ele estar no dia a dia, ele sabe se a pessoa está bebendo muito, ou que precisa fazer um pré-natal, no caso da gestante que não foi, então se não tiver esse trabalho, o médico não tem o que fazer dentro da unidade de saúde, né? E o aluno [...] começa a entender o papel de cada um funcionário, cada um, é, categoria profissional dentro do PSF, dentro da unidade. Que não funciona sem equipe de saúde bucal, que não funciona sem atendimento de enfermagem, sem a parte do agente comunitário de saúde, ele entende a importância de cada um. Visto que quando a gente fez a visita nas casas das pessoas, era incrível, você ficava espantado, como o agente de saúde sabia o nome de todo mundo, sabia olhando de fora da casa, essa casa aqui tem hipertenso e diabético, essa casa aqui tem gestante, essa casa aqui tem deficiente físico, assim, uma coisa que é incrível, como que a pessoa consegue gravar tudo isso, então você consegue valorizar esses profissionais. Quando você se formar, você não vai chegar lá, cheio da imponência e não saber valorizar o que cada um tem a contribuir ali no PSF.

Neste sentido, o relato das quatro ACS que participaram da Roda de Conversa, expressa a visão do médico em relação ao trabalho e ao papel dos outros profissionais que fazem parte da equipe e como percebem uma mudança nesta percepção, sentindo-se valorizadas pelo seu papel no cuidado ao usuário na comunidade. Lembram da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que antecedeu a implantação da ESF, e como foram criadas dificuldades para que os ACS se inserissem na dinâmica das unidades, em especial pelo não acolhimento dos médicos, à época. Por fim, relatam como se sentem valorizadas pelos alunos, e que percebem que se formam entendendo que as outras categorias profissionais também contribuem para a assistência à saúde da comunidade e para o trabalho em equipe.

ACS 3 (quase 8 anos no serviço): Temos médicos da estratégia, [...] do Provab, que já estudaram sobre ESF, mas tem uma antiga, ela não tem pensamento igual agente da saúde, ela tem, vamos falar com ela ginecologista, ela já é especialista né tem a parte dela de especialidade em ginecologia e ela demorou muito a cair a ficha dela que o agente de saúde era um elo entre ela e o paciente, ela talvez não tenha caído assim direitinho como deveria. Só caiu meia ficha kkkk é exatamente ela não tem uma linha de pensamento, entende, entende, kkkkk, ela tem uma linha de pensamento diferenciada dos outros médicos.

ACS 4 (8 anos no serviço): é que nem no começo né, quando a PACS entrou dentro das unidades, para quem tava dentro das unidades foi um choque, o que eles estão fazendo aqui? F. tem experiência dos agentes de saúde ficarem do lado de fora. Quem é essa do prontuário? Quem é essa aqui? Vai me atrapalhar. Não podia entrar dentro da recepção, não não vocês aí prá lá, pra fora, na rua. Vocês estão mexendo nas coisas, tem que ir lá fora, seu serviço é lá na rua, na rua.

ACS 1 (11 anos e 2 meses): Agora chega um funcionário aqui às vezes eles já vem procuram direto o agente de saúde pra saber da equipe dele né, uma grande diferença.

ACS 2 (2 anos e 6 meses): acho muito bonito muito valioso, respeito que os alunos nos dão e quando eles olham pra gente, principalmente né os dos 1º anos, eles chegam assim, parece que a gente sabe tudo kkkkk, acho tão legal isso, eles que estão estudando e a gente

que sabe tudo, eu acho muito bonito o carinho, o respeito né deles conosco, assim a humildade também, muito humilde de perguntar né, estarem sempre dispostos e eu procuro me dar bem com todo mundo aqui dentro, fazer o melhor, procuro também tá ajudando, trabalhando aqui melhor, tendo um bom relacionamento aqui eu sei que vou levar lá para fora e trazer lá de fora para cá né, porque a gente tendo aqui um bom, uma boa é como é que fala, integração aqui a gente também pode construir lá fora na nossa área que a credibilidade da comunidade da sua área com a unidade de saúde né, assim eu acho que aqui né, eu escolhi ser agente de saúde, amo o que eu faço e to aqui, assim procuro fazer o meu melhor.

Falando um pouco dos deslocamentos que as práticas do PISEC possibilitam em sua formação, o Aluno 3 afirma: [...] *tira um pouco desse mundo teórico também [...]. Então, você passa a ver que o exame é importante, é, mas às vezes, só o exame físico que você faz com o paciente, o toque, às vezes até falar, isso já vale muito a pena até mesmo na anamnese, isso é muito comum, você conversa, conversa, conversa, aí chega no final a pessoa fala ah, doutor, esqueci de te falar, de vez enquanto eu sinto isso, isso, e isso. Quebra o seu diagnóstico todinho, e você começa tudo do zero. Então isso, a gente sempre fala isso, a gente brinca não pergunta mais alguma coisa, rs. Mas sempre assim quando você faz uma anamnese legal, o paciente acaba no final lembrando, você vê que, não é que o atendimento tem que ser longo, mas sempre quando você faz um exame físico, você toca, você conversa, você descobre às vezes o que realmente é, e não o que o paciente acha que é, ainda mais em tempo de google, né?*

O Aluno 2 enfatiza a importância desta relação lateralizada com o paciente para entender o seu contexto e estar mais preparado para cuidar de sua saúde. A partir do contexto do paciente, a decisão de tratamento e o próprio prognóstico podem ser diferentes. O respeito ao paciente torna-se um ingrediente essencial para a receita de uma boa relação médico-paciente com a criação de um vínculo, em que o paciente apresenta uma leitura diferenciada do cuidado, da assistência: o médico está cuidando de mim porque ele tem uma relação comigo, ele está cuidando de mim porque espera que eu me cuide também, porque senão não dará certo; a corresponsabilidade do cuidado.

Aluno 2: A questão do respeito que se tem com o paciente. Eu acho que isso é fundamental. Porque se você pegar, pega um médico formado no ensino tradicional e que não teve esse contato e que está lá num prontoatendimento, chega uma criança com esquistossomose, cheia de, anêmica, ou com uma verminose que hoje é facilmente tratável e você fala, gente mas como que uma mãe deixa ficar desse jeito, entendeu? Como que isso pode ser inadmissível. E quando você conhece a comunidade, você vê que aquela mãe passou o dia inteiro trabalhando, às vezes o irmão mais velho cuidou da criança. Então assim é toda uma série de negligências que você não pode chegar e culpar simplesmente o paciente, você tem que entender o contexto, você não está ali pra poder julgar, você está ali pra poder entender o que aconteceu com aquele paciente, a história natural da doença dele e tentar intervir de alguma forma pra isso não acontecer. Então, a parte da comunidade é de fundamental importância. Você saber que ali tem esgoto a céu aberto, coleta de lixo não é feita com frequência, você tem casa de alvenaria, mas tem muita casa de madeira ainda, gente que vive em área de risco, que vive em área que vai alagar uma vez por ano, então você tem que entender que, e ter paciência e tentar absorver isso quando chegar a sua hora de sua consulta lá. O paciente ele traz toda uma história, uma comunidade atrás dele, né? Ele não chega ali puramente ele e a doença, né? E se você não entender isso, é capaz de você dar um remédio pra ele pra dengue ali, tratar momentâneo, e daí há um, dois, três meses, ele vai voltar com o mesmo problema. Então, eu acho que isso faz parte, que é um caminho sem volta. O aluno entender o que acontece na comunidade, não só com livros, mas indo lá e olhando, entendeu? Porque no livro a gente acha que acontece isso tudo muito longe, né? Você pensa que seria prostituição você ver 10 pessoas morando em um cômodo, daí criança vê os pais tendo relação sexual, vê os pais bebendo, e acha que isso tá longe, mas isso ali do lado da nossa unidade a gente consegue ver isso. Isso é uma coisa muito perto.

Por fim, o Aluno 3 traz para o debate uma questão importantíssima: o choque com a realidade social que a população vive, experimentado pelo aluno que vem de outra experiência, afirmando uma modificação que, a partir destas práticas, vai vivenciar no PISEC, encarando a vida, o mundo, de uma outra maneira.

Aluno 3: É, os alunos e a comunidade, eu acho assim, logo no começo, a gente chega, e fica todo mundo assim, que querendo ou não, a gente da medicina, principalmente as meninas, assim, ah, eu moro na Praia da Costa em tal lugar, às vezes não tem uma noção daquela realidade, daquela comunidade ou da classe mais pobre, então, dá um choque cultural muito grande, choque cultural de aluno colocar a mão do paciente assim, apertar a mão, e querer lavar a mão, fazer um toque e querer lavar a mão assim, gente com medo e tal. E com o passar do tempo, essa discriminação vai caindo, porque como você vai convivendo e ali na comunidade, não é só convivendo com a pessoa dentro do consultório, é você sair e olhar as casas, fazer visita domiciliar, que o tempo você vai vendo, pô, é igual. Não é porque mora aqui ou mora lá, os mesmos problemas, às vezes situações ... Mas isso quebra um paradigma de falar assim, ah, não, ele é pobre, ele me encostar vai me fazer mal. Não. Quebra esse paradigma e você passa a ver a pessoa assim, não como ah, eu vou atender ela tadinha, não, mas eu vou atender ela porque ela tem direito e porque ela é uma pessoa, acabou. Aproxima muito mais. Humaniza demais.

No relato das ACS que participaram da Roda de Conversa, citam uma situação que retrata esse choque com a realidade, um preconceito pela condição socioeconômica, ou pela própria condição da casa, sujeira, entre outros aspectos que causam estranhamento aos alunos que são provenientes de uma outra realidade. Assim como casos que as surpreenderam devido à aparência externa do aluno não condizer com o seu comportamento.

ACS 3 (quase 8 anos no serviço): Já tivemos casos também na área, que até é descoberta hoje, que a menina não resistiu e ela desmaiou, quando ela chegou na casa. [...] dependendo da casa tem até mau cheiro e aquilo ali não é qualquer um que resiste.

ACS 1 (11 anos e 2 meses no serviço): Eu tive uma situação na época, a menina que era da UVV, uma boneca, rrsrsr, pintada, saía pra rua pintadinha, linda, aí eu ficava, essa daí não vai dar certo, e foi tudo assim, ela entrou pegou a criança, e a gente imaginava uma coisa dela e quando viu a situação dela, na área, eu falei nossa que benção, vi a imagem dela e na rua era outra pessoa, então aquela ali vai ser uma medica muito boa. [...] Modifica, modifica depois eles vão de repente nem aquele grupo que viu uma situação na casa, ele se

recua depois ele vê que a família precisa, vai conhecendo melhor se adapta àquela situação e vai se encaixando.

Na visão da Preceptora 1, médica de família e comunidade, entrevistada, por serem as práticas do PISEC no SUS, na ESF, em comunidades carentes, promovendo contato com todas as condições de adoecimentos, há uma clara interferência na formação dos futuros profissionais médicos.

Preceptora 1: Porque eles são obrigados a deparar com que é a nossa realidade do Brasil. Quando eles se formarem, eles podem ir pra qualquer lugar. Pra onde irão? Então se eles já começam a ter contato com isso desde o início, eu acho que o SUS, porque na verdade de alguma maneira a gente vai precisar do SUS, de um jeito ou de outro. Então, eu acho que eles tem que começar a viver essa realidade desde o primeiro período mesmo. Eu acho que isso é um crescimento que na minha época de formação, eu não tive essa oportunidade. A gente ainda era coisa ligada à hospital. Pra você ser bom médico, você tinha que estar ligado, você trabalha em que hospital? Ainda é muito assim hoje em dia, né? Ainda é ligado ao hospital. Mas na verdade o bom médico não é o bom médico que só faz aquilo, ele tem uma visão global e ele consegue ajudar muito mais o paciente do que se ele só for especialista naquilo. E cada vez mais o povo está querendo se especializar mais. O cara é ortopedista, mas ele só quer mexer com joelho. Eu dei o exemplo do ortopedista, assim como tantas outras especialidades. Dentro da ginecologia, o cara só quer fazer infertilidade, eu sou pediatra, mas eu só sou pediatra, sei lá, pneumo, e só quero ver pneumo. Se chega uma outra criança, com qualquer outra coisa, não não, eu sou pneumologista infantil. Então, eu acho que isso pra eles, abre uma possibilidade até pra escolher melhor a especialidade, porque eles acabam vivendo tudo.

A partir destas indagações e discussões, ressalta-se que o termo formação por si só já suscita uma série de discussões, por ser um termo com múltiplas interpretações, variadas definições e que guarda em si muitas questões. Assim sendo, a concepção de formação que consideraremos para nossa discussão, em consonância com Barros (2006, p. 137), é

Uma formação que se configure em múltiplas formas de ação, como produção de saberes e de práticas sociais que instituem sujeitos de ação, aprendizados permanentes e não práticas de modelagem, que se constroem sobre especialismos naturalizados. Um trabalho de formação como processo questiona as formas-subjetividade-instituídas, escapando da

produção de profissionais como mercadorias amorfas, despotencializadas, silenciosas, serializadas.

Reforçando a ideia de uma formação na direção que estamos indicando, Heckert (2007, p. 204) afirma que os processos de formação que operam por meio da fragmentação de saberes, distanciada dos processos de trabalho acabam por “realimentar latifundiários do saber que tutelam os sujeitos”. Assim, a formação pode atuar na produção de saberes e fazeres modeladores das formas de existência, como também apresentar-se como um espaço de compartilhamento de experiências (HECKERT, 2007).

Para Ceccim e Feuerwerker (2004), a formação é uma tarefa socialmente necessária, com compromissos ético-políticos para com a sociedade, não podendo estar atrelada a valores tradicionais e sim aos movimentos de transformação na sociedade, atendendo aos interesses coletivos e à construção de inovações em saberes e práticas.

Pensando no processo de formação do profissional da saúde, nesse caso o médico, e ainda, alinhado aos princípios e diretrizes do SUS, o trabalho e as práticas cotidianas, em que os alunos são inseridos em programas de integração serviço, ensino e comunidade, precisam ser espaços dialógicos. “De modo direto ou indireto, as ações humanas criam vínculos entre sujeitos, havendo, portanto, necessidade de instituir-se capacidade reflexiva e operativa para os agentes dessas práticas” (CAMPOS, 2006, p. 46).

A formação não pode ser reduzida a um mero processo de transmissão de conhecimentos e informações, de modo contínuo e somatório, onde de um lado encontra-se um emissor (conhecimento técnico-científico); e do outro um receptor (sujeito passivo destituído de saber) que se conscientiza e/ou apropria-se do saber competente do emissor. As perspectivas de formação, baseadas numa compreensão do sujeito como apenas sujeito passivo, destituído de saberes competentes, acarretam uma formação com um caráter modelador e moralizador, contrário ao desejado. Vislumbramos uma formação com caráter intervencionista e produtor de conhecimento, através da qual “recusa-se a falsa dicotomia saber-fazer, formar-intervir, teoria-prática; afirmando que formar é intervir” (HECKERT, 2007, p. 205).

Neste sentido, Foucault (1979), nos ajuda a pensar essa falsa dicotomia teoria-prática, uma vez que ele afirma em conversa com Gilles Deleuze que vivemos de maneira nova as relações teoria-prática. Concebíamos, muitas vezes, a prática como uma simples aplicação da teoria, uma consequência, ou, ainda como inspiradora da teoria, criando uma forma futura de teoria, de tal forma a entender em um sentido ou em outro sentido, um processo de totalização. Prossegue afirmando que as relações teoria-prática são muito mais parciais e fragmentárias. “Uma teoria é sempre local, relativa a um pequeno domínio e pode se aplicar a um outro domínio, mais ou menos afastado”, enquanto “a prática é um conjunto de revezamentos de uma teoria a outra e a teoria um revezamento de uma prática a outra”, concluindo que “nenhuma teoria pode se desenvolver sem encontrar uma espécie de muro e é preciso a prática para atravessar o muro” (FOUCAULT, 1979, p. 69-70). Deleuze afirma que “só existe ação: ação de teoria, ação de prática em relações de revezamento ou em rede” (FOUCAULT, 1979, p. 70). “A teoria não expressará, não traduzirá, não aplicará uma prática; ela é uma prática” (FOUCAULT, 1979, p. 71)

Na discussão sobre o tema das práticas no pensamento de Foucault, Veyne (1998, p. 248) afirma que “a prática não é uma instância misteriosa, um subsolo da história, um motor oculto: é o que fazem as pessoas”. Prossegue lembrando que muitas vezes a prática está “escondida”, pois como os nossos comportamentos, temos compreensão deles, mas não temos o conceito para eles. Analisando o pensamento de Foucault acerca das práticas, Veyne (1998) nos elucida que as práticas vêm de mudanças históricas, das mil transformações da realidade histórica, isto é, como todas as coisas, vem do resto da história. Assim, cada prática engendra o objeto que lhe corresponde; “não há objetos naturais, não há coisas. As coisas, os objetos não são senão os correlatos das práticas” (VEYNE, 1998, p. 256). Ainda sob o mesmo prisma, declara que “a prática é a resposta a um desafio, sim, mas o mesmo desafio não acarreta, sempre, a mesma resposta” (VEYNE, 1998, p. 257). As pessoas pensam sobre sua prática, com maior ou menor ciência do que fazem; e “cada prática depende de todas as outras e de suas transformações, tudo é histórico e tudo depende de tudo; nada é inerte, nada é indeterminado [...], nada é inexplicável” (VEYNE, 1998, p. 268).

Em resumo, em uma certa época, o conjunto das práticas engendra, sobre tal ponto material, um rosto histórico singular em que acreditamos reconhecer o que

chamamos, com uma palavra vaga, ciência histórica ou, ainda, religião; mas, em uma outra época, será um rosto particular muito diferente que se formará no mesmo ponto, e, inversamente, sobre um novo ponto, se formará um rosto vagamente semelhante ao precedente. Tal é o sentido da negação dos objetos naturais: não há, através do tempo, evolução ou modificação de um mesmo objeto que brotasse sempre no mesmo lugar. Caleidoscópio e não viveiro de plantas. Foucault não diz: “De minha parte, prefiro o descontínuo, os cortes”, mas: “Desconfiem das falsas continuidades”. Um falso objeto natural, como a religião ou como uma determinada religião, agrega elementos muito diferentes (ritualismo, livros sagrados, secularização, emoções diversas, etc.), que, em outras épocas, serão ventilados em práticas muito diferentes e objetivados por elas sob fisionomias muito diferentes. Como diria Deleuze, as árvores não existem: só existem rizomas (VEYNE, 1998, p. 268-269).

Por fim, Veyne (1998) nos conduz por um exemplo acerca da Medicina. O autor afirma que a Medicina do século XIX não pode ser explicada a partir de Hipócrates e seguindo o decorrer dos tempos. Na verdade “a” Medicina através dos tempos não existe; são estruturas sucessivas, em que cada uma tem a sua gênese, explicadas pelas transformações da estrutura médica precedente e pelas transformações vivenciadas.

Insistimos: perseguimos nessa tese uma política de formação médica que produza uma formação na prestação de serviços para a população, de tal forma a produzir e fortalecer um espaço público no encontro entre o profissional e o usuário, em especial no sistema público de saúde.

Resta o desafio de afirmar modos de formação que, partindo do trabalho vivo em ato, tenha como matéria prima as questões que afloram no trabalho com as equipes, com as comunidades, com os problemas reais, possibilitem reverberar, transformar, modificar, criar, apreender, dando condições para encaminhamentos resolutivos, afirmando uma política de formação que investe na constituição e na luta por espaços públicos no exercício do trabalho em saúde.

4.2 POR UMA POLÍTICA DE FORMAÇÃO MÉDICA

Em 1910, foi publicado o estudo *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, largamente

conhecido como o Relatório Flexner (FLEXNER, 1910). Segundo Pagliosa e Da Ros (2008), o Relatório Flexner é considerado o responsável pela mais importante reforma das escolas médicas nos Estados Unidos da América (EUA), com importantes repercussões para a formação médica e a medicina mundial, consistindo na publicação sobre educação médica mais citada na literatura.

Interessante entender que o estudo de Flexner surgiu em um contexto caótico das escolas médicas nos EUA. Segundo Marques e Carvalho (2012-2013), as escolas podiam ser abertas indiscriminadamente, sem nenhuma padronização, vinculadas ou não a instituições universitárias, com ou sem equipamentos, com critérios de admissão e tempo de duração diferenciados e independentemente de uma fundamentação teórico-científica.

Abraham Flexner visitou pessoalmente as 155 escolas médicas dos EUA e Canadá em um período de 180 dias, e considerou que apenas 31 escolas tinham condições de continuar funcionando (FLEXNER, 1910). Possibilitou uma reorganização e regulamentação do funcionamento das escolas médicas, mas desencadeou a extirpação das propostas de atenção em saúde que não seguissem o modelo proposto. Introduziu uma racionalidade científica na formação médica, mas desconsiderou outros fatores que afetam a educação médica na prática profissional e na organização dos serviços de saúde (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Pensando o Relatório Flexner em relação à educação médica, há diferentes entendimentos. Para alguns Flexner foi o grande reformista e transformador da educação médica, já para outros, ele é considerado o responsável pela consolidação de um modelo de formação médica que não atende às demandas de saúde das sociedades na atualidade (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Para Flexner (1910), “o estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta”. Neste sentido focado por Flexner, o social, o coletivo, o público e a comunidade, na interpretação de Pagliosa e Da Ros (2008), não contam para o ensino médico, não sendo considerados implicados no processo saúde-doença. Para Flexner (1910), as atividades práticas eram mais importantes para o aprendizado da Medicina.

Alguns defensores de Flexner o colocam como precursor das metodologias ativas de ensino-aprendizagem (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Pagliosa e Da Ros (2008) não concordam com tal afirmação e consideram que mesmo que tenham sido importantes as contribuições do Relatório Flexner para a educação médica, a visão reducionista apresentada com ênfase no modelo biomédico, centrado na doença, baseado em um modelo de saúde-doença unicausal, biologicista, limita espaços para as dimensões social, psicológica e econômica da saúde.

Em 1970, cita Feuerwerker (1998), um estudo divulgado pela OPAS, que abordava as características gerais da educação médica na América Latina, com a participação de pesquisadores de doze países e coordenado por Juan Cesar García. Está expresso na introdução que a educação médica enfrentava duas questões à época do estudo: a explosão tecnológica nos países desenvolvidos e a necessidade de melhores níveis de saúde para promover desenvolvimento econômico nos países em desenvolvimento. Ambos os fatos acarretavam na necessária revisão do papel dos profissionais de saúde, em especial os médicos, e do processo de formação dos profissionais de saúde.

Como algumas recomendações do estudo, citam-se: a formação de recursos humanos para a saúde como responsabilidade dos governos, a partir da elaboração de políticas de saúde e de educação superior condizentes e com a participação de todos os envolvidos; um modelo curricular que levaria em consideração os objetivos da instituição e seus recursos humanos e materiais disponíveis, tendo definidas claramente as concepções sobre saúde e doença e sobre a medicina e seu exercício, formulado com a participação de toda a instituição (FEUERWERKER, 1998).

No Brasil, o movimento de revisão dos currículos na educação médica foi incentivado pela criação da ABEM em 1962, e, posteriormente, houve a criação da Comissão de Ensino Médico, pelo MEC, que ficaria encarregada de analisar como estava o ensino médico no país (FEUERWERKER, 1998; ZEFERINO, 2008). Para Zeferino (2008), os principais problemas do ensino médico no Brasil que estavam em pauta, sendo discutidos há três décadas, são os mesmos discutidos na atualidade: a falta de integração do conhecimento básico com a clínica, a fragmentação do conhecimento médico e do paciente no ensino, a

falta da integração do ensino com os serviços de saúde, a prática médica ocorrendo tardiamente nos cursos em geral e o esquecimento da ética e da humanização no atendimento ao paciente.

As recomendações e ideias contidas no Relatório Flexner foram incorporadas ao ensino médico brasileiro na década de 60. A esta época, havia predominância do modelo hospitalocêntrico, porém, havia inovações curriculares em algumas escolas médicas como a Universidade Federal de Minas Gerais, que em 1965, já apresentava um currículo modificado com integração da área clínica e a implantação do internato rural em 1973. Também a Universidade de São Paulo, em 1968, com novas concepções diferenciadas em relação aos modelos convencionais; a Universidade Federal Fluminense, que integrou a rede de serviços de Niterói em 1992; todas iniciativas de articulação entre o biotecnológico e o social na formação médica (LAMPERT, 2001; ZEFERINO, 2008).

Para Oliveira *et al.* (2008), essas experiências inovadoras desde a década de 60 representam perspectivas promissoras de efetiva modificação do processo de ensino médico, adequando-o às necessidades dos serviços e sistemas de saúde. Porém, os autores frisam que é necessário que os dirigentes dos serviços de saúde e os responsáveis pelas instituições de ensino médico criem, em conjunto, condições concretas de exercícios e práticas que promovam essa mudança de fato. Lampert (2001) cita um dos idealizadores e fundadores do curso médico da Universidade de Brasília, José Roberto Ferreira, que afirma que muito mais importante que o modelo curricular é a definição da missão dessas escolas.

Ao abordar as inovações curriculares, Zeferino (2008) cita o Programa de Integração Docente Assistencial (IDA), instituído na década de 80, e o Projeto Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade (UNI), criado na década de 90 em suplementação ao IDA. O Projeto UNI tinha o apoio da fundação Kellogg e se caracterizava pela integração escola-serviços-comunidade com ênfase na epidemiologia, interdisciplinaridade, trabalho em equipe multiprofissional e o ensino em serviço. Foi implantado em seis escolas brasileiras, a saber Londrina/PR, Botucatu/SP, Marília/SP, Brasília/DF, Salvador/BA e Natal/RN, e o projeto priorizava o PBL. Para Stella e Puccini (2008), os projetos IDA e UNI se mantiveram em atividade se institucionalizando, enquanto outros tiveram dificuldades por conta da interrupção de financiamentos.

Feuerwerker (1998) pontua que o movimento IDA esteve presente em toda a América Latina como um processo de vinculação crescente entre as instituições de ensino e as instituições prestadoras de serviços na área da saúde, afirmando que um processo que parte dos serviços seria capaz de transformar o movimento contínuo de educação. Já o projeto UNI, em relação à metodologia de ensino, considerava importante contemplar três aspectos, segundo Feuerwerker (1998, p. 89), a citar: diversificação dos locais de ensino/aprendizagem, treinamento em serviço e experiências de aprendizagem em equipes multiprofissionais, predominando a experiência de aprendizagem em que há interação do aluno com o ambiente. “O aluno aprenderia o que ele próprio faz ou descobre, não o que faz ou ensina o professor”.

A Secretaria de Ensino Superior do MEC, em 1988, aprovou uma nova proposta de integração das universidades ao sistema de saúde, o Unisis, que seguia as diretrizes da Reforma Sanitária e os princípios do sistema de saúde vigente, o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS). De acordo com Feuerwerker (1998) no Unisis havia a definição de que o hospital-escola não deveria ser o único lugar para formação na área da saúde, frisando que qualquer serviço do sistema de saúde poderia ser local de ensino para as universidades.

Também em 1988, para além do que vinha ocorrendo em âmbito nacional no Brasil, a Declaração de Edimburgo, elaborada na Conferência Mundial sobre Educação Médica, foi outro marco importante para o avanço na discussão do ensino médico, contando com 12 recomendações, que dentre elas, nos interessa citar: ampliar o conjunto de locais de ensino, não utilizando apenas os hospitais, mas todos os recursos de saúde existentes na comunidade; assegurar que os programas de ensino reflitam as prioridades de saúde nacionais e a disponibilidade de recursos; assegurar a continuidade do aprendizado ao longo do exercício profissional, deslocando o método de ensino para a aprendizagem ativa (ZEFERINO, 2008). Frisa-se que a Declaração de Edimburgo foi impulsionadora e influenciadora do início das principais mudanças curriculares dos cursos de medicina no Brasil (BRIANI, 2003).

Feuerwerker (1998, p. 81), ainda sobre a Declaração de Edimburgo, afirma que muitas mudanças poderiam ser concretizadas com ações das próprias escolas médicas, como

“diversificação dos cenários de ensino, congruência entre conteúdos curriculares e perfil epidemiológico das populações, adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem e construção de sistemas de avaliação”.

Zeferino (2008) cita o fórum sobre ensino médico, em 1989, em que a Associação Médica Brasileira (AMB) propôs que as escolas médicas adotassem alguns princípios em seus currículos: evitar a fragmentação, promover a articulação dos ciclos básico e profissional, realizar a integração entre as disciplinas, diversificar os locais de práticas de ensino e estimular a integração docente-assistencial.

A II Conferência Mundial de Educação Médica, também realizada em Edimburgo, em 1993, abordou um contexto social ampliado, a profissão médica em mudança e a resposta educacional ao crescimento e aos avanços tecnológicos (ZEFERINO, 2008). Feuerwerker (1998) enumera alguns pontos como importantes na conferência: alta expectativa para com a Medicina já que a democratização aumentou a demanda dos serviços de saúde; o contexto de trabalho do médico estava em transformação devido ao próprio movimento mundial de modificações de vida; indicação de importantes mudanças na ciência e na qualidade da Medicina e da educação médica, com a incorporação de novos conceitos relacionados com a promoção da saúde e do tratamento das doenças aos currículos.

Na década de 90, as discussões em várias entidades abordando a formação profissional e propondo novos modelos e estratégias, vinham discutindo que na prática as mudanças giravam em torno de apenas atualização curricular remanejando as disciplinas e cargas horárias, mas ainda não articulando às demandas sociais. Diante disso, em novembro de 1990, a ABEM e o Conselho Federal de Medicina (CFM), durante o XXVIII Congresso de Educação Médica, em Cuiabá, criaram um grupo de trabalho para avaliação do ensino médico no Brasil, a CINAEM, com representação de onze das principais entidades médicas nacionais (ZEFERINO, 2008).

Para Stella e Campos (2006), a década de 90 traz importantes contribuições para a discussão da formação médica, e citam, além das ações da ABEM, a participação da Rede Unida de Desenvolvimento de Profissionais de Saúde (Rede UNIDA). Afirmam, ainda, que o objetivo da CINAEM era promover uma avaliação transformadora, integrando à

avaliação uma metodologia moderna; planejamento estratégico e gestão de qualidade (STELLA; CAMPOS, 2006). Para Dalla (2002) as propostas discutidas pela CINAEM advogavam não mais por uma formação de um médico geral, mas uma formação geral do médico, independente se atuará como médico generalista ou de família.

O conjunto das experiências, de forma articulada, da Rede IDA e UNI, aprofundaram as discussões e contextualizaram o trabalho diante da nova realidade das políticas públicas de saúde do país, com a criação do SUS. Assim, ocorre a implantação do processo de aproximação ensino-serviço-comunidade, e agregando todos esses projetos e experiências, estabelece-se a Rede UNIDA (STELLA; PUCCINI, 2008).

“A Rede UNIDA, trabalhando em rede, visa a potencializar as capacidades de produzir mudanças, especialmente se elas são construídas de forma coletiva, a partir do saber e do poder compartilhados”. Assim, as ações e os esforços isolados se transformam e são potencializados em movimentos coletivos, articulados (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010, p. 560).

Docentes, alunos, profissionais médicos e gestores do SUS discutiram, a partir de eixos de transformação – novo processo de formação, gestão, docência e avaliação, em onze fóruns nacionais de avaliação, em oficinas de trabalho semestrais, estimulando a formação de lideranças, promoção de discussões e debates para dentro das escolas sobre os seus currículos e sobre o processo de mudança, produzindo um documento-síntese, que contribuiu para que algumas escolas já iniciassem algumas alterações, reformas ou potenciais transformações em seus currículos (STELLA; CAMPOS, 2006).

O projeto CINAEM foi desenvolvido em três fases: a Fase I (1991-1992) com o objetivo de descrever o perfil das escolas médicas brasileiras, com participação de 78 faculdades de medicina, em que o corpo docente e o modelo pedagógico exerceram mais forte impacto na formação do médico; Fase II (1993-1997) com o objetivo de caracterizar a qualificação do médico formando, qualificar melhor a avaliação dos recursos humanos das escolas médicas brasileiras e entender como as relações acontecem em diferentes modelos pedagógicos; Fase III (1999-2000) como momento político, em que foi construída a proposta de

transformações para a boa qualidade do ensino médico (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010; ZEFERINO, 2008).

Paralelamente ao movimento médico, havia uma reflexão acerca dos resultados dos estudos do IDA, em torno da necessidade de se repensar a estratégia de articulação ensino-serviço, de tal maneira a buscar o envolvimento das equipes multiprofissionais durante todo o curso de graduação, culminando na implantação do Projeto UNI. O UNI acrescido ao projeto IDA, intensificou o caminhar dos projetos brasileiros para unir os três grandes componentes e atores do movimento pró-mudança: universidade, serviço e comunidade (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010). Relatam, os pesquisadores, que os movimentos tiveram êxitos limitados, mas foram importantes no avanço da discussão da formação, culminando no surgimento do movimento da Rede UNIDA.

Segundo González e Almeida (2010), a inserção do ensino no serviço se deu de modo acelerado, principalmente nos anos 70, quando estágios práticos eram realizados nos centros de saúde e em hospitais. Neste movimento, com os projetos IDA e UNI, na década de 90, a ideia era buscar responder aos anseios da sociedade insatisfeita com os serviços de saúde prestados no SUS, uma vez que os profissionais nos serviços tiveram uma formação não condizente com a realidade do SUS (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

Para Nogueira (2014), o SUS deve ser reconhecido como superfície de emergência de novas demandas, especialmente em relação aos novos cenários de prática, que podem alavancar as transformações requeridas na educação médica brasileira.

González e Almeida (2010) reforçam que a mudança deve acontecer focada nos dois pontos estratégicos: no serviço, focada nos profissionais já formados e atuantes, e na academia, focada nos novos profissionais que serão os trabalhadores do SUS no futuro. Os autores reforçam que não é possível aguardar a formação para então adequar a prática dos serviços; isso deve ocorrer constantemente e de forma concomitante, já que a realidade não se apresenta de forma estática. Assim sendo, concluem os pesquisadores, que há a necessidade de que a mudança na realidade seja pautada pela academia tanto quanto nos serviços (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010). Acreditamos que as práticas apresentam primazia. Cabe reforçar a necessidade de mudanças nos serviços, isso porque, inclusive, os serviços se

tornam ambientes de ensino, de formação. A prática forma, e a formação se faz, principalmente, no trabalho situado.

Para Oliveira *et al.* (2008, p. 334), “não se trata mais de formar pessoal competente tecnicamente, mas profissionais que tenham vivência sobre o acesso universal, a qualidade e humanização na Atenção à Saúde”. Para os autores, isso significa dizer que a integração efetiva e permanente entre formação médica e serviços de saúde é essencial para a mudança no ensino médico.

A formação não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Deve buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado. A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da qualificação das práticas e não seu foco central. A formação engloba aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS. A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 43).

Oliveira *et al.* (2008) frisam que uma medida imediata para auxiliar nesta mudança seria estabelecer parcerias, protocolos de cooperação entre gestores do SUS e escolas médicas buscando a integração da academia com os serviços de saúde, com o intuito de formar profissionais qualificados para atender às necessidades de saúde da população brasileira. Os autores concluem seu artigo afirmando que “há condições concretas, vontades, oportunidades e recursos para estas propostas se viabilizarem” (OLIVEIRA *et al.*, 2008, p. 344).

Neste sentido, Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 44) afirmam que “o SUS tem assumido um papel ativo na reorientação das estratégias dos modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva”. Para os autores, o SUS foi capaz de modificar os modos de ensinar e aprender, mas, no entanto, não possibilitou uma reforma nos modos de fazer formação, apenas dimensionou a necessidade de formar os profissionais para atuar no contexto do SUS.

Com o intuito de nortear e apoiar as escolas médicas de uma maneira objetiva na elaboração de projetos político-pedagógicos no contexto da APS, a ABEM e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) publicaram um artigo, onde destacaram a importância de que o ensino na APS esteja presente “longitudinalmente, ao longo de todo o curso, de preferência com inserções significativas (de aprendizado real e a partir do trabalho), mas que, sobretudo, deva fazer parte do núcleo de ensino da prática clínica do futuro médico” (DEMARZO *et al.*, 2011; DEMARZO *et al.*, 2012). Os autores sintetizaram as diretrizes para o ensino na APS na graduação em medicina, determinando as contribuições da APS para a graduação de Medicina (“por quê”), os objetos de aprendizado (“o quê”), metodologias e estratégias didáticas (“como”), momentos (“quando”), espaços formativos (“onde”) e os principais atores envolvidos (“quem”) (QUADRO 2) (DEMARZO *et al.*, 2011; DEMARZO *et al.*, 2012).

Quadro 2. Sumário das diretrizes para o ensino na APS na graduação em medicina.

Por que ensinar na APS?
• Contribui para o desenvolvimento de uma prática clínica integrada e contextualizada, que é centrada nas pessoas e comunidades, possibilitando a interdisciplinaridade.
O que ensinar?
• Abordagem individual e coletiva, com orientação familiar e comunitária, como eixos estruturantes da formação médica.
Quando ensinar?
• Deve ser uma inserção longitudinal e com continuidade ao longo do curso, em um modelo em espiral crescente de complexidade, e de preferência, com atividades na APS em todos os períodos (semestre ou anos) do curso.
Como ensinar?
• Com metodologias dialógicas e ativas de ensino-aprendizagem, integrando prática e teoria, problematizando e possibilitando uma reflexão sobre a prática profissional, trabalhando em pequenos grupos e com diversidade de cenários e atividades.
Onde ensinar?
• Em Unidades de Saúde da Família, ou similares, integradas à rede municipal, articuladas com a rede de atenção à saúde, com estrutura adequada para o recebimento de estudantes e para um efetivo processo de ensino-aprendizagem.
Quem deve ensinar?
• É fundamental a participação do médico especialista em MFC como docente e preceptor, em parceria com outros profissionais com vivência e competência em APS.

Fonte: Demarzo *et al.* (2011; 2012).

Interessa-nos comentar acerca do quadro apresentado que os autores só focam as diretrizes na clínica, não há menção à gestão, não há foco em equipe multiprofissional, aspectos importantes na discussão da aposta desta tese em uma formação em que o médico se entenda como profissional de saúde parte integrante de uma equipe, uma formação em que o médico não seja apenas um profissional da assistência, mas também exerça funções de coordenação. O trabalho do médico em outros setores para além do papel de prestador de

assistência médica, também como educador, gestor, coordenando processos, sem separação entre clínica e gestão.

De acordo com a diretora da Regional RJ/ES da ABEM, Prof^ª. Filomena Euridice Carvalho de Alencar, em palestra no I Fórum Regional de Ensino Médico CRM/ES e ABEM Regional RJ/ES, no dia 19 de junho de 2015, no Teatro da UFES, a inserção precoce do estudante na rede já está bem incorporada, porém não se tem discutido com rigor como esta prática vem se dando de fato nas IES e nos serviços de saúde dos municípios e quais as implicações desta inserção para todos os envolvidos. Alencar (2015) entende que se há a necessidade de formar profissionais para a rede, o campo de prática é o SUS e é preciso que os alunos sejam transferidos dos hospitais para os serviços de APS.

Cabe ressaltar que, no nosso entendimento, o hospital é também um importante cenário de práticas. O cenário de práticas em APS é fundamental para a formação dos profissionais para o SUS no SUS, porém para além do trabalho que se dá e da formação que se efetiva nos cenários de práticas em APS, há também que se considerar o processo de formação que se constitui no ambiente hospitalar. O que precisamos pautar é o modo como essa formação tem se efetivado nos hospitais, analisando processos de trabalho e a dimensão do cuidado nesses estabelecimentos. Estar nos cenários de práticas em APS não é garantia de uma prática não biologicista, biomédica por excelência, com foco de especialista. Portanto, um cenário de prática hospitalar pode se constituir também como um cenário potente para a formação de um profissional que busque a constituição de um espaço público em saúde. Entendemos que qualquer cenário de práticas é importante para uma formação médica aliada com os propósitos do SUS, desde que possamos indagar os modelos *pret a porter* de ser profissional de saúde. É também no cotidiano dos serviços, no curso dos processos de trabalho em situação concreta que uma formação se efetiva.

Reforçando o exposto por Alencar, Luciano (2014, p. 131) afirma que “o cotidiano dos serviços de saúde e sua relação com os modos de produção envolve, numa só esfera, a gestão e a atenção, elementos norteados pelos princípios do SUS”. Para Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 49), os processos de qualificação dos profissionais da saúde devem ser estruturados a partir da problematização do processo de trabalho. “Seu objetivo deve ser a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando

como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde”.

Nesta mesma linha de pensamento, afirmando a importância ao processo de formação, da inserção dos alunos nas redes de serviços, Barros e Benevides Barros (2010) pontuam que o processo formativo intervém na reinvenção dos modos de produção. Para as autoras

É na situação de trabalho que podemos apreender sua dimensão coletiva. E por quê? Porque nela os trabalhadores põem em jogo não apenas o que está prescrito para a execução de uma tarefa, seu conhecimento tácito e já codificado, mas outros recursos que possam lhe ser úteis para lidar com o que é imprevisto, não prescrito, portanto (BARROS; BENEVIDES DE BARROS, 2010, p. 15).

Para Alencar (2015), há desafios importantes para se pensar uma política de formação: currículos e projetos pedagógicos adequados às diretrizes curriculares nacionais dos cursos de medicina; adequação dos cenários de prática, já que muitos serviços não possuem estrutura necessária para prestar os serviços de saúde e muito menos para a integração serviço-ensino; investir no corpo docente, tanto em quantitativo como em formação; sensibilizar e formar pedagogicamente os preceptores, desenvolvendo uma valorização profissional; e adequar os serviços que receberão os alunos nos campos de prática, já que os serviços também são locais importantes no processo de formação.

De acordo com Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 45), a desarticulação ou fragmentação das ações do SUS em educação, correspondendo a orientações conceituais heterogêneas, limitam o impacto nos processos de mudança sobre as instituições formadoras, e não possibilitam que a formação seja incorporada como uma política do SUS: “potência de interpor lógicas, diretrizes e processos organizados, coerentes e desafiadores dos *modos de fazer*”. Afirmam que uma proposta de ação estratégica com o intuito de transformar a “organização dos serviços e dos processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas implicaria trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições formadoras”. Para os autores, a formação para a área da saúde é entendida como “construção da educação em serviço/educação permanente em saúde: agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre serviços e gestão setorial e entre atenção à saúde e controle social”.

A política de formação definida pelo SUS, a Educação Permanente, foi instituída pela Portaria n° 198, de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004b), e alterada pela Portaria n° 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007).

Nas considerações iniciais da Portaria n° 198, de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004b), a Educação Permanente é considerada como um conceito pedagógico no setor da saúde, efetuando relações entre ensino e as ações e serviços e entre a docência e a atenção à saúde, ampliando-se para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde. No documento, está expresso que “a Educação Permanente em Saúde realiza a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva” (BRASIL, 2004b, p. 37).

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 49-50), a educação continuada aceita o acúmulo sistemático das informações e o território de aplicação da teoria é o cenário de práticas; já a educação permanente entende que “o cenário de práticas informa e recria a teoria necessária, recriando a própria prática”.

Davini (2009) afirma que a Educação Continuada representa uma continuidade do modelo escolar ou acadêmico, centrado na atualização de conteúdos, em ambiente didático, utilizando técnicas de transmissão, com enfoque disciplinar, com o objetivo de atualização, com uma desconexão do saber como solução dos problemas da prática, com oferta de cursos periódicos sem sequência constante, além de ser centrada em cada categoria profissional, desconsiderando a perspectiva das equipes e os diversos grupos de profissionais.

Davini (2009) prossegue afirmando que a Educação Permanente representou uma importante mudança na concepção e nas próprias práticas das denominadas capacitações dos trabalhadores dos serviços, invertendo a lógica do processo, incorporando o ensino e o aprendizado ao cotidiano, em contexto real, modificando as estratégias educativas, problematizando o próprio fazer. Ainda coloca os atores como reflexivos da própria prática e construtores do conhecimento, ampliando os espaços educativos para além das salas de aula, levando para as comunidades e organizações. Para Davini (2009, p. 53), “o

conhecimento não se ‘transmite’, mas se constrói a partir das dúvidas e do questionamento das práticas vigentes à luz dos problemas contextuais”.

Complementando o exposto por Davini, Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 50) afirmam que a lógica da educação permanente é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar. A formação para a área da saúde afirmada como política pública perspectiva construção de espaços com ”capacidade de desenvolver educação das equipes de saúde, dos agentes sociais e de parceiros intersetoriais para uma saúde de melhor qualidade”.

A Portaria 1.996, de 20 de agosto de 2007 dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Destaca-se no seu artigo 21, nas responsabilidades do MS e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, a função de “articular, junto às Instituições de Ensino Técnico e Universitário, mudanças em seus cursos técnicos, de graduação e pós-graduação de acordo com as necessidades do SUS, estimulando uma postura de corresponsabilidade sanitária” (BRASIL, 2007, p. 35).

Davini (2009) afirma que a educação permanente no serviço se propõe a atuar como ferramenta dinamizadora da transformação institucional e que para sua efetiva implementação, é necessário assegurar e coordenar: a direcionalidade das ações nos serviços de saúde estaduais e municipais, em uma construção política compartilhada; a capacidade de gestão dos projetos nos próprios serviços; e a organização das ações, incluindo o desenvolvimento dos profissionais, auxiliares e demais níveis de atenção e das equipes.

Na perspectiva da educação permanente e da significação dos processos de formação pelas necessidades sociais em saúde, integralidade do atendimento e rede de cuidados, é necessário que as instituições formadoras também realizem importantes iniciativas inovadoras na área do planejamento e da gestão educacionais (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 53).

Podemos, então, pensar que a parceria UVV e PMVV, assim como as outras parcerias, podem ser importantes nessa direção, uma vez que, se forjando por todo o território nacional, estimuladas pela instituição de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e posterior disposição das diretrizes para a implementação da mesma, fortalece uma formação a partir do trabalho vivo.

Neste sentido, apresentamos o relato da Profissional 1, enfermeira na USF de Barra do Jucu, que aborda a importância do PISEC na formação dos alunos, assim como na formação dos profissionais. Considera que o programa viabiliza uma troca de conhecimento, que objetiva, ao final, melhorar a assistência ao usuário.

Profissional 1: Da importância do ensino-serviço, da importância dos profissionais entenderem qual a fundamentação de ser acadêmico aqui dentro e de entender que os acadêmicos vem para somar, de entender que é uma peça a mais que a gente tem justamente para chegar para a comunidade sabe eu entendo sempre como uma forma de ajuda e como uma troca de conhecimento. A gente aprende a cada dia com os acadêmicos e com os professores que vem aqui da mesma forma que os acadêmicos e os professores também aprendem com a gente porque às vezes vem pessoas que são de áreas diferentes, mas que o momento que estão aqui estão interagindo e absorvendo as demandas daqui com a presença. Então assim eu acho que essa que é a finalidade e para isso e tudo isso, igual você falou para prestar o melhor serviço ao usuário.

Ceccim e Feuerwerker (2004) afirmam que as instituições formadoras, tradicionalmente vistas como campo de exercício do ensino e os municípios como campo de exercício dos serviços, terão que reconstituírem a si mesmos.

Para além dos desafios já citados, Nogueira (2014, p. 926), afirma que

além das inúmeras dificuldades institucionais existentes e da necessidade de participação da sociedade para consolidação desse processo, leva-se um tempo para que essas inovações sejam internalizadas pelos estudantes, passem a fazer parte do imaginário social do médico e criem condições de possibilidade para o surgimento de uma nova clínica.

Não podemos, ainda, desprezar condições de trabalho, marcadas, na grande maioria das vezes, pela precarização do trabalho em saúde, desde as questões dos vínculos trabalhistas até a degradação dos ambientes e processos em sua dimensão cotidiana, na rotina do trabalho. Como consequência, nota-se nos trabalhadores descrença, apatia, sofrimento patogênico, dor, desprazer e adoecimento (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

A relação médico-usuário vem sendo constituída com diferentes matizes ao longo do desenvolvimento da Medicina Moderna. Para Teixeira (2004), esta relação usuário-

profissional possui uma assimetria constitutiva, ou seja, uma parte busca ajuda enquanto a outra oferece apoio, e este apoio deve vir como “sofrer com”, ao mesmo tempo de cumplicidade e de indiferença. Cumplicidade com todo movimento de entrega e de diferenciação, e indiferença à vontade de homogeneizar os acontecimentos, como uma vitimização. González e Almeida (2010, p. 556) complementam afirmando que essa relação profissional de saúde-usuário, muitas vezes se dá como uma relação paternalista. “É mais fácil ter um pai que guie do que assumir a responsabilidade de ser seu próprio líder e guia”.

Para Campos (2006), há uma diferença considerada por ele como irreduzível entre o profissional e o usuário, mesmo que a relação se constitua de maneira horizontal e aberta. Assim, o profissional é portador de uma oferta técnica – saber clínico e sanitário; enquanto o usuário possui um conhecimento privilegiado sobre a sua vida e o seu sofrimento. O usuário se interessa em receber algum tipo de apoio que proporcionará uma melhoria do seu estado de saúde ou da coletividade; já o profissional interessa-se pela sua sobrevivência e realização pessoal. “A relação de poder em um espaço clínico ou sanitário será sempre desequilibrada a favor do profissional e da instituição de saúde, pode-se atenuar esta desigualdade, nunca eliminá-la” (CAMPOS, 2006, p. 59).

O PISEC se constitui em meio a essas circunstâncias. Surge como uma possibilidade de experimentar essa experiência clínica, vivenciar esta relação profissional-usuário, intervir no cotidiano de trabalho, tomar ciência das questões da profissão, dos processos de trabalho, do vínculo e da prática do profissional médico. Se constitui como uma possibilidade de se trabalhar a implantação de uma política de formação que se dirige para além do saber tecnicista e do médico que diagnostica e trata uma doença, mas para potencializar esse encontro, atribuindo-lhe outros sentidos e outro *ethos*.

Essa possibilidade nos impõe uma gama de desafios. Um deles, da maior importância, é considerar as práticas que o constituem de forma a não se instituir como, apenas, um desenho novo das mesmas práticas autoritárias e desqualificadoras da experiência daqueles que demandam cuidado, nem um olhar que vigia todo o tempo regulando uma vida. Eis o fio da navalha. Como usar essa experimentação clínica no PISEC para uma formação que escape da tradição tecnicista-biomédica do trabalho médico e também da vigilância ininterrupta? O PISEC tem produzido um novo-outro modo de ser médico? Viabiliza

implantação de uma política de formação que privilegie as relações lateralizadas com a comunidade, nas suas diferentes dimensões, e indagações ao poder médico, a partir do contato com ambientes reais, em meio aos processos de trabalho cotidianos? Acredita-se que por meio da atenção ao que ocorre no dia a dia das comunidades, possibilitam-se encontros que podem transformar nosso olhar, nossas convicções, nossos valores, nossos modos de trabalhar. Aposta-se na possibilidade de propiciar deslocamentos de alguns lugares instituídos no cuidado à saúde, marcados por relações verticalizadas, num movimento de análise dos processos de trabalho, num processo incessante de ensino-aprendizagem.

Indicando que o PISEC é um possível meio para implantação de uma política de formação que institua o espaço público no encontro com o usuário, o relato de intervenção dos alunos e preceptora do PISEC com a usuária 1 e sua neta acamada, é uma pista importante. A ACS que nos acompanhou à casa da usuária 1 para a entrevista, perguntou “Como seria sua vida, se os alunos não tivessem entrado nela?” A resposta imediata da Usuária 1 foi “*Oh meu Deus era difícil, porque eu aprendi, eu já tomava conta da A.L., já desde dela nenê, mas ainda eu não sabia toma conta dela.*” A usuária 1 nos conta que alimentava sua neta “especial” acamada, aos 10 anos de idade, com quatro, cinco mamadeiras por dia.

Usuária 1: Eu pensava que ela era um nenê, que ela era doente, né?! Eu tratava ela como se fosse doente, ai os alunos chegaram e falaram: “a A.L. não é doente, A.L. não tem febre, A.L. não dá diarreia, A.L. não dá vômito, A.L. só é especial, ela não anda, não fala, não enxerga, mas ela tem toda saúde, então a senhora vai cuidar, de hoje em diante, a senhora vai começar a dar para a A.L., feijão amassadinho, com a colher, arroz bem cozidinho, não vai fazer o arroz junto com o de vocês, porque vai fazer mais cozidinho, faz pra que da pra de manhã e pra tarde, e no outro dia faz pra de manhã e pra tarde, com carne moída, com peitinho de galinha e vai tratar de A.L. duas vezes no dia e na hora do lanche, vai fazer o copo de leite com café e vai pegar um pão doce ou um pão de sal mesmo e vai dar para A.L.

A Usuária 1 relata que durante todo o processo de modificação da alimentação de sua neta, o grupo de PISEC, os alunos e a preceptora, acompanhavam com visitas domiciliares, fizeram uma lista dos alimentos a serem comprados, instruíram como cozinhar, preparar as

refeições, e realizavam o acompanhamento médico de A.L. O desenvolvimento de A.L. a partir da intervenção do grupo do PISEC, segundo a usuária 1, foi impressionante. A.L. começou a se arrastar sem ajuda, descer ao chão, subir na cama, pegar os travesseiros, balançá-los, a comer sentada (porque antes só se alimentava deitada), enfim, por quatro anos, com o acompanhamento do grupo de PISEC, as mudanças na qualidade de vida de A.L. e por consequência, para toda a família, foram significativos. A usuária 1 afirma que “*tratando de A.L. ajudou a família toda*”. Começa, então, a relatar a intervenção dos alunos e preceptora em sua própria saúde. A Usuária 1 tem 72 anos, auxiliou na criação de seus oito netos e três bisnetos, e hoje apresenta qualidade de vida com controle de sua condição crônica, diabetes, diagnosticada e acompanhada pelo grupo do PISEC e pela equipe da USF de Barra do Jucu.

Usuária 1: E eu era dessa grossura, com um barrigão aqui né?! Era dessa grossura, [...] passaram uma lista de comida também pra mim comer, passaram pra mim andar, pra mim poder fazer coisa na pracinha ali né?! Levar a menina pro colégio e tirar pelo menos uma hora pra passar na pracinha e dar umas volta, na hora de ir embora e caminhar, pra depois ir embora.

Em 2007, os alunos das primeira e segunda turmas do curso de medicina da UVV, ao chegarem às unidades de saúde, não entendiam qual sua função naquele espaço, e se de fato isso fazia sentido no processo de formação. “Como atender pacientes em unidades de saúde se eu comecei a faculdade agora?”, cita um dos preceptores como exemplo de questões que os alunos tinham no início do curso. Casos como o relatado da usuária 1, ao longo do estágio, vão indicando a função do grupo do PISEC e as possibilidades de intervenção na saúde das comunidades acompanhadas, não só para os alunos, o que apostamos que vem produzindo um processo formativo diferenciado, sensibilizando alunos e preceptores em formação.

Mas, por que uma outra nova política de formação? De acordo com Segura-Benedicto (2011), há a necessidade premente de uma reforma global da formação dos profissionais, necessária devido a uma série de poderosas razões entre as quais se destacam as profundas modificações demográficas, sociológicas, econômicas e tecnológicas, incluindo tanto os avanços nos sistemas de informação e comunicação como nas inovações mais

especificamente sanitárias, que impulsionam e justificam uma reformulação no processo de formação do profissional de saúde.

Dentre as razões para a mudança na formação profissional, segundo os autores, a própria substituição da prática com a reorientação assistencial através da implantação da ESF, acarreta em uma série de alterações nas práticas e organização da assistência à saúde, com reorientação do foco da doença de um indivíduo, em geral entendido fora de seu ambiente social e econômico, para a família, entendida a partir do território em que está inserida, das relações que são estabelecidas e que constituem as comunidades, das condições econômicas de trabalho e de seus habitantes. Acrescenta-se, ainda, a mudança do próprio objeto de assistência, da doença para a saúde e sua promoção (BARROS *et al.*, 2010).

Para Gil *et al.* (2008), é fato que com a criação do SUS e a implantação da ESF evidenciou-se o distanciamento existente entre a formação do profissional de saúde e a prática coletiva de assistência às necessidades da população. Para os autores (GIL *et al.*, 2008), este distanciamento é evidenciado por uma gama de fatores, intimamente ligados ao modelo ainda hegemônico biomédico, hospitalocêntrico, centrado na figura do médico. Citam como principais causas deste descompasso, a formação predominantemente centrada nos hospitais universitários; a dissociação entre a formação médica e os princípios e diretrizes do SUS; a desarticulação entre a formação clínica e as necessidades de saúde da população e o enfoque eminentemente técnico, especializado e fragmentado dos conteúdos inerentes à formação médica (GIL *et al.*, 2008).

Como oportunidades emergentes no âmbito da formação dos profissionais de saúde, Segura-Benedicto (2011) enfatiza a aprendizagem à distância mediante o uso das tecnologias da informação e da comunicação, aprendizagem interprofissional e em equipe, novas modalidades que relacionam a investigação e a docência desde a aula até o campo de intervenção, e novas possibilidades de colaboração, que sirvam para equipar os profissionais em formação com as ferramentas, os conhecimentos e a sensibilidade que permitam resolutividade e outra postura ético-política dos profissionais de saúde, mais sensíveis às demandas dos usuários.

Os profissionais de saúde das unidades onde o PISEC desenvolve seus trabalhos, no início do processo de implantação nas USF do município de Vila Velha, acreditavam que seria mais um serviço, mais trabalho, não sabiam ao certo qual seria a função deles juntamente com aquele professor e grupo de alunos. Alguns se sentiram inseguros, como se estivessem sendo avaliados enquanto profissionais, não só pelo preceptor, como pelos próprios alunos. Outros não conseguiam ainda visualizar como seria possível realizar as atividades em conjunto, dividindo o serviço e a demanda, sempre reprimida devido à sobrecarga dos serviços para as equipes e seus profissionais.

Alguns profissionais foram, ao longo do processo, percebendo o lado interessante da interação que se iniciava. A Profissional 1, enfermeira e posteriormente coordenadora, ambas funções na USF de Barra do Jucu, há sete anos inserida no processo de trabalho do PISEC, durante entrevista declara sua visão do PISEC, segundo a qual, desde o início de sua implantação, os alunos são aliados das equipes no processo saúde-doença dos usuários das unidades em que o PISEC realiza suas práticas.

Profissional 1: eu sempre tive os acadêmicos e os preceptores como uma ajuda para mim, um aliado. Então assim a nossa demanda de unidade de saúde é muito grande, às vezes a equipe fica muito abarrotada e tem profissionais que não conseguem enxergar o aluno como uma ferramenta para ajudar a gente no serviço, então a gente aprende com os alunos, os alunos aprendem com a gente, a comunidade eles já tem os alunos acadêmicos assim quando eles estão saindo daqui quando estão encaminhando para o oitavo período e eles já sabem e falam “ah eu vim aqui porque eu quero falar com o Dr. Fulano, Dra. Fulana”, então a comunidade também cria vínculo com os acadêmicos, e para mim esse é o interessante. Dentro do saúde da família acho que a maior construção que a gente tem é quando a gente acolhe o usuário e a gente consegue ter o vínculo com ele porque com vínculo ele confia em você pra ele chegar e colocar um problema que ele está passando, você não conhece somente ele, você conhece ele e a família dele, o pai, a mãe, o filho, o marido, sabe assim então você consegue trabalhar como um todo. Porque as vezes ele vai chegar com uma queixa para você e se você não conhece como um todo o contexto que ele vive você pode até partir de um outro princípio achando que aquilo é uma outra coisa. Mas quando ele chega com uma queixa e você consegue imaginar o histórico onde ele vive, o

contexto familiar as situações sociais o que ele pode estar vivenciando você consegue enxergar além do que ele te fala então fica mais fácil assim para fechar diagnóstico pra promover o trabalho mesmo para ajudar aquela pessoa. Então dentro da saúde da família para mim é assim é a construção do vínculo e com isso você orienta o usuário o caminho que ele tem que seguir seja para a promoção da saúde, seja outras doenças, ou até tratar e acompanhar aquela doença já instalada, aquela patologia já instalada, mas esse vínculo é que fortalece o serviço. E com a entrada dos acadêmicos é como se a gente tivesse um elo a mais na equipe, entre a equipe e comunidade porque eles estão o tempo todo com o usuário, mas também o tempo todo com a equipe. Então assim eu vejo como uma peça fundamental. Se falarem para mim hoje que vão tirar os acadêmicos dessa unidade, eu vou ser a primeira a ir lá e bater no peito e gritar e falar “não pode” eu não posso perder o que eu já conquistei aqui, e não é uma conquista só para mim na época de enfermeira e agora na gestão, é uma conquista que é para mim é para os profissionais, que é para a comunidade, então assim é muito legal, eu vejo como uma aquisição e um presente que a gente teve desde que eu entrei. [...] Então no tempo que eu fui enfermeira assim, enfermeira assistencial eu sempre fiz os cronogramas da minha equipe podendo aproveitar o dos alunos, se era um grupo de HIPERDIA eu colocava no dia da turma que ficava comigo, um grupo de puericultura, um grupo de gestantes, um grupo de planejamento familiar e além dos grupos eu também sempre coloquei para participar dentro das rotinas dentro da unidade, dividia os alunos para ficar na sala de curativo, na sala das vacinas, na farmácia, acompanhando as consultas com os médicos, com os técnicos de enfermagem junto com os procedimentos, algumas coisas burocráticas assim de administrativos que eles também precisavam ter noção porque começa o atendimento no consultório e depois tem algumas questões de notificação, algumas questões mais administrativas então eles iam acompanhando. Depois que eu fiquei na parte da gestão da unidade, eu saí da assistência eu sempre priorizei o primeiro momento com o aluno de forma que todo o primeiro período que chega na unidade eu já converso com o preceptor porque o primeiro momento dele na unidade é comigo. Então assim nesse dia na nossa reunião eu vou falar o que é estratégia da saúde da família, eu vou falar qual o contexto que a gente está inserido aqui na unidade em nível de saúde eu vou especificar quais os tipos de serviço que a gente oferta, qual o horário de atendimento, vou falar um pouco da população que a gente tem

aqui na unidade porque eles chegam num primeiro momento e eles não tem não esse conhecimento. Então assim para que eles não caiam de para quedas no serviço e até assim para ter um diagnóstico melhor para eles porque no primeiro período eles chegam para realizar o diagnóstico situacional eu tento já dar tipo um start de iniciar uma conversa com eles para o conhecimento do território.

Segundo Heckert, Passos e Barros (2009), processo de formação é um modo de interferir nas práticas cotidianas dos serviços, nos processos de trabalho, nos modos de gerir e cuidar, potencializando os princípios do SUS. Afirmam, também, que os processos de trabalho se constituem como matéria-prima dos processos de formação, sendo que o investimento na formação dos profissionais de saúde pode possibilitar uma invenção de novas práticas.

Davini (2009, p. 45) também argumenta que “aproximar a educação da vida cotidiana é fruto do reconhecimento do potencial educativo da situação do trabalho. Em outros termos, que no trabalho [...] se aprende”. Para a autora a ideia é transformar as situações diárias em aprendizado, com reflexão dos problemas da prática e valorização do próprio processo de trabalho (DAVINI, 2009).

Heckert e Neves (2007) consideram que a interferência nos modos de formar, cuidar e gerir pode acarretar uma construção de redes impulsionadoras de movimentos de mudança, através da problematização, tanto dos modos de cuidar, como dos modos de gerir.

Percebemos que nos serviços de saúde, em geral, não existem, ou são raros, o exercício dos princípios preconizados pela política de educação permanente. No entanto, um certo modo de relação entre alunos e preceptores cria oportunidades para um processo de aprendizagem coletivo, não só para os alunos, como também para os preceptores e os profissionais de saúde. Todos se formam nesse processo, o que implica reposicionamento subjetivo do conjunto de atores que atua nos serviços.

Os processos de aprendizagem, na maior parte das vezes, ocorrem por meio das capacitações. Davini (2009) define capacitação como ação intencional e planejada com a missão de fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas. A autora cita os vários desvios frequentes da prática das capacitações: simplificação, visão instrumental da

educação, imediatismo, baixa discriminação de problemas a superar, tendência a trabalhar programas e projetos pontuais ao invés de fortalecer a permanência de estratégias educativas. Prossegue, afirmando que nem toda ação de capacitação implica em um processo de educação permanente. Para Davini (2009, p. 40), “a educação permanente, como estratégia sistemática e global, pode abranger em seu processo diversas ações específicas de capacitação e não o inverso”.

Apesar da importância e grande utilização da capacitação, nem sempre os projetos enfocados se convertem em interferência efetiva nos processos de trabalho nos serviços. “Muitas vezes, o olhar se reduz à definição de métodos ou técnicas de trabalho, ocultando a orientação dos processos”, com o intuito de atualizar novos enfoques, informações ou tecnologias para implantação de novas políticas, reunindo pessoas em uma sala de aula, isolando-as do contexto real de trabalho, orientados por especialistas que transmitirão conhecimentos, que deverão ser incorporados e aplicados (DAVINI, 2009, p. 41). Por fim, Davini (2009, p. 42), afirma que “ainda que em alguns casos se alcance aprendizagens individuais por meio da capacitação, elas nem sempre se traduzem em aprendizagem organizacional. Isto é, não se transferem para a ação coletiva”.

Importante notar que a dinâmica das organizações, a citar os próprios serviços de saúde, segundo Davini (2009, p. 52), tende a resistir à incorporação de mudanças, e essa resistência cria obstáculos às novas práticas. “Refletir sobre as práticas e transformá-las implica um complexo processo de institucionalização e desinstitucionalização, que requer formas de ação coletivas”.

Acompanhamos Heckert e Neves (2007, p. 147-148), ao considerarem a formação como uma instituição, que diz respeito às práticas sociais historicamente reproduzidas. Instituição esta que “produz verdades, objetos-saberes e modos de subjetivação”. Assim, a formação é uma prática “passível de provocar movimentos, estabilizações e desestabilizações”, provocando a produção de outros problemas, devido à sua condição problematizadora. Acreditamos, e essa tem sido nossa aposta, que o PISEC é uma possibilidade de provocar movimentos que desestabilizem o instituído, fortaleçam outros modos de trabalhar-cuidar, numa mudança de práticas para todos esses profissionais envolvidos nos processos de trabalho em saúde.

A experiência clínica vivenciada pelos alunos do PISEC vem provocando movimentos instituintes? A inserção dos alunos nos ambientes reais, no cotidiano da comunidade assistida, na rotina dos profissionais de saúde, no dia-a-dia das famílias e nas queixas dos indivíduos, vem possibilitando repensar a prática médica? Que Medicina queremos praticar? Que Medicina queremos ensinar? Os alunos, os profissionais, os professores e as comunidades assistidas colocam em questão as práticas médicas durante as atividades do PISEC ao renormatizarem²¹ permanentemente o trabalho.

A Usuária 2, que utiliza os serviços da USF de Barra do Jucu desde o seu início, durante entrevista declarou: *“Eu acho que os alunos dão mais atenção a gente”*, quando comparou o atendimento dos alunos com o atendimento dos profissionais médicos que já a atenderam, tanto na USF como nos serviços privados que consultou. Para ela, o médico deve *“aprender a ser médico, descobrir o que a gente tá sentindo, passar o remédio certinho, ser bem atendida”*, e ao ser demandado o que não pode deixar de ser ensinado aos estudantes, ela respondeu: *“Não pode deixar de salvar a vida da pessoa, ensinar a salvar”*.

Ao mesmo questionamento, a Usuária 1 afirmou: *Cuidar dos paciente com amor, né?! É a melhor coisa né?! porque às vezes o paciente ta muito ruim, com muito medo, sem coragem de fazer aquele procedimento, mas assim pelo amor do médico, pelo jeito que o médico trata a pessoa melhor... Pressão alta principalmente é uma doença, que o amor que o médico trata o paciente, o paciente se sente bem, ai já vai se acalmando né?! Ai se o médico for estovado, bruto, então vai deixar o paciente mais nervoso, essas coisas, e eu acho que tem que ter amor né?!*

Então é essa a medicina que queremos ensinar, aprender e praticar: a medicina com amor, a medicina que cuida, a medicina que acolhe o paciente independente de qualquer questão, a medicina que aborda todos os aspectos da vida, e não só as dimensões biológica e física. Para o coordenador do PISEC de 2007 a 2013: *A profissão médico é lidar com pessoas. E aí depende de como você, a pessoa que tá conduzindo a reflexão, extrapola aquele atendimento individual para níveis mais amplos, pra família, pra comunidade. Quando aborda que médico queremos formar, ele descreve o que idealiza e aborda um exemplo de*

²¹ Renormatizar tem o sentido de criar novas normas quando nos encontramos em situações imprevisíveis.

um cirurgião que trabalha na UTI que ele e a família vivenciaram. *A capilaridade que tem na Atenção Primária, nenhuma especialidade tem como a medicina de família, não adianta falar isso, não é pediatria, não é a clínica médica. Quem tá hoje atendendo na atenção primária é ou são médicos que foram requalificados, por exemplo, um pediatra que se qualificou pra atender a [atenção primária] e isso é feito de uma forma desordenada, eu sempre achei que isso poderia ser ordenado. Agora, na minha visão na graduação, eu não defendo a ideia de Medicina de família. Eu acho que graduação de Medicina é pra formar o médico e o corpo de conhecimento técnico-científico da Medicina de família, ela contribui na formação de qualquer médico, qualquer especialidade que vai fazer, assim como pediatria, assim como conhecimentos de atenção à criança, ao idoso, então a gente não pode ficar escolhendo, não deveria ficar escolhendo especialidade assim, de antemão, ou cada professor defender o seu time. A gente tem que formar bons médicos e precisa hoje de um bom cirurgião, um bom intensivista. Eu já fui atendido, minha família, por um intensivista que fez uma abordagem familiar. Eu não sei onde ele aprendeu, mas ele fez uma abordagem familiar. Deve ter aprendido isso na faculdade ou na residência. Então quer dizer, é um conhecimento que a gente tem que qualquer especialidade pode usar. Então, foi importante juntar a família e falar que a nossa familiar tava morta, né? É um pouco duro ouvir isso, mas juntar... e ele usou um método muito interessante: "Quais são as pessoas que estão tranquilas que a gente pode conversar? Chama lá e eu vou conversar com vocês." Eu, como médico, eu sabia que não era uma notícia muito boa, mas foi importante juntar... Ele organizou uma roda, conversou, um cara de UTI, né, um cirurgião. [...] Ele foi superafetivo, superacolhedor. Foi técnico na linguagem, mas quer dizer, é um conhecimento que às vezes a gente dispensa. Quem é que vai ensinar isso, quem é que faz isso todo dia? Da mesma maneira, quem é que vai ensinar a fazer procedimento bem feito, um procedimento cirúrgico ambulatorial, se não for um cirurgião? O cirurgião vai precisar lidar com pessoas, também. Família... Essa escolha, ela não é optativa.*

Para a Profissional 1, enfermeira e coordenadora da USF de Barra do Jucu, listou uma série de fatores que para ela determinam os aspectos importantes nas práticas do PISEC que devem ser observados para potencializar uma formação diferenciada.

Profissional 1: Eu avalio a forma como que ele vai abordar o paciente, eu avalio se ele realmente está inteirado assim no contexto o porquê que ele foi ali, se ele foi ali na verdade só para cumprir um quesito da questão da disciplina ou de fato se ele tem um feeling com a saúde da família, com a medicina da comunidade, isso que eu avalio. A interação dele com o usuário, a resposta que ele vai dar para o usuário, a forma com que ele vai se comprometer de ter responsabilidade de ofertar os cuidados para aquela pessoa, é isso que eu avalio. Na verdade é assim eu acho que o que pesa mais é a responsabilidade e o comprometimento porque isso dentro de um território de saúde da família é isso que o usuário quer, ele quer sentir a confiança naquele profissional que está indo até ele, ele quer saber assim para você eu posso falar e você de alguma forma vai me orientar e vai me ajudar, você vai ser resolutivo para a demanda dele.

Para a Profissional 1, a formação a partir das práticas do PISEC promovem um diferencial, quando comparado às formações em que uma interação dos serviços com o ensino não são efetivadas. Exemplifica, em seu discurso, o caso de um ex-aluno do curso de medicina da UVV que realizou as atividades do PISEC na USF de Barra do Jucu, e hoje está inserido no Programa PROVAB, como médico da equipe da unidade, em específico, da equipe em que realizou atividades como acadêmico, exemplo este já citado pelas ACS em Roda de Conversa.

Profissional 1: Muito diferente até por mim porque tive uma formação voltada para hospital e agora não. Eu acho que o G. é um exemplo disso, quando eu entrei aqui ele era segundo ano período de Medicina com a gente e assim hoje ele é um médico que está aqui e que teve toda essa formação. Então desde o primeiro período dele ele veio para a unidade de saúde, ele conheceu o território, ele conheceu a particularidade daqui e hoje ele é médico por coincidência da equipe que ele atuava. Então assim como é diferente, como ele já tem a percepção do território, como ele conhece o que mais acomete as pessoas daqui, como ele entende a questão cultural daqui, como ele entende os problemas sociais sabe aqui da população então eu acho que ele está muito à frente do profissional que não teve nenhuma vivência durante o período acadêmico e que tem uma formação diferente da que a gente vive hoje e chega aqui e de repente quer impor coisas que não

conhece, que não entende de repente de determinada postura que deve ser tomada, então assim é bem diferente o método e eles são bem humanos.

Interessante mencionar, em relação às práticas do PISEC e aos questionamentos levantados, que, para a Preceptora 1 entrevistada, médica de família e comunidade, para que as relações entre os alunos e a comunidade e entre os alunos e a equipe se dêem de forma a construir um processo de trabalho que viabilize formação de um profissional com essa postura, o papel do preceptor é fundamental. As relações entre os preceptores e a comunidade, assim como entre os preceptores e as equipes, constituem um fator primordial para possibilitar que as práticas do PISEC ocorram. Considera que o preceptor é a peça chave para abrir ou fechar as portas nos serviços e nas comunidades.

Preceptora 1: As relações entre os alunos e a equipe da unidade. E aí eu só posso falar de uma unidade porque eu só trabalhei em uma unidade o tempo inteiro. Como a minha relação é muito boa dentro daquela unidade, os alunos acabam tendo uma facilidade maior. Eu acho, aí por minha culpa porque eu sei que reclamam de outros profissionais dentro da minha unidade porque não fazem parceria como deveriam. Alguns preceptores reclamam que não tem a facilidade que eu tenho, mas aí a minha pergunta é: o que é que esse preceptor de fato facilita pra essa unidade pra que aconteça todas as coisas que ele quer que aconteça? E ali realmente dentro da Barra do Jucu pra mim não tem mal tempo e pra eles também não. Qualquer coisa que eu pedir, eu consigo ali dentro. Se você perguntar pra mim se eu conto com os médicos de lá, não, não conto com os médicos. Porque aí eu enquanto médica dou o suporte que eles precisam. Mas quando eu preciso que eles entrem em outros nichos, tipo acompanhar o enfermeiro, sair com os Agentes Comunitários, ficar dentro da vacina, ficar dentro da farmácia, que às vezes eles querem pra ver como é que dispensa medicamento. Isso eu consigo ter entrada com todos eles com facilidade porque qualquer coisa que me pedem eu estou sempre disponível pra todo mundo dentro da unidade. Bom, eu acho que esse viés aí é uma coisa minha, característica minha, pessoal, que eu sei que a grande maioria dos preceptores se fecham naquele núcleo e não conseguem ter entrada em todos os cantinhos da unidade.

A fala da Preceptora 1 nos alerta para um aspecto importante, afinal não podemos contar com características pessoais numa política de formação. O preceptor é formado no curso da

atividade profissional. É preciso disponibilidade para sofrer um deslocamento radical nos modos habituais de trabalhar. E nesse sentido mais um desafio está posto: Como se forma um preceptor? Certamente, não sabemos *a priori*. É preciso exercício. Mas de uma coisa temos certeza: uma política de formação não pode ser dependente do “jeito” do preceptor.

Para a Preceptora 1, a relação dos alunos com a equipe da unidade tem muito mais a ver com a relação que o preceptor constroi naquela unidade do que do próprio aluno. Depende muito das relações do preceptor com a comunidade, com a equipe, com a unidade, como um todo.

Preceptora 1: Eu acho que, porque dependendo do preceptor ele não dá liberdade pro aluno buscar. Ele quer que o aluno faça aquilo que ele quer que faça. Então por mais que seja um aluno mais atirado, ele não vai conseguir tramitar bem por dentro da unidade. Ele vai ter um vínculo, mas ele não vai conseguir talvez fazer tudo se ele tem uma abertura maior desse preceptor com a unidade. Eu acho que a porta se fecha um pouco. [...] As relações entre os alunos e a comunidade do entorno da unidade em que o estágio acontece. Eu acho que isso se dá de uma maneira. Bom, pelo menos, assim, as turmas que eu passei, bastante tranquila. O que que acontece. Como eles começam desde o primeiro período, eles começam a fazer vínculo a partir daquele momento que a gente começa a fazer a estimativa rápida. E como eles permanecem dentro daquela unidade o tempo inteiro, eu acho que o vínculo com a comunidade é excelente. Mas de alguma maneira também está ligada ao preceptor. Que é assim, eu vou falar de mim na Barra do Jucu. Eu comecei a virar uma referência na Barra do Jucu. Pode ir na quinta-feira que a doutora W. atende. A minha turminha que saiu e que se forma no meio do ano que vem, como eles eram bons de atendimento, a gente tinha um volume de atendimento muito grande. Tanto é que quando eles saíram e o período passado que eu peguei a turma nova [...] e eles ficaram muito assustados, eles atenderam em um período o que eles não atenderam em sete. Então tem a ver com o vínculo, porque eu sei que tem gente dentro da Barra do Jucu que não consegue sala, e eu consigo todas. Eles abrem todas as portas pra mim. Mas eu também abraço um acolhimento. Quantos? Quantos chegarem, quantos a gente atende. Então eu acho que tem a ver como é que esse preceptor se porta perante a unidade, perante a comunidade, entendeu? E aí facilita tudo, porque se você desde o primeiro período você vai andar com

eles na rua, que você cumprimenta as pessoas, e mais do que nunca já são quatro anos ali dentro, né? Quatro anos e meio, então sempre na Barra do Jucu, eu nunca saí dali. [...] Eu, hoje, depois de quatro anos e meio, que eu já nem sabia que tinha esse tempo todo, mas assim, o que que eu percebo? Que o preceptor é o elo pra abrir ou fechar portas. É ele que abre ou fecha portas pros alunos. Pro aluno ter mais vontade de ir pro PISEC ou ele fala ai que saco. Porque era uma coisa que quando eu entrei eu escutava muito os alunos falarem, putz, tem que ir pro PISEC. E eu via os meus alunos amaração de ir pro PISEC. Mas eu botava eles no fogo desde o início. Então eu acho que isso faz uma diferença fundamental. O preceptor, ele acaba sendo a chave disso daí, entendeu, de abrir ou fechar porta pra esse campo de estágio. De ele achar um saco estar em unidade de saúde atendendo paciente ou ele ter oportunidade de ver tantas coisas que ele fica contando o dia de chegar o dia do PISEC porque ele vai poder botar a mão no paciente e ver e aprender mais coisas. Eu acho que é a chave até pra comunidade porque se o preceptor entra na comunidade e ele não é simpático, não é acessível, assim como vai que nem rastigo de pólvora que aquela pessoa é boa, vai que nem rastigo de pólvora que é ruim. A gente tem que ter muito cuidado, até porque a gente tá na casa dos outros, né? Então abrir ou fechar essas portas aí, a chave é o preceptor.

A Preceptora 1 insiste: as características pessoais são fundamentais para efetivar a integração serviço-ensino. Isso é discutido entre os pares? Nas discussões entre os preceptores há ênfase nas ações particulares e nas características pessoais específicas, de tal maneira que seriam elas que modificariam as práticas e as relações nas unidades. Se assim fosse nada se teria a fazer quando um preceptor não tivesse perfil. O PISEC, em alguns momentos, tem sido tomado como um programa que dará certo ou não dependendo das pessoas, das boas relações, o que demonstra uma privatização das práticas. Não podemos entender que são os conchavos, o perfil, ou as relações pessoais que viabilizam as práticas profissionais nas unidades. Se temos como horizonte a construção de uma saúde pública, lateralizando as relações, é preciso afirmar que nos formamos a partir das práticas no cotidiano do serviço, e nosso “perfil” ou as nossas características pessoais, ou as relações de amizade nas USF, não podem ser fatores decisivos.

O Preceptor 2, médico de família e comunidade, relata o quanto considera importante a proximidade do preceptor com o aluno, uma relação que aprende e ensina, ao mesmo tempo, e a todo momento. É importante que esteja claro para o preceptor que ele também está em processo de formação, que aprende a partir das práticas realizadas, juntamente com os alunos, os profissionais de saúde e a comunidade, no cotidiano das USF.

Preceptor 2: O que que eu vejo de diferente, assim, o que que eu vejo que é fundamental assim, você ter proximidade com o aluno, acho que isso, poxa você já está em um ambiente adverso, fora da área de segurança dos dois, né? Se você não tiver uma relação muito estreita, mas ao mesmo tempo sabendo lidar com limites, né? A convivência fica insuportável, eu já entrei em grupos que eu não consegui executar o meu papel de preceptor, porque não deu realmente, não deu liga, não teve afinidade, eu tive que mudar de grupo, logo no início, logo no segundo ano, né, mas assim também eu acho que a gente estava experimentando, trabalhando, aprendendo, tudo. [...] Depois não aconteceu mais. Mas eu acho que você tem que estar próximo dele, né, e não é só próximo no sentido técnico como preceptor, é próximo no sentido de saber, conhecer quem é aquele aluno, o que que ele tá fazendo ali, qual é, o que ele pretende fazer da vida, o que que aquele caso determinado, por que que aquele caso determinado afeta aquele aluno, porque que a gente vê alguns casos, por exemplo, em que ele sai dali extremamente ansioso pra te passar o caso, então você pontuar isso é legal, olha, tá vendo porque que você teve, seu comportamento, isso você pode usar para o diagnóstico do seu paciente, isso você pode usar para o diagnóstico de uma família, uma família ansiosa se comporta desta forma. Né, essa carga, por que você terminou esse atendimento e está cansado? Então, vai além de perceber questão técnica. Olha eu tenho que fazer isso porque existe um protocolo que diz isso, clinicamente é isso, não. Vai de você perceber a reação do aluno ao que ele encontra, àquela consulta. Aquele momento com uma família. Entendeu? Então, isso é muito interessante, é, é, se você não conhecer isso, você perde um potencial, né? Se você não tiver próximo e saber quem é o seu aluno, você perde essa, essa, possibilidade, essa oportunidade de o aluno poder, é, é, desenvolver o aspecto humano dele, o aspecto humanizado que a gente fala tanto, né? Poxa, existe alguém que se preocupa comigo também, interessante, né? Você tá lá, poxa, tem alguém que preocupa comigo, preocupa com o que eu estou sentindo, que se preocupa com o meu aprendizado não só, mas quem

sou eu, isso é legal, isso é que eu percebo nessa relação entre aluno e preceptor. A gente aprende muito também, né Ana? A gente aprende muito porque eles te instigam, né? Professor por que isso, às vezes você nem parou para pensar, tanto no sentido técnico como no sentido da educação. Professor, hoje eu notei que você fez uma coisa diferente com esse paciente, por quê? Aí você nem tinha parado para pensar naquilo. Verdade. Isso te possibilita também encontrar alguma coisa, né? Até para o seu aprimoramento.

O Preceptor 2 também traz alguns aspectos interessantes para a discussão acerca da relação com a comunidade, tendo a mesma como parceira no aprendizado; e discute sobre a relação do preceptor com a equipe e com a comunidade, enfatizando que enquanto tiver uma relação de troca, em especial com a equipe, não há tensionamentos consideráveis na relação, que possam se tornar empecilhos às práticas do PISEC.

Preceptor 2: Quando eu estava na parte da tarde, que a gente trabalha mais próximo à comunidade, o início é sempre mais difícil porque o estudante não vai na unidade de saúde com a mentalidade de fazer uma territorialização. Eles vão com a mentalidade de ver alguma doença. Né, então, para você quebrar essa tensão, é sempre um pouco mais difícil. O que eu percebo quando eles se envolvem pra valer, é quando eles têm o objetivo claro de confeccionar o mapa, eles reconhecem aquele objetivo daquele mapa, eles sabem que aquilo vai servir pra frente pra eles poderem nortear algumas ações. E outro aspecto é quando eles chegam na abordagem familiar. Que eu acho fantástico é quando eles conseguem entender o que é uma abordagem da família, quando isso é disparado para eles, eu não faço minha visita domiciliar pra ver o acamado só, mas pra ver uma abordagem da família, o ciclo de vida da família, com todas as particularidades que eles tem, ele acaba se envolvendo mais. Por que que a gente fala isso? Porque os próprios alunos, eles trazem isso pra gente, pelas diferenças de grupos. Então, a comunidade ela tá ali, como não só parceira do aprendizado, mas também como um organismo vivo que a gente vai intervir. Uma família ela tá ali não só como eu estou sugando o aprendizado, mas aquilo ali vai gerar um ganho praquela família, isso é muito importante isso. E quando eles conseguem ver isso, existe uma reciprocidade grande entre as famílias que eles visitam e a própria motivação do aluno. No aspecto individual, eu não tenho como falar nada negativo. Porque todos os pacientes saem satisfeitos. É claro que a gente fala e

a gente não fez o levantamento disso, não a gente não fez, mas é, a gente nem registra isso em prontuário, né, a satisfação, uma coisa até que a gente podia pensar em fazer, mas é, todos os pacientes saem satisfeitos e qual é o termômetro disso, retornam.

Preceptor 2: A relação do preceptor com a equipe e com a comunidade não é uma relação ruim, mas eu uso de muita tecnologia leve também. O que é uma tecnologia leve, quais as tecnologias que uso pra isso? Aproveitar cada espaço de encontro que eu esteja com alguma pessoa, para eu conhecê-la um pouquinho melhor. Tudo bem? Como foi o seu dia? A pessoa me conta uma experiência, poxa eu já passei por isso também. Então, tem uma espontaneidade aí que faz com que você crie uma empatia, então tem umas coisas que eu uso mesmo, que são da medicina de família para eu poder ter uma abertura maior aqui. O outro ponto é que eles começaram a perceber que com o tempo que a gente está na unidade de saúde que os casos mais complexos que ninguém quer pegar, a gente acaba pegando, conduzindo e eles acabam diminuindo aquela demanda da unidade de saúde, de aparecer toda semana. Isso é bom. Então enquanto existir essa relação de troca, você não vê problema com a equipe. [...] Se você não tem um relacionamento adequado com a equipe, como é que você vai desenvolver as ações, como que você vai ter abertura pra desenvolver as tuas estratégias com aluno dentro de um espaço. Não vai. Isso acontece principalmente quando a gente tá colocando uma atividade, uma organização de uma atividade no processo que esteja cristalizado e que as pessoas não estejam preparadas para aquilo naquele momento. Exemplo claro, visita domiciliar. A visita domiciliar que a gente faz, ela tem um objetivo muito mais ampliado. Na visita domiciliar feita pela agente comunitária de saúde é uma visita rápida, muitas vezes para preencher uma aspecto quantitativo requerido pela gestão. Então, eu vou fazer uma visita em que eu demoro em torno de 30, 40 minutos, uma hora dentro da casa de uma pessoa, nesse tempo a agente comunitária já visitou umas 6, 7 pessoas, pra poder preencher algum determinado aspecto lá que o município está requerendo. Então, às vezes, assim, isso acontecia, né? Da gente ter uma atividade programada, ah, mas não deu família hoje. Mas por que? Não, mais tarde tinha uma consulta que ele marcou pra ele, ah, não, eu tenho que ver tal coisa, algum problema pessoal, porque eles trabalham em horário também ingrato, né? Então, isso acontecia assim. No consultório, isso acontece muito menos. Ou praticamente não acontece. Pelo contrário, eles agendam até mais do que a gente consegue, né? Agora,

quando a gente interfere diretamente no processo de trabalho deles, existe sim, existe sim, uma sabotagem, mas eu acredito que isso seja mais por conta disso, né, de sobrecarga de trabalho, eles já não estão em condições adequadas de trabalho, eles já não tem um norte, né, técnico assim pra trabalhar, então isso...

Preceptor 2: A relação do preceptor com a comunidade também interfere no processo de aprendizado. [...] Até porque acredito que o vínculo que existe, isso eu aprendi até na própria UERJ durante a residência, o preceptor tem que conhecer todos os pacientes que são vistos pelos alunos, o vínculo tem que ser com essas pessoas, o vínculo pode existir também com o aluno, pode, mas o responsável de fato por aquilo ali é o preceptor. É uma carga na verdade de trabalho dupla porque você pega ser responsável pelo aprendizado, verdade você é responsável por organizar o aprendizado daquele aluno e ao mesmo tempo pelo aspecto clínico de cuidado com aquela pessoa, com o paciente que chega ali. Você, não tem como você se eximir disso, né? Você então, a relação com a comunidade, a relação entre a comunidade e o preceptor, ela tem que ser no mínimo igual ou melhor do que qualquer outra, eu percebo isso sim, principalmente com o histórico, pelo que eu já falei, por eles voltarem, por eles elogiarem o atendimento, por eles, por a gente ver uma determinada adesão ao tratamento.

Os relatos indicam que o preceptor e os demais atores do processo são pensados a partir de ações isoladas no PISEC. Esse nos parece um sério equívoco, uma vez que não são ações individuais que constroem uma política pública, e sim ações coletivas. Para o coordenador do PISEC de 2007 a 2013, o cenário do PISEC é importante para a formação médica e é necessário qualificar os professores e formar os profissionais nos serviços para se tornarem os preceptores das práticas de interação. Mais que qualificar, como afirmamos a todo momento, é preciso formar os preceptores também. A formação se faz no próprio processo de trabalho, nas práticas cotidianas nos serviços e que tenha a direção de produção de um comum.

Enfocam, também, a questão da interrupção das práticas do PISEC, pois operamos com o calendário da IES, o que representa períodos de férias, recessos, feriados, deixando os serviços desassistidos.

Coordenador do PISEC de 2007 a 2013: Em termos de graduação, a gente tá dentro de um cenário poderoso, acho que a gente conseguiu essa vitória com o PISEC, é, acho que precisa de qualificar os professores para essa função e pra qualquer outra, né? O professor tem que estar sempre sendo qualificado, mas eu acho que tem que incorporar cada vez mais profissionais qualificados na rede pra eles serem os preceptores. É assim no mundo inteiro. O profissional tem que estar na unidade, supervisor da maneira que a gente faz o ensino com supervisão, você não tá dentro do programa. Acho que tem que ser revisto. Acho que o Ministério da Saúde tem apontado isso com a residência, o preceptor vai ser o sujeito que tá lá, mas esse sujeito tem que ser qualificado, já, tem que estar lá na base do sistema, né? E não um que vai lá de vez em quando visitar e que tem férias. Eu acho que isso é um problema. Então assim, inserção, ela tem que ser radical, ela não pode ter férias acadêmicas. Eles tem que achar outras soluções pra esse período. Ah, todo mundo precisa de férias, mas não pode ter essas interrupções. [...] Então, assim, por exemplo, nós estamos com o problema da Zica agora, então como estamos num país tropical, esse período de chuvas e calor é muito crítico. A universidade não pode ficar alheia à isso.

A questão do Zica Vírus, como afirma, indica a importância do SUS, a repercussão mundial que o SUS deflagrou, e nos lembra da nossa responsabilidade nisso tudo, a responsabilidade das IES que estão nos serviços realizando as suas práticas, assim como formando o futuro profissional de saúde, em específico no PISEC, o médico.

Coordenador do PISEC de 2007 a 2013: Um exemplo recente é essa identificação do Zica vírus, essa situação toda no Brasil epidemiológica, ela só foi identificada por causa do SUS, claro e óbvio. Tudo começou no sistema de notificação identificar e fazer um alerta mundial e não consegue enxergar isso, não consegue perceber esse impacto da rede de saúde que rapidamente identificou... A gente nem sabia que tinha um surto, uma epidemia. Então, quem que identifica isso? Essa rede de notificação que está espalhada. Não é porque as pessoas tem uma inteligência acima da média. Isso gerou um alerta pro mundo todo começar a revisar os seus casos, porque muitos países não tem o sistema de saúde organizado, minimamente organizado. E ele não consegue falar isso, não consegue dizer isso. E as instituições de ensino não conseguem mostrar isso.

Ainda apontando para a necessidade do professor se qualificar, considera que o médico tem que se especializar em educação.

Coordenador do PISEC de 2007 a 2013: E não adianta, outra coisa que eu sempre achei importante, um ponto-chave. O professor tem que ser especialista em educação. MESMO. Médico que dá aula é diferente, então a gente tem que se especializar em educação, tem que entender do que tá fazendo. A gente pode ser bom médico, não digo automaticamente que vai ser bom educador, nem bom professor. Mas precisa de ter especialistas em educação, grupos que estudam a educação. Eu sempre batalhei por isso e eu acho que agora eu tô num outro momento, né, já não tem me encantado mais a questão da educação, mas eu vejo, na questão da interação comunitária, tem muita produção científica do mundo inteiro. Abrir o livro, como a gente sempre falou abrir a internet e ler, estudar e tentar fazer essas mudanças, né.

O projeto do PISEC tira os profissionais de lugares instituídos e estabilizados. Os objetivos do PISEC, gerais e por período, ainda eram, no início de sua implantação, pouco divulgados e a maioria dos envolvidos expressavam sua resistência à proposta. Resistência esta que, de certa forma, é explicada por se tratar de um movimento que se depara com modos de trabalhar que demandam deslocamentos importantes no trabalho em saúde. Para os profissionais, preceptores, gestores e alunos, os objetivos do PISEC precisavam ser objetivos das equipes de saúde da família, o que implicaria em melhorar a qualidade da assistência aos usuários, promover saúde a essas famílias assistidas, um propósito comum. Mas, certamente, isso não está dado. É preciso que o PISEC seja uma construção coletiva, e não, como afirmado em algumas entrevistas, baseado em um perfil individual. Do contrário, a resistência e o descrédito passam a ser a tônica do referido programa.

4.3 PROMOVER SAÚDE? MAS DE QUE SAÚDE ESTAMOS FALANDO?

Para Gutierrez e Oberdiek (2001), desde os primórdios da humanidade, as perguntas “o que é ter saúde” e “o que é ter doença” já faziam parte das preocupações do cotidiano das pessoas.

Falar de saúde não é tarefa fácil; há diversas linhas e concepções; há divergências e ideias complementares; é um termo polissêmico e que difere de definição conforme o autor, a linha de pesquisa, conforme a formação, o país.

Não é possível, nem desejamos, no escopo dessa tese, discutir as concepções de saúde de forma exaustiva. No entanto, não podemos nos furtar de fazer aqui esse debate, uma vez que em toda a tese afirmamos uma forma de fazer saúde que constitui uma proposta de formação que persegue práticas democráticas.

Foi com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e posteriormente da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 7 de abril de 1947, que houve a necessidade de se definir o termo saúde, já que estava sendo criada uma organização internacional que discutiria Saúde (NARVAI, 2005).

Na época, a definição clássica de saúde seria “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença” (OMS, 1960), coincidindo com o esgotamento do modelo médico curativista. Para Narvai (2005), esta definição é tida como clássica, amplamente difundida, e também largamente criticada, pois muitos autores a consideram utópica e pouco operacional.

Para Campos (2006), o conceito de saúde da OMS contribuiu para ampliar o conceito antes hegemônico de que saúde era apenas a ausência de doença, favorecendo políticas de saúde mais abrangentes e reformas na formação dos profissionais de saúde, em que a centralidade era na dimensão biológica. Porém, o autor prossegue com uma crítica acerca deste conceito, já que promove uma concepção de saúde como um estado absoluto, deixando na sombra

uma imensa variedade processual de estados indefinidos, uma infinitude de situações encontradas entre o saudável e a doença.

Contrapondo a esta ideia de um estado absoluto de saúde, Campos (2006) afirma que a finalidade do trabalho em saúde é alcançar graus relativos maiores de saúde, em que a saúde possui várias dimensões, tanto quantitativas como qualitativas, algumas passíveis de medições objetivas e realizadas sem a participação ativa dos sujeitos, enquanto outras são difíceis de serem avaliadas sem que os sujeitos estejam implicados.

Nesta discussão de saúde não podemos excluir as contribuições valiosas de Georges Canguilhem, em especial, na segunda parte da sua tese de doutorado em medicina, publicada em 1943, “Ensaio sobre alguns problemas relativos ao normal e o patológico”, intitulada “Existem ciências do normal e do patológico?” (MARTINS, 2014).

No século XIX, o normal e o patológico eram dogmas cientificamente endossados pela Biologia e pela Medicina (CANGUILHEM, 1995). Em 1943, Georges Canguilhem defende a sua tese de doutorado e expõe que o normal e o patológico são dois fenômenos qualitativamente diferentes e opostos, o que contrariava o pensamento da época, que afirmava que os fenômenos patológicos seriam variações quantitativas dos fenômenos normais (COELHO; ALMEIDA FILHO, 1999).

Canguilhem (1995) afirma que alguns autores utilizam o princípio da continuidade para não definir nem saúde nem doença e afirma que não existe estado normal completo, nem saúde perfeita. Prossegue pontuando que por essa afirmação, poderíamos dizer que existem apenas doentes ou que não existem doentes, ambas afirmações, consideradas por ele, absurdas. Ainda, complementa que não é possível uma saúde perfeita contínua, pois isto seria considerado anormal, já que a doença está incluída na experiência do ser vivo.

Para Canguilhem (1995), o estado patológico não pode ser reduzido ao conteúdo de saúde, pois patológico seria uma nova dimensão da vida, ou seja, as reações patológicas jamais se apresentam no indivíduo normal da mesma forma e nas mesmas condições, já que o patológico implica uma relação com um novo meio, com maior limitação, uma vez que o doente não consegue responder mais ao que o meio normal anterior exigia. Dito isto, a

partir de Canguilhem, o anormal não seria a ausência de normalidade, ou seja, o patológico também seria normal, porque na experiência de vida do homem inclui-se a doença, de tal maneira que o estado fisiológico seria mais o estado são do que o estado normal, e o normal patológico seria diferente do normal fisiológico, já que todo estado vital seria normal (COELHO; ALMEIDA FILHO, 1999).

Foucault (2003), potencializando o exposto por Canguilhem, afirma que a doença se articula com a própria vida; não é mais um acontecimento e sim a vida se modificando. Os fenômenos fisiológicos são entendidos, por Foucault (2003), como propriedades do corpo vivo em seu estado natural e o fenômeno patológico será o seu aumento, diminuição ou alteração. A doença como forma patológica da vida. Continua seu pensamento, afirmando que “não é porque caiu doente que o homem morre; é fundamentalmente porque pode morrer que o homem adocece. [...] O desvio da vida é da ordem da vida, mas de uma vida que conduz à morte” (FOUCAULT, 2003, p. 177).

Canguilhem (1995, p. 160) declara, ainda, que “a saúde é um guia regulador das possibilidades de reação. [...] Estar em boa saúde é poder cair doente e se recuperar; é um luxo biológico. [...] a doença consiste numa redução da margem de tolerância às infidelidades do meio”.

Corroborando com o pensamento de Foucault, Canguilhem (1995, p. 66) prossegue: a doença é para o doente uma forma diferente de vida. “O estado patológico não é um simples prolongamento, quantitativamente variado, do estado fisiológico, mas é totalmente diferente”.

Para um ser vivo, o fato de reagir por uma doença a uma lesão, a uma infestação, a uma anarquia funcional, traduz um fato fundamental: é que a vida não é indiferente às condições nas quais ela é possível, que a vida é polaridade e por isso mesmo, posição inconsciente de valor, em resumo, que a vida é, de fato, uma atividade normativa (CANGUILHEM, 1995, p. 96).

Então, em Canguilhem (COELHO; ALMEIDA FILHO, 1999, p. 24), “a saúde constitui uma certa capacidade de ultrapassar as crises orgânicas para instalar uma nova ordem fisiológica. Biologicamente assegurada pela vida, a saúde significa o luxo de se poder cair doente e se restabelecer”. [...] “saúde é algo individual, privado, singular e subjetivo”

(COELHO; ALMEIDA FILHO, 1999, p. 25). Canguilhem (1995, p. 188) conclui que “[...] curar é criar para si novas normas de vida”.

É neste contexto que consideramos a importância do médico com formação que contemple essas dimensões do processo saúde-doença, pois o “saber médico constitui, então, um dispositivo de promoção e proteção da saúde subjetiva. O médico acolhe o que o paciente lhe diz e o que o seu corpo anuncia através dos sintomas e sinais clínicos” (COELHO; ALMEIDA FILHO, 1999, p. 27), de tal maneira a auxiliar a instalação desta nova ordem fisiológica.

Barros e Gomes (2011), na direção de Canguilhem, consideram que “a saúde é vivida nas relações homem-meio, relações em que não há passividade ou subjugação”, mas coengendramento. Para os autores, “enquanto há vida, há mudança”. Prosseguem afirmando que “a história de um ser é a história de suas articulações com o meio e é isso que determina seu modo de ser no mundo e o próprio mundo” (BARROS; GOMES, 2011, p. 644).

A saúde entendida não como a subordinação passiva ao meio, mas como o empreender, o atuar nele, construindo-o. A saúde seria um estar dinâmico na vida, sempre singular, um estado que não corresponde à ausência de doenças. Ao contrário, nessa perspectiva, está relacionada com a capacidade de enfrentá-las e de expandir as condições de vida, processo que se dá mediante a interação em que homem e meio se transformam simultaneamente, constituindo-se (BARROS; GOMES, 2011, p. 644).

Narvai (2005) enfatiza que a saúde resulta de uma trama de fatores e relações muito complexas, que apenas em situações muito específicas resulta de acesso aos serviços de saúde, de tal forma que podemos compreender o direito à saúde como algo mais abrangente do que o simples direito de acesso aos serviços de saúde.

Então, não basta ter acesso aos serviços de saúde do município, não basta estar acompanhado por uma equipe, não basta ter os grupos de PISEC somando nesta assistência, temos que indagar que saúde vem sendo promovida. Que entendimento de saúde e doença vem sendo vivenciado pelos grupos de PISEC? Que médico estamos formando? Que visão de mundo, de saúde, de doença, vem sendo vivenciado nas práticas do PISEC? Temos praticado uma assistência à saúde nessa direção indicada por Canguilhem? Que

entendimentos vem sendo vivenciados, ensinados, aprendidos e praticados pelos grupos de PISEC, pelos profissionais das USFs, pelos professores e alunos? As coordenações, tanto na IES como na PMVV vem buscando estruturar os serviços e as práticas de ensino nesta direção de saúde e doença que afirmamos? Essas são questões que precisam sustentar as práticas no PISEC. Não necessariamente respondê-las, mas alimentá-las para que não se estabeleçam e naturalizem concepções de saúde reduzidas à sua dimensão orgânica.

O Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada de 17 a 21 de março de 1986, representou um marco para a Saúde Coletiva no nosso país. No tema 1, saúde como direito, o conceito de saúde em seu sentido mais abrangente determina que a “saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (CNS, 1986, p. 4). Para Narvai (2005), esta conceituação de saúde reconhece o ser humano como um ser integral e conecta a saúde como qualidade de vida.

Quando pensamos em qualidade de vida, há um desafio posto aos profissionais de saúde: qualidade de vida como estilos de vida mais saudáveis, constituídos com o próprio paciente. O profissional pode indicar os caminhos, mas não caminhar pelo usuário, não escolher pelo usuário. O usuário, a partir de orientações, faz suas escolhas, opções. E nesse movimento o profissional também vai refazendo suas percepções sobre vida saudável. Afinal não existe vida saudável geral, unânime, universal. Cabe aqui também a proposta de um projeto singular, constituído na parceria profissional-usuário. Apostamos em uma relação profissional-usuário que estimule essas escolhas, uma vez que se constroi um vínculo de confiança, possibilitando um aumento da adesão ao tratamento, e do comprometimento pelas escolhas mais saudáveis. Sabemos que não há garantias, mas que quanto mais próxima e lateralizada essa relação se estabeleça, mais possível que essas escolhas sejam feitas, e principalmente, mantidas. Relação que afirma saúde como autonomia, como ação normatizadora.

A partir deste relatório, com a promulgação da Constituição de 1988, a constituição cidadã, o direito à saúde passou a ser de todos e o dever de fazer valer este direito passou a ser do Estado, que deve garantir por meio de políticas sociais e econômicas a redução de doenças e agravos, além do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, de tal forma

a promover, proteger e recuperar (BRASIL, 1988). Nasce, então, o Sistema Único de Saúde, o SUS, que fica responsável pela promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e das coletividades de forma equitativa, afirmando diferença e diferenciação.

Neste contexto de SUS, de concepção ampla de saúde, aflora a necessidade de ajustar os processos formativos para um profissional de saúde que atuará no SUS, atuará sob essa concepção de saúde. É fundamental a modificação dos processos formativos levando-os para dentro dos serviços, é necessária a adequação também dos serviços, que passam a funcionar como cenários de prática, ambientes de ensino. Assim, apostamos nesta formação a partir dos serviços, que também serão transformados a partir do processo ensino-aprendizagem.

Desta maneira, condizente à nossa aposta de uma formação como produção de espaço, apostamos em um projeto de produção de saúde conforme formulado por Gastão Wagner de Sousa Campos: **uma Coprodução singular do processo saúde-doença**.

Segundo Campos (2006), em relação ao processo saúde e doença, há uma complexidade de estados de saúde de indivíduos e coletividades, que pode ser pensado em três campos de coprodução: o universal, o particular e o singular.

O campo dos fatores universais intervenientes no processo saúde-doença é explicado através da afirmação de que a saúde e a doença dependem das condições socioeconômicas, mas Campos (2006) enfatiza que não dependem somente delas e nos remete à teoria da “determinação social do processo de saúde e doença”, que expressa que fatores econômicos, como renda, emprego e organização da produção podem interferir positiva ou negativamente na saúde das populações, de tal forma que os ambientes de trabalho e da convivência humana podem ter efeitos lesivos à saúde das pessoas em graus diferentes.

Campos (2006) lembra, ainda, que a cultura e os valores também influenciam a saúde, exemplificados pelo valor atribuído à vida, pela concepção de saúde, forma como o povo lida com as diferenças de gênero, de etnia ou econômicas, ampliando ou reduzindo a condição de saúde das pessoas. Campos (2006, p. 50) expõe a limitação e a potência das correntes denominadas de determinação social do processo saúde-doença: “é potente

quando ressalta a importância dos fatores de ordem universal na gênese da saúde e da doença; entretanto, reduz sua capacidade explicativa quando subestima o peso dos sistemas de saúde e dos fatores subjetivos nesse processo”. Mas existem fatores particulares que participam da coprodução da saúde, que não podem ser desprezados: saúde e doença dependem de fatores orgânicos ou biológicos, em que a clínica e a epidemiologia investigaram e produziram evidências sobre a sua importância, e que está muito presente na Medicina.

No PISEC temos perseguido um trabalho com essa orientação: estudar a doença, a saúde, os fatores orgânicos ou biológicos, a clínica e a epidemiologia, agregando os aspectos socioeconômicos de uma realidade social, dos usuários do SUS das comunidades em que os grupos realizam suas práticas, o que possibilita a compreensão dos vários aspectos sociais que interferem no processo saúde-doença e que devem fazer parte da formação do médico quando realizando os cuidados aos seus pacientes.

Em várias falas dos entrevistados, visualizamos a afirmação dessa potência. Os alunos enfocam a importância de estarem na comunidade, conhecendo a realidade da população e os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença. Reconhecem a importância desse contato para a sua formação e para a prática médica de assistência e cuidado. Os professores e profissionais conseguem visualizar o quanto a integração serviço-ensino potencializa a formação médica e as próprias práticas dos serviços, o que, na fala dos usuários, é uma assistência diferenciada.

Campos (2006) traça um paralelo entre a hipervalorização da política como meio para produzir saúde pelas correntes da determinação social, com a desconsideração do papel das políticas públicas e do ambiente socioeconômico na produção de saúde ou doença das correntes que enfatizam a ordem do orgânico e biológico. Essa corrente “é potente quando ressalta a importância das variações biológicas ou orgânicas na gênese da saúde e da doença; é reduzida quando subestima a importância dos fatores políticos, sociais e subjetivos neste processo”. A subjetividade considerada como um fator particular que interfere na coprodução da saúde, definida como “toda e qualquer manifestação dos sujeitos vivos” (CAMPOS, 2006, p. 51).

O autor analisa as correntes que pensam o processo saúde-doença centrado na subjetividade, de tal forma que estas correntes têm razão quando enfatizam a influência dos sujeitos nos estados de saúde, porém estas correntes têm “limites importantes quando pensam modelos explicativos ou de atenção invariavelmente centrados em variáveis subjetivas, seja da ordem do desejo pragmático, seja da ordem do desejo subversivo” (CAMPOS, 2006, p. 53).

O referido autor considera, também, que o campo singular “refere-se à capacidade de reflexão e de intervenção dos sujeitos humanos sobre a dinâmica da saúde e da doença e sobre a co-constituição de si mesmos e de suas organizações” (CAMPOS, 2006, p. 43). Assim, o sujeito interage com o mundo pela política, pela gestão, pelo trabalho e pelas práticas cotidianas, conhecendo e compreendendo a si e ao mundo, interagindo com outros sujeitos, em espaços de diálogos. Desta forma, “as políticas sociais ou de saúde, a constituição de sistemas e articulação de serviços específicos de saúde”, assim como o trabalho clínico e sanitário, são todos meios que os seres humanos buscam para interferir de maneira deliberada no processo saúde e doença (CAMPOS, 2006, p. 44-45).

Parece-nos, ao final da descrição dos campos universal, particular e singular, definidos por Campos (2006), que as práticas no PISEC se apresentam como uma possibilidade de abordar, vivenciar, experimentar esses aspectos, fortalecendo a nossa aposta em uma política de formação, com o PISEC como o meio de viabilizá-la.

A partir da descrição dos campos universal, particular e singular, Campos (2006) detalha a coprodução do singular. A interação entre os fatores universais e os fatores particulares, na sua visão, é o que constituirá as sínteses específicas, ou seja, as situações de saúde de cada pessoa ou de cada coletividade. Quando ocorre a junção dos fatores biológicos, subjetivos, sociais e a presença ou não de sistemas de saúde, conforma-se os padrões sanitários específicos. Para o autor, “o singular é o situacional, é o caso clínico ou sanitário concreto, é o sujeito em certo tempo, é a organização em sua concretude. A síntese singular é sempre um produto do encontro entre sujeitos em um dado contexto organizacional, cultural, político e social” (CAMPOS, 2006, p. 53).

A composição de um projeto terapêutico singular parte de um esquema analítico da coprodução que sugere intervenções nas dimensões social, subjetiva e orgânica, a partir das necessidades e das possibilidades de cada caso em questão (CAMPOS, 2006).

O desafio da saúde coletiva não é diferente: partindo de conhecimentos genéricos sobre epidemia, vulnerabilidade e de medidas de promoção ou de prevenção eficaz, analisar cada situação específica e construir um projeto de intervenção com uma combinação singular de ações dirigidas a fatores biológicos (vacinas, bloqueio medicamentoso, etc.), subjetivos (vitalidade, auto-estima do grupo, capacidade de estabelecer compromissos e contratos, etc.) e sociais (programas intersetoriais, mobilização comunitária, etc.) (CAMPOS, 2006, p. 54-55).

A teoria da coprodução singular de saúde e doença de Gastão Wagner de Sousa Campos se apoia e se diferencia dos principais paradigmas que tentam explicar o processo de saúde e doença, “determinação social”, “história natural ou biomédico”, e dos que explicam a constituição do sujeito a partir da subjetividade, “psicanalítico”, “cognitivo” ou “fenomenológico-existencialista”. Campos (2006) apresenta três características da teoria da coprodução singular de saúde e doença: 1) Importância do sujeito na coconstituição de si mesmo e dos processos de saúde e doença; 2) A “dialética multifatorial”; 3) O produto da múltipla interação terá sempre resultantes singulares.

O conceito de coprodução nos aponta para o “papel do sujeito na constituição do *status quo* sanitário, seja ele individual ou coletivo”, sendo o sujeito um cidadão comum, usuário ou não dos serviços de saúde, profissionais de saúde, profissionais da gestão, todos interferindo na produção de saúde, por meio da política, da gestão, do trabalho ou das próprias práticas cotidianas (CAMPOS, 2006, p. 55).

A segunda característica enfoca a “dialética multifatorial”, ou seja, a interferência dos fatores sociais, subjetivos e orgânicos de maneira simultânea. O que diferencia esta característica na teoria de coprodução singular das demais, é que a coprodução considera a interferência destes fatores tanto por interações conflitantes, como complementares (CAMPOS, 2006).

A terceira e última característica da teoria da coprodução singular do processo saúde-doença é que o produto da múltipla interação determina resultantes singulares, ou seja, cada caso será um caso específico, com vetores com intensidades diferentes com origem nos

vários campos da coprodução, o que determinará que em alguns casos o peso do sujeito será decisivo para a produção de saúde, outras vezes será a comunidade, ou os governantes, ou a própria prática dos profissionais, ou, ainda, o ambiente, ou o quadro econômico, ou cultural, ou social, entre outras possibilidades (CAMPOS, 2006).

A partir desta discussão, Gastão Wagner de Sousa Campos discorre acerca das linhas de ampliação da clínica e da saúde coletiva, a partir da decomposição e análise de quatro categorias analíticas do trabalho clínico e sanitário consideradas pelo autor: **objetivo** ou finalidade do trabalho em saúde; o **objeto** sobre o qual se trabalha; os **meios de intervenção**; e o **resultado** dessas práticas (CAMPOS, 2006).

Em relação ao **objetivo** ou **finalidade** do trabalho em saúde, a grande mudança está na inclusão da coprodução de autonomia, ampliando a finalidade do trabalho em saúde, entendida como “a capacidade da pessoa e da coletividade de lidar com suas dependências; ou seja, autonomia em coeficientes e graus, nunca como conceito absoluto”, de tal forma a capacitar os sujeitos para construírem regras e normas que irão compor as estruturas sociais (CAMPOS, 2006, p. 63).

Na clínica e na saúde coletiva, o **objeto** difere-se quanto ao tipo de sujeito com quem trabalham e quanto aos problemas de saúde que se encarregam. A clínica trabalha com o indivíduo, e de forma ampliada, com a integração deste indivíduo e de seu problema de saúde em macroestruturas, de tal forma que o foco é analítico e terapêutico. Já a saúde coletiva enfoca nos coletivos, grupamentos populacionais, lida com problemas de saúde da coletividade, mesmo utilizando de abordagem individual para diagnóstico, ações de prevenção ou de promoção. Portanto, o “objeto do trabalho em saúde é um sujeito (paciente/família/comunidade) com problema de saúde” (CAMPOS, 2006, p. 69).

A terceira categoria de análise enfoca os **meios de intervenção** em saúde, a partir da ampliação do método de diagnóstico, combinando a objetividade da clínica e da epidemiologia com a singularidade da história dos sujeitos, grupos e coletividades. A objetividade da clínica é construída com base em evidências, utilizando-se de protocolos e diretrizes. Estas técnicas de semiologia da doença e de avaliação do risco são extremamente importantes para a construção da história do processo de saúde e doença. Mas sem

abandonar esses procedimentos e metodologias, conjugamos com a escuta da “história de vida” do usuário, a partir da demanda que o conduziu à procura do sistema de saúde. Assim, ampliamos o diagnóstico, de forma compartilhada com o usuário, avaliando a vulnerabilidade, que inclui, além do risco biológico, o risco que advém dos modos de funcionamento subjetivos, culturais, articulados com outros que emergem no contexto socioeconômico (CAMPOS, 2006).

Na Saúde Coletiva, o diagnóstico será realizado com dados epidemiológicos, basicamente morbidade e mortalidade, que deverá ser ampliado combinando-se esta análise de risco com a história de produção do problema coletivo de saúde, por meio da fala e da observação dos usos e costumes dos usuários (CAMPOS, 2006).

Assim, quanto à categoria de análise que discute os meios de intervenção, Campos (2006) expressa que

A atribuição de um diagnóstico e de uma classificação de risco e de vulnerabilidade é um procedimento não somente inevitável como até mesmo necessário. Por outro lado, o método ampliado reconhece que a eficácia da intervenção depende da capacidade da equipe de singularizar o diagnóstico e o projeto de intervenção em cada caso, seja individual, seja comunitário (CAMPOS, 2006, p. 70).

A partir da ampliação dos meios de intervenção, além da tradicional terapêutica com utilização de fármacos e cirurgia, o poder terapêutico da palavra será utilizado e haverá a coconstrução de intervenções nas situações de risco ou de vulnerabilidade do sujeito, do contexto ou da vulnerabilidade. Desta forma, na saúde coletiva, além das vacinas e das restrições comportamentais, deve-se co-construir juntamente com a comunidade assistida projetos de intervenção sobre o processo saúde-doença (CAMPOS, 2006).

Por fim, como última categoria de análise encontra-se o **resultado** dessas práticas, que a partir da concepção ampliada, descrita por Campos (2006, p. 75), deve-se tomar o resultado da ação para análise e reflexão no intuito de ampliar a capacidade de compreensão e de ação dos sujeitos. A avaliação do produto do trabalho em saúde deverá ser feita segundo quatro planos: “o da ‘eficácia’, que indicará a capacidade de o trabalho em saúde produzir saúde e bem-estar”; o da co-construção de autonomia, compondo contratos ou redes com outros sujeitos; o da produção do menor dano possível, ou seja, menor efeito colateral ou de

iatrogenia possível, já que “as intervenções sobre o corpo ou sobre o modo de vida das pessoas nunca são inócuas”; e o plano da “eficiência”, em que cada projeto e cada procedimento necessitam ser executados com o menor custo possível.

Trabalhar em prol da produção da saúde demanda-nos uma outra atitude como cidadãos, como professores, como membros de equipes de saúde. Nossa função é pôr-nos a serviço da defesa da vida, como agentes que se deixam tocar, sujeitos que também sofrem interferência da vida que pulsa (ONOCKO CAMPOS; CAMPOS, 2006).

O projeto terapêutico singular sugere intervenções nas dimensões das relações sociais, subjetiva e orgânica, e o produto da articulação destes múltiplos aspectos resulta em uma situação singular, de forma que cada caso deve ser tratado como um caso específico.

Apresentamos essa formulação de Campos, por entendermos que se constitui em ferramenta importante para pensarmos as práticas no PISEC. Na proposta do referido programa, temos buscado trabalhar nessa direção indicada pelo autor, na medida em que se oportuniza um contato com os sujeitos concretos que buscam os serviços de saúde, sempre na perspectiva de considerar não apenas a dimensão orgânica da doença, mas, também, as relações sociais, históricas e familiares que compõem a demanda de cuidado. Certamente não temos garantias que isso ocorra, mas a direção tem sido essa. Trabalhar com projeto terapêutico singular implica um *ethos*, um modo de fazer saúde, que não está dado. Uma formação que contemple esse aspecto é imprescindível, pois não se trata, apenas, de aprender técnicas de atendimento, mas um modo de abordagem do processo saúde e doença e isso só se faz no exercício cotidiano dos serviços, o que implica um jogar-se e num experimentar essa aventura de criar redes aquecidas com todos os atores do processo de produção de saúde e doença.

O PISEC persegue, cotidianamente, construção de uma grupalidade. Houve uma demanda, no mês de julho de 2015, dos próprios preceptores do PISEC, de articulação de encontros mensais, denominados Grupos de Trabalho, em uma dinâmica de oficinas, no intuito de discutirmos o PISEC. Como o PISEC tem trabalhado, o que tem produzido? Seria a pergunta inicial e disparadora para os encontros. A ideia é discutirmos a filosofia do PISEC, a reestruturação de suas propostas, sua direção ética, sua função no curso, a integração com a SEMSA, e todas as outras demandas que surgirem a partir dos encontros.

Momento oportuno para enfatizar essa abordagem como processo de trabalho no PISEC, como caminho para uma política de formação, ampliando o método diagnóstico, de tal forma a combinar a clínica e a epidemiologia com a singularidade da história dos sujeitos, grupos e coletividades, conforme exposto por Campos ao discutir o Projeto Terapêutico Singular.

A filosofia do PISEC baseia-se na ideia de que o aluno deve ser desafiado a entender as questões do território. E isso tem sido feito? Como? Dizer que é importante não é suficiente, é preciso gerar questões desafiadoras, de forma que o aluno esteja atento às situações concretas que advêm do cotidiano das próprias práticas dos grupos do PISEC nas USF juntamente com as equipes e a comunidade. Questões que extrapolam o físico e o biológico, que precisam ser levadas em consideração para que o cuidado seja efetivo; questões sociais graves que precisam do apoio e intervenção de profissionais de saúde, mesmo que não tenham relação direta com a saúde, mas que são reconhecidamente fatores que influenciam na saúde; questões de coordenação do cuidado, que demandam função de gestão e não só de assistência; entre outras.

As entrevistas indicam embates, conflitos, recusas, dúvidas, problemas que não podem ser considerados entraves e, sim, desafios, que se constituam como potência de problematização das práticas nos serviços, a partir do trabalho.

Os alunos trazem para o debate questões acerca das dificuldades do contato com o paciente, o medo deste encontro e o quanto estar nos serviços transforma esse encontro, prepara para esse contato. As experiências vão formando, o trabalho forma. Outro relato frequente nas falas dos alunos: o deslocamento no processo formativo a partir das práticas no PISEC. O aluno no início do curso, muitas vezes, já tem uma ideia formada do que é ser médico e de que medicina deseja praticar, mas ao se encontrar com a comunidade, ao se deparar com as questões sociais dela advinda, ao vivenciar as práticas nos serviços, na APS, muitos são os deslocamentos e, em alguns momentos, modificam as escolhas ou as mantém com um novo *ethos*.

Os alunos também reconhecem que o PISEC contribui para a sua formação e apresentam algumas questões desafiadoras: consideram o método PBL e a problematização

ingredientes potentes à sua formação quando comparam com a formação tradicional, porém trazem questões acerca de como tem-se operado com o método.

Percebem a importância da inserção do médico em equipe, trabalhando em conjunto, para prover o paciente de cuidado; e reconhecem o quanto as outras categorias profissionais contribuem para essa assistência; consideram que a formação do preceptor interfere no processo, trazendo algumas limitações às práticas.

Muitos alunos trazem questionamentos relacionados com os serviços, a estrutura das USFs e os processos de trabalho. São embates difíceis, pois temos que colocar na roda essas questões, de maneira a construir esse estado de coisas como dimensão do processo de trabalho e não entraves às práticas; faz parte do processo de formação e da própria profissão o enfrentamento destas questões do trabalho.

Interessa-nos também pontuar que a própria formação dos preceptores em modelo tradicional, com visão especialista, torna-se um desafio diário para os preceptores atuarem nas práticas do PISEC, com metodologia de problematização e visão generalista.

Muitos preceptores consideram o cotidiano das práticas do PISEC desafiador, pois há uma gama de fatores determinantes do processo de trabalho. O preceptor precisa estar atento às situações e problematizá-las com os alunos, profissionais e gestão da USF, de tal maneira a produzir efeitos nas práticas dos serviços e nos processos de formação, indissociáveis na aposta de uma política de formação em que se busca produzir espaços públicos.

Os trabalhadores consideram que a presença dos alunos nas USFs trazem efeitos importantes para o cuidado à comunidade assistida. Acreditam que essa interação promove uma formação médica diferenciada, que escapa das relações de poder que se dão entre os médicos e os outros profissionais de saúde. Alguns profissionais se recusam a realizar atividades com os alunos e preceptores, pois consideram que seja um sobretrabalho, uma sobrecarga. Cabe ao preceptor trazer essas questões para o debate, e propor estratégias para o enfrentamento das situações, juntamente com os alunos, profissionais e gestores. Esse é um objetivo perseguido no curso de medicina por meio do PISEC: provocar e desencadear

outras escolhas na vida do aluno para a realidade com a qual trabalhará. Acreditamos que o Projeto Terapêutico Singular é uma aposta importante nessa direção.

CAPÍTULO 5

5 ENTÃO É ISSO POR ENQUANTO: CONSIDERAÇÕES FINAIS

No transcorrer da tese apresentamos o PISEC, parceria UVV/PMVV, com suas limitações, seus desafios e suas potencialidades. Muitas das questões levantadas pelas práticas do PISEC foram discutidas, mas muitas ficaram ainda a serem enfrentadas. Interessa-nos pontuar, ainda, que o PISEC possui um papel importante no curso de Medicina da UVV, como uma possibilidade de manter o aluno no enfrentamento das questões que o curso de medicina da UVV impõe, conforme afirma a aluna entrevistada.

Aluna 1: [...] eu não sei se eu teria a mesma desenvoltura no curso se não tivesse o PISEC. Assim, é uma coisa que durante a semana quando eu vou pra comunidade, é meio que um momento pra eu poder relaxar, me sentir um pouco é, que a gente está estudando e às vezes leva nota baixa, um monte de coisas, meio que desanima, e quando a gente vai pra comunidade e consegue satisfazer uma dúvida de uma pessoa que chega pra você, aquilo é motivador, entendeu? Então eu volto muitas vezes do PISEC cansada, volto, mas psicologicamente eu estou mais forte pra enfrentar as outras, as leituras, tudo mais do curso. Eu vejo o PISEC como uma motivação pra continuar estudando, o curso.

Expomos, a seguir, alguns trechos das entrevistas, que nos indicam que: as práticas no PISEC podem caracterizar uma política de formação em que as relações se constroem de maneira lateral, sem que o poder e saber médico imponham um distanciamento profissional-paciente, incentivando um vínculo com confiança, que potencializa a adesão ao tratamento e que proporciona um cuidado à saúde como afirmação de autonomia. Uma política de formação em que a construção de espaço público é perseguido.

Muitas são as limitações que o PISEC enfrenta. Limitações do próprio campo de práticas do PISEC que depende da unidade em que as atividades são realizadas, do preceptor que as conduz e do envolvimento do aluno, conforme relato do Aluno 3 entrevistado.

Aluno 3: eu acho assim, que o PISEC agrega muito valor pra gente. Agrega demais, e lógico que também depende assim da unidade que você tá, do preceptor. Porque tem unidade que você não tem sala pra atender, aí tem que ficar rodízio, atende um cada um, e lá no Ibes, graças a Deus, a gente sempre tinha três salinhas pra gente dividir em dupla e tal, a gente sempre teve sorte com a preceptora, botava a gente pra trabalhar, então isso influencia, mas mesmo assim o meu PISEC foi muito bom. Do grupo de 10, tinha um que não gostava de atender, que não interagia, que não fazia nada. Mas quem se envolveu, teve muito proveito.

Entre outras limitações impostas às práticas do PISEC, há a limitação quanto ao preceptor médico e sua formação especialista, apresentada na fala do Aluno 2. Quando o preceptor médico é especialista, a própria unidade, a própria equipe, acaba direcionando a demanda para a especialidade em questão. Para o professor torna-se, na maioria das vezes, mais prático atender à demanda da unidade para a especialidade. Parece mais fácil atender na sua especialidade do que lidar com todas as demandas de saúde em geral nas unidades, se envolver com as questões ampliadas de saúde que a população convoca.

Aluno 2: Então eu acho que essa relação do aluno com o preceptor, não dizendo só não médico, mas do primeiro período que ele é mais disposto a trabalhar mesmo visita na comunidade e mover palestra educativa é fundamental porque eu sinto diferença, por exemplo, o meu quinto período eu tive uma preceptora que ela era médica, ela era, tem mais prática, assim, não tem tanta prática nessa coisa de saúde coletiva, de vivenciar, e os atendimentos, as nossas atividades se concentraram totalmente em atendimentos dentro de consultórios dentro da unidade. A gente não conseguiu desenvolver nenhuma ação. O objetivo, por exemplo, era de visita às famílias. A gente não desenvolveu nenhuma visita à família. A gente pedia as famílias para poder ir até a gente nos consultórios. Encontrar com a gente no consultório. Então é uma diferença tremenda, você pegar uma pessoa que tem mente aberta, que entende a parte de saúde coletiva, de comunidade, do que você ter uma pessoa que é exclusivamente especialista, né? Especialista em uma função, mas que gosta de dar aula e estar sendo preceptora do PISEC na parte desse quinto período.

Ainda, enfatizam-se as limitações quanto aos profissionais das unidades de saúde e à relação do preceptor com a unidade, conforme demonstrado pelo relato do Aluno 2.

Aluno 2: Muitos profissionais da unidade, eles botam empecilho, né? A questão do horário que a gente chega não ser ideal para desenvolver aquelas atividades, ou de ter que ter um pouco de esforço também do profissional da unidade, às vezes a gente encontra empecilho. [...] tem relações muito conflituosas e eu tenho ouvido relato de colegas de que alguns preceptores não se davam com a equipe, então a equipe fechava as portas, e você não conseguia fazer nenhuma atividade, você não tinha apoio desde o enfermeiro, do agente, e eu tenho relatos e também experimentei de preceptores que tinham um relacionamento ótimo com a equipe e daí a gente conseguia realizar todas as atividades que a gente queria, que a unidade de saúde simplesmente nos apoiava em tudo. É claro que os preceptores também tem que fazer por, o professor tem que fazer valer, ele tem que ser comprometido, é marcar uma atividade e ir, entendeu? Não é assim deixar pontos pendentes, né? [...] equipe, né, se está disposta a receber aluno, porque não é fácil receber professor e aluno no seu dia a dia de trabalho, né? Às vezes você não tem material com o que trabalhar ou você não tem como executar aquela atividade da melhor forma, então é uma relação meio conturbada às vezes, mas na maioria das vezes o que eu tenho visto é bom, a relação preceptor e unidade. [...] O vínculo, quando você pega um preceptor que já tem um vínculo com a unidade ou com a comunidade é muito diferente, as atividades fluem, tudo se desenvolve mais fácil, então o preceptor ele tem que ter assim, essa questão de ter o vínculo com a comunidade, ter postura, é muito importante senão acho que nada consegue pra gente.

Por fim, ainda, importa-nos ressaltar a limitação do espaço ocupado pelas práticas do PISEC, questões vivenciadas em uma instituição privada, em que o processo decisório é centralizado. Fato, este, que deve ser enfatizado nas discussões de uma aposta em uma política pública de formação médica.

Ao lado das limitações, há uma gama de desafios para a efetivação das práticas do PISEC, e para além, da própria aposta em uma política pública de formação médica. Desafios de um padrão de ser médico, uma postura profissional protocolar, em que o PISEC aposta em uma mudança de padrão, mas ainda vivencia movimentos na contracorrente de sua aposta, como preceptores que exigem e declaram a importância e uma barba feita, de um cabelo preso, entre outros. Entendemos da relevância das regras da Biossegurança e a necessidade que as

práticas nos ambientes insalubres impõem, mas é imprescindível que o PISEC enfatize que esse não deve ser entendido como um padrão de ser médico, e sim como normas que podem contribuir para segurança do profissional, da equipe e dos próprios pacientes.

Um outro desafio importante é a perspectiva mercadológica presente nos discursos dos atores do processo. Não se ignora que o emprego é importante para os profissionais em formação, mas não pode se tornar uma dimensão fundamental do processo de formação, o que dificultaria a instituição da política pública em que apostamos.

Citam-se, ademais, desafios para a efetivação das práticas do PISEC: o profissional que atuará como preceptor, os objetivos do PISEC, a visão do curso e dos outros componentes curriculares em relação às práticas do PISEC e seu lugar no curso e na formação.

Preceptora 1: Eu acho que se a gente pudesse escolher, escolher pessoas que têm perfil para. Tem preceptores que não tem perfil para serem preceptores do PISEC. E aí eu acho que é uma perda pro aluno, é uma perda pra instituição, é uma perda pra comunidade, é uma perda pra dentro da unidade de saúde. Eu acho que todo mundo perde. Mas você acha pessoas com perfil fácil? Não. Então, eu acho que a instituição acaba tendo alguns professores, alguns preceptores que não tem perfil. E aí fica no troca, troca, troca, até achar um que case com aquilo. Quando um preceptor não tem perfil, o que ele está acrescentando à formação dos alunos? À comunidade? À equipe? Talvez acrescente uma coisa ruim que é assim: é desse jeito que você quer ser quando você se formar? É esse tipo de médico que você quer ser? Mas eu acho que é um exemplo ruim, e isso não é legal porque você já vai ter que cruzar com um monte de exemplos ruins ao longo da vida. Então se você tem um bom exemplo, é muito melhor, porque isso espelha, pelo menos, é, na minha formação médica, eu sempre tentei buscar os bons exemplos, e fugir dos maus exemplos. Então eu acho que não acrescenta nada. Muito pelo contrário, o aluno perdeu um período. Perdeu um período porque você não tem como voltar aquele tempo atrás. E resgatar o que foi perdido, o que foi perdido, foi perdido, passou. Mas eu sei que tem toda uma dificuldade. Você não acha em cada esquina. [...] Eu acho que uma pergunta assim: qual o objetivo final do PISEC? Na verdade o PISEC entrou na grade desta instituição com que objetivo? Que é assim, o objetivo é ajudar na formação desse médico pra ele ser um médico com uma visão mais ampla? O objetivo é formar médicos de família? O

objetivo é fazer com que esse aluno comece a ter contato precocemente com a vida clínica? Eu acho que o PISEC, eu não consigo hoje falar pra você qual é o objetivo, onde ele começa e onde ele quer chegar com isso. Essa cadeira dentro da UVV. Eu acho que a gente anda aquém às outras grades curriculares da UVV. Porque mesmo nas outras grades curriculares, eles não conseguem, os outros professores não conseguem dar valor real que a nossa grade horária tem. Porque nenhuma grade horária proporciona o que a gente proporciona ao aluno. É como se a gente ficasse a parte e fosse menor e na verdade eu acho que é a cadeira que tem um peso maior porque ele aprende lá em HAC a habilidade clínica, mas ele aprende no boneco, ele não aprende em gente. Por mais que todos os modelinhos da UVV sejam perfeitos, não é gente. O sentir é inerente de cada um. Então, eu dei o exemplo de HAC, mas como o HAC tem a tutoria e tem todas as outras cadeiras que eu acho que não tem e não dão o peso e o valor que o PISEC tem.

A fala da Preceptora 1, novamente, nos faz pensar como os atores envolvidos no processo de formação no PISEC vem enfatizando as características pessoais de cada um como fator importante. Como desmistificar essa concepção de perfil adequado para ser preceptor? Afinal não há perfil e sim um processo em que todos os envolvidos se formam nas práticas, nos serviços, onde são indagados, provocando reflexões sobre suas próprias práticas e criando outras. A partir da problematização das experiências vividas no trabalho, nos formamos junto com os alunos e profissionais.

Um outro desafio a ser enfrentado é a desorganização dos serviços do município, a falta de espaço físico para que as práticas do PISEC sejam realizadas, o que tensiona a interação serviço-ensino. Pensar em USF totalmente adequada às ações do PISEC é um idealismo. Tomar as condições ambientais como aspecto importante na análise do trabalho fortalece esse processo de formação. São elementos que desafiam nossas práticas e alimentam o debate. Para além de constatar as questões desafiadoras que as práticas nos impõem, urge colocá-las na roda e construir caminhos a partir de uma construção coletiva, envolvendo todos os atores do processo de formação, conforme relato do Preceptor 2, médico de família e comunidade:

Preceptor 2: eu percebo nas relações ainda que existe uma tensão, é, principalmente, eu não vejo por questão técnica, ideológica, não, eu vejo mais por uma questão estrutural.

Mesmo em unidades grandes, como a unidade que eu tô, unidade Ponta da Fruta, existe uma tensão em relação ao espaço, espaço físico de trabalho que acaba às vezes o aluno chega poxa a gente chega sempre mudam a gente de sala, sempre a gente tem que usar sala diferente, então qual a valorização da prática que a gente tem? Lógico que não é verbalizado com essas palavras, mas é isso que acontece. Traz esse incômodo. A equipe em si, o que eu posso perceber, eu não sei se isso é com o aluno ou se isso já faz parte de um processo de trabalho desorganizado do próprio município. Por quê? Só realmente quem tem consultório determinado, na maioria das vezes, são os médicos, e o restante da equipe, os enfermeiros, os dentistas também tem por uma questão física. Mas os enfermeiros, os técnicos, eles tem lá o espaço, tudo bem privilegiado, mas teve algum problema eles são os primeiros a serem remanejados. Então, se eu, se acontece isso comigo no meu local de trabalho, porque eu não posso fazer isso com o aluno que vem aqui uma vez por semana? Então eu não sei se é uma tensão da equipe para o aluno ou se é uma organização, uma desorganização desse processo de trabalho. Do aluno para a equipe, existe por conta de não notar esse aspecto macro que a gente tá conversando. Esse aspecto que existe de uma desorganização crônica que vem desde sempre. Ele é sentido pelo aluno, mas ele não sabe filtrar isso. Então você tem que muitas vezes contornar a situação. Falar, olha isso está acontecendo porque o município se organiza desta forma, a unidade se organiza desta forma. É adequado? Não. Mas é o que, a gente tem que aprender a lidar com isso, a conviver com isso, porque qual o grau de governabilidade que a gente tem sobre isso? Enquanto a gente participa de um dia na semana.

Resumindo, conforme citado nas discussões durante a tese, há uma série de desafios que precisam ser enfrentados neste processo. Além dos já mencionados nas considerações finais, temos ainda os desafios da formação dos professores, desafios nas USFs e nos seus processos de trabalho muitas vezes engessados; desafios com as equipes e suas formações tradicionais; com os alunos e suas resistências na realização das práticas; com a comunidade e os usuários na criação de vínculo com os alunos e preceptores; com a política salarial e gestão autoritária; e até mesmo desafios relacionados com a violência, a infraestrutura da área, os meios de locomoção para acessar a unidade, a falta do asfaltamento e do saneamento básico, dentre outros.

Desafios relacionados às questões dos próprios serviços de assistência à saúde, nas USFs do município de Vila Velha. Questões de infraestrutura e de insumos, de concursos públicos, de alta rotatividade profissional e equipes incompletas, de falta de recursos financeiros e gerência dos processos ineficiente, e de tamanho da população e suas características, que geram uma demanda em excesso para os serviços. Desafios com o processo político do município, conforme relatado na tese.

Entendemos que as limitações e os desafios têm força de indagação, nos desacomodando. Conforme já afirmamos: é no enfrentamento dos desafios e na tentativa de construir outras práticas que uma política vai se forjando, efetivando uma formação na direção das diretrizes do SUS. As afirmações do Preceptor 2 nos ajuda a pensar: “Por que você trabalha no PISEC?”, perguntamos.

Preceptor 2: Ah, porque, é a disciplina que te dá liberdade pra poder criar, te dá primeiro que o ambiente que a gente tá, ele é completamente vulnerável, o que quero dizer é, em termos de variabilidade de eventos que podem acontecer no ambiente, a gente não tem controle, né? A gente controla até certo ponto, a gente, é, mas o que vai chegar, isso ao mesmo tempo que cansa, também fascina, te dá um pouquinho de gás pra poder estar lá, porque não é a mesma coisa, então, o universo da clínica, que a gente acaba fazendo um cuidado desde a abordagem familiar, que atualmente eu estou mais, abordagem comunitária eu passei nos primeiros anos, desde que eu to mais de manhã, a gente pega mais abordagem familiar, ciclo de vida e individual. Nisso, em particular, é uma área de interesse meu, tanto você olhar uma abordagem ampliada da pessoa, né, quanto uma abordagem que eu tenho que ser pontual naquele momento, você saber reconhecer quando você tem que ser um pouquinho mais invasivo, quando você tem que, pode aguardar, quando você tem que envolver outras coisas, e fazer com que o estudante possa ir percebendo isso no universo de trabalho dele isso é fantástico, né? Além de ser um trabalho muito mais próximo, na minha opinião, do aluno. Você tá no ambiente com diversas possibilidades de acontecimentos, você tem além disso, você tem influência da gestão, do trabalhador de saúde, do aluno, naquele mesmo ambiente ali, né? Ao mesmo tempo que é muito complexo, é muito rico, então você, eu acho que isso estimula também, e eu acho que com isso, o estudante ele percebe a motivação do proprio preceptor, tanto é

que quando eu faço avaliação com eles no final do período, eles falam isso pra mim, que é muito bom a gente ver alguém que realmente gosta do que faz, e a gente perceber que realmente existe um resultado no que é feito. Isso, eu ganho o período, quando eu ouço isso. Porque ótimo, eu executei o meu papel, entendeu? Eles estão vendo alguma coisa, ou seja, aprendendo uma técnica, eles estão vendo que tem resultado e que alguém é capaz, apesar de todas as adversidades que existem, de se encantar com aquilo, né? Isso pra mim é um diferencial. Coisa que eu não vivenciei com a mesma intensidade em outros planos do curso, né? Não que eu não vivenciei, mas não vivenciei com a mesma intensidade, é diferente.

As entrevistas indicam questões importantes para a efetivação da política de formação médica em que apostamos. A partir do trabalho, os desafios são muitos, entendendo que são parte do processo de aprendizagem por se apresentarem como composição do cenário de cuidado em saúde no município de Vila Velha.

E para encerrar provisoriamente as nossas discussões, neste momento, remeto essa conversa à fala do coordenador do PISEC de 2007 a 2013, que aponta para os resultados do PISEC, a citar um fechamento de um ciclo com a implantação das Residências de Medicina de Família e Comunidade no Estado, na Emescam, na UVV e na UFES.

Coordenador do PISEC de 2007 a 2013: Sobre a Residência de MFC na Emescam: *Eu achei mais legal que dois, três preceptores, dois são ex-alunos nossos da UVV, são preceptores, e duas, das quatro residentes que entraram, dois são ex-alunos também da UVV. Então eu acho que pra mim ele fechou o ciclo mesmo, porque a gente conseguiu captar pessoas tanto pra preceptorial quanto pra residência. E já vi nesse ano candidatos aí que são da UVV.* Sobre a Residência de MFC na UVV, os três candidatos do processo de seleção da residência de medicina de família, informado pelo coordenador, eram também formados na UVV. O coordenador do PISEC de 2007 a 2013 complementa: *Então na Emescam também, acho que na UFES vai ter, enfim, acho que mais em termo de graduação eu tenho notado que tem tido um resultado interessante porque há um respeito maior pela especialidade. Em questões técnicas da medicina de família eu vejo que os médicos independente da especialidade tem incorporado, então tem encontrado especialistas formados com a gente em outras áreas que tem utilizado incorporar*

elementos da medicina de família com a sua prática, então eu acho que isso é um resultado mais interessante do que ter milhares de médicos de família, porque teremos médicos melhores, assim.

E é isso que buscamos: formar médicos melhores. Melhores como? Médicos que desenvolvam uma relação com o seu paciente construindo um espaço público, trabalhando em equipe, valorizando as outras categorias profissionais e percebendo o quanto são importantes no cuidado do paciente, vendo o paciente de forma integral e não como doença, conversando, tocando, dando atenção, cuidando sem tutela, afirmando protagonismo; não são “pacientes”, mas sujeitos que procuram assistência, atenção, cuidado.

Nesta direção, entendemos que muitos serão os movimentos necessários para transformar essas práticas para que se efetivem em política de formação médica e não programas que se fazem de forma desarticulada, não transversal.

Apostamos em uma formação que perspective a construção de um espaço público, uma formação em que o médico atue como profissional de saúde parte integrante de uma equipe, uma formação em que o médico não faça apenas assistência, mas também participe do “processo” de organização do trabalho. Clínica e política sendo tomadas de forma indissociável.

Apostamos na possibilidade de contribuir para um deslocamento, em tirar o aluno de um certo lugar padronizado do que é ser médico.

Apostamos na instituição de uma política de formação, não um programa a ser aplicado, mas um modo de operar, um *ethos*, que possibilite lateralidade com os outros profissionais, com os usuários, quebrando o lugar hierárquico do saber médico que o tem definido na maioria das vezes.

Apostamos em um espaço que destaca a inclusão de usuários, trabalhadores e gestores no SUS como atores-protagonistas dos processos de trabalho.

Apostamos no processo de formação que é indissociável do trabalho coletivo em saúde.

Apostamos em uma política de formação que amplia e afirma uma prática assistencial democrática, participativa, lateralizada.

Apostamos no PISEC como um meio possível de possibilitar a efetivação de nossas apostas.

Resta uma pergunta: Como manter e intensificar modos de trabalho no PISEC que caminhe na direção de se tornar uma política de formação em saúde aliançada com os princípios do SUS? Entendemos a importância de manter, sustentar essa indagação no curso de nossas práticas. Não há salvo condutos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, O.A. **Filosofia, Política e Ética em Hannah Arendt**. Ijuí: Ed. Unijuí. 2009.

ALENCAR, F. E. C. Lei 12.871/13: Avaliação do Ensino Médico e Repercussões na Graduação e Residência Médica. **Mesa Redonda** no I Fórum Regional de Ensino Médico CRM/ES e ABEM Regional RJ/ES. Teatro da UFES. 19 jun. 2015.

ALMEIDA, E. G.; BATISTA, N. A. Desempenho Docente no Contexto PBL: Essência para Aprendizagem e Formação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 192-201, 2013.

ARENDT, H. **O que é a política?** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002, p. 07-85.

ARENDT, H. **A condição humana**. Tradução de Roberto Raposo. 10.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

BAÑOS, J. E.; SENTÍ, M.; MIRALLES, R. Contacto precoz con la realidad asistencial: una experiencia piloto en medicina. **Educ Med**, Espanha, v. 14, n. 1, p. 39-47, 2011.

BARROS, M. E. B. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, nov. 2006. p. 131-150.

BARROS, M. E. B. et al. Saúde e Trabalho: experiências da PNH e a atenção básica. **Caderno Humanizauso Ministério da Saúde**, v. 2, p. 47-58, 2010.

BARROS, M. E. B.; BENEVIDES DE BARROS, R. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. **Boletim do Instituto de Saúde – BIS**, Edição especial: Humanização em Perspectiva, p. 15-20, nov. 2010. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bis_especial_humanizacao_em_perspectiva.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2015.

BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 23, n. 3, p. 641-658, set./dez. 2011.

BATISTA, N. A.; SILVA, S. H. S. **O professor de Medicina: conhecimento, experiência e formação**. São Paulo: Loyola, 1998. 181 p.

BENEVIDES DE BARROS, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública nas políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

BERBEL, N. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v.2, n.2, 1998.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei n°. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília: Ministério da Educação, 23 dez. 1996. Seção 1, p. 27.833.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer n°: CNE/CES 1.133/2001, de 07 de agosto de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília: Ministério da Educação, 3 out. 2001a. Seção 1E, p. 131.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n°. 4, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília: Ministério da Educação, 9 nov. 2001b. Seção 1, p. 38.

_____. Ministério da Educação. Lei n°. 10.260, de 12 de julho de 2001. Dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília: Ministério da Educação, 13 jul. 2001c. Seção 1, p. 2-4.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Nota Técnica n° 006/2014. **Recomendações do Conselho Nacional de Saúde à Proposta de Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n° 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília: Ministério da Educação, 23 jun. 2014b. Seção 1, p. 8-11.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. **Programa de incentivos às mudanças curriculares para as escolas médicas PROMED**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a política de educação permanente em saúde como estratégia do SUS para o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília: Ministério da Saúde, 16 fev. 2004b. Seção 1, p. 37-41.

_____. Ministério da Saúde. **Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pro_saude_cgtes.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004.** Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 162 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília: Ministério da Saúde, 22 ago. 2007. Seção 1, p. 34-38.

_____. Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008. Dispõe sobre o estágio de estudantes; altera a redação do art. 428 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996; revoga as Leis nos 6.494, de 7 de dezembro de 1977, e 8.859, de 23 de março de 1994, o parágrafo único do art. 82 da Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e o art. 6º da Medida Provisória no 2.164-41, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília: Ministério da Educação, 26 set. 2008. Seção 1, p. 3-4.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** 4. ed. 4. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei nº. 12.202 de 14 de janeiro de 2010. Altera a Lei nº 10.260, de 12 de julho de 2001, que dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior FIES (permite abatimento de saldo devedor do FIES aos profissionais do magistério público e médicos dos programas de saúde da família; utilização de débitos com o INSS como crédito do FIES pelas instituições de ensino; e dá outras providências). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília: Ministério da Educação, 15 jan. 2010b. Seção 1, p. 3-4.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília: Ministério da Saúde e Ministério da Educação, 21 set. 2011. Seção 1, p. 88.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.124, de 04 de agosto de 2015, sendo o número retificado para 1.127. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para fortalecimento da integração entre ensino, serviço e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília: Ministério da Saúde e Ministério da Educação, 05 ago. 2015. Seção 1, p. 193-196. Retificação 06 ago. 2015, Seção 1, p. 39.

_____. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1992, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília: Ministério da Educação, 23 out. 2013. Seção 1, p. 1-4.

_____. Ministério da Educação. FIES. **O que é o FIES?** 2016. Disponível em: <<http://sisfiesportal.mec.gov.br/fies.html>>. Acesso em: 12 mar. 2016.

BRIANI, M. C. **História e Construção Social do Currículo na Educação Médica: A trajetória do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP**. 2003. Dissertação (Mestrado em Educação) - Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 226 f.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paideia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 41-80.

_____. Apresentação. In: SANTOS-FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B. (orgs.). **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007. p. 11-15.

CAMPOS, G.W.S. Efeito Paideia e Humanização em Saúde: Cogestão e não violência como postura existencial e política. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos HumanizaSUS** – volume 2 Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico**. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalhos Barrocas e Luiz Octávio Ferreira Barreto Leite. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CÁRITAS BRASILEIRA. **Campanha troco pedágio beneficia ações sociais da Cáritas Arquidiocesana de Vitória**. 03 fev 2009. Disponível em: <<http://caritas.org.br/campanha-troco-pedagio-beneficia-aco-es-sociais-da-caritas-arquidiocesana-de-vitoria/518>>. Acesso em: 05 jun. 2015.

_____. **Quem somos e histórico**. Disponível em: <<http://caritas.org.br/quem-somos-e-historico>>. Acesso em: 12 mar. 2016.

CARVALHO, S. B. O.; DUARTE, L. R.; GUERRERO, J. M. A. Parceria Ensino e Serviço em Unidade Básica de Saúde como Cenário de Ensino-Aprendizagem. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 123-144, jan./abr. 2015.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

COELHO, M. T. A. D.; ALMEIDA FILHO, N. Normal-patológico, Saúde-Doença: revisitando Canguilhem. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n. 1, p. 13-36, 1999.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (CNS), 8ª., Brasília, 1986. **Relatório Final**. Brasília: MS-CNS, 1986. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2014.

CONTREIRAS, H.; MATTA, G. C. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 285-297, fev. 2015.

CORRÊA, D. **Estado, Cidadania e espaço público**: as contradições da trajetória humana. Ijuí: Ed. Unijuí, 2010.

CORREIO, C. F. R. G. V. Michel Foucault: a genealogia, a história, a problematização. **Prometeus Filosofia**, ano 7, v. 7, n. 15, p. 103-123, jan./ jun. 2014.

DALLA, M. D. B. Por que os(as) médicos(as) tornamse tristes? **Revista Dynamis**, Blumenau, v. 10, n. 1, out./dez. 2002.

DAVINI, M. C. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2009. p. 39-63.

DELEUZE, G. A intuição como método. In: DELEUZE, G. **Bergsonismo**. São Paulo: Ed. 34, 1999. p. 7-26.

_____. A imanência: uma vida. **Educação & Realidade**, v. 27, n. 2, p. 10-18, jul./dez. 2002.

DEMARZO, M. M. P. et al. Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Florianópolis, v. 6, n. 19, p. 145-150, abr./jun. 2011.

DEMARZO, M. M. P. et al. Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na Graduação em Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 143-148, 2012.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha. Decreto nº 047/2011, de 23 de fevereiro de 2011. Regulamenta a ocupação de campos de estágio no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [dos] Poderes do Estado**. Espírito Santo: Secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha, 24 fev. 2011. Seção Municipalidades e Outros, Vila Velha, p. 5-6.

FEUERWERKER, L. C. M. **Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil**. São Paulo: Hucitec/ Rede Unida, 1998.

FLEXNER, A. **Medical Education in the United States and Canada**. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1910. (Bulletin, 4)

FONSECA, F. **A privatização da gestão pública**. Colunista Carta Maior. 08/06/2013. Disponível em: <<http://cartamaior.com.br/?/Coluna/A-privatizacao-da-gestao-publica/28711>>. Acesso em: 02 jul. 2015.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. **O nascimento da clínica**. Tradução de Roberto Machado. 5. ed. 2. reimp. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

FOUCAULT, Michel. 1984: Polêmica, Política e Problematizações. In: MOTTA, M.B. (org.). *Ditos & Escritos V. Michel Foucault: Ética, Sexualidade, Política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. p. 225-233.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia** - Saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

GIL, C. R. R. et al. Interação Ensino, Serviços e Comunidade: Desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção básica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 230-239, 2008.

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 551-570, 2010.

GOTARDO, Suzana Maria. **Políticas de comunidade nos terrenos da educação**. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.

GUTIERREZ, P. R.; OBERDIEK, H. I. Concepções sobre a saúde e a doença. In: ANDRADE, S. M. de; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Orgs.) **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL, 2001. p. 1-25.i

HECKERT, A. L. C. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. 1 ed. Rio de Janeiro: ABRASCO/CEPESC, 2007, v. 1, p. 199-212.

HECKERT, A. L. C.; NEVES, C. E. A. B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção do coletivo. In: MATTOS, R. A.; BARROS, M.E.B.; PINHEIRO, R. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2007, v. 1, p. 145-160.

HECKERT, A. L. C.; PASSOS, E.; BARROS, M. E. B. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v.13, supl.1, p.493-502, 2009.

IOCHIDA, L. C. Lei 12.871/13: Avaliação do Ensino Médico e Repercussões na Graduação e Residência Médica. Conferência no I Fórum Regional de Ensino Médico CRM/ES e ABEM Regional RJ/ES. Teatro da UFES. 19 jun. 2015.

KASTRUP, V. Aprendizagem, arte e invenção. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n. 1, p. 17-27, jan./jun. 2001.

LAMPERT, J. B. Currículo de Graduação e o Contexto da Formação do Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 7-19, jan./abr. 2001.

LUCIANO, Luzimar dos Santos. **A formação pela trilha da clínica da atividade na vigilância em saúde do trabalhador**. 2014. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória. 235 f.

MACNAMARA, D. S. Strategies to Read and Learn: overcoming learning by consumption. **Medical Education**, Estados Unidos, v. 44, p. 340-346, 2010.

MARQUES, L. F. R.; CARVALHO, S. R. **Resgate crítico da CINAEM e das Diretrizes Curriculares Nacionais**. Relatório Final Iniciação Científica (PIBIC/CNPq). Universidade Estadual de Campinas – Faculdade de Ciências Médicas. 2012/2013.

MARTINS, E. F. M. **Notas sobre “O normal e o patológico” de G. Canguilhem**. IEL/UNICAMP. Publicações de alunos. Disponível em: <<http://www.unicamp.br/iel/site/alunos/publicacoes/textos/n00006.htm>>. Acesso em: 17 abr. 2014.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Editora Hucitec. 2007.

MITRE, Sandra Minardi et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, 2008.

NARVAI, P. C. Integralidade na atenção básica à saúde. Integralidade? Atenção? Básica? In: GARCIA, D. V. (org). **Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade**. Rio de Janeiro: ABORJ/ANS/UNESCO; 2005. p. 28-42.

NEUMANN, C. R.; MIRANDA, C. Z. Ensino de Atenção Primária à Saúde na Graduação: Fatores que influenciam a satisfação do aluno. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 2, p. 42-49, 2012.

NOGUEIRA, M. I. A reconstrução da formação médica nos novos cenários de prática: inovações no estilo de pensamento biomédico. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 909-930, 2014.

NUNES, S. G. B. Lei 12.871/13: Avaliação do Ensino Médico e Repercussões na Graduação e Residência Médica. Mesa Redonda no I Fórum Regional de Ensino Médico CRM/ES e ABEM Regional RJ/ES. Teatro da UFES. 19 jun. 2015.

OLIVEIRA, N. A. et al. Mudanças Curriculares no Ensino Médico Brasileiro: um Debate Crucial no Contexto do Promed. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 333-346, 2008.

ONOCKO CAMPOS, R. T.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 669-688.

OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE). **Documentos básicos**. 10 ed. Genebra: OMS, 1960.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, N. A. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

PAOLIELLO, M. C. **A construção da dimensão pública na escola estatal brasileira**. 2007. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 260 f.

PICCINI, R. X.; FACCHINI, L. A.; SANTOS, R. C. (Orgs.). **Preparando a transformação da educação médica brasileira: Projeto CINAEM III Fase – relatório 1999-2000**. Pelotas: UFPel; 2000.

PONTES, A. L.; REGO, S.; SILVA JUNIO, A. G. Saber e Prática Docente na Transformação do Ensino Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 66-75, 2006.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA VELHA. **Saúde: Unidades de Saúde por Regiões Administrativas**. Disponível em: <<http://www.vilavelha.es.gov.br/paginas/saude-unidades-de-saude-por-regioes-administrativas>>. Acesso em: 5 jun. 2015.

RAICHELIS, R. **Esfera pública e Conselhos de Assistência Social: caminhos da construção democrática**. São Paulo: Cortez, 1998.

SADE, C.; FERRAZ, G. C.; ROCHA, J. M. O Ethos da Confiança na Pesquisa Cartográfica. **Fractal, Rev. Psicol.**, v. 25, n. 2, p. 281-298, maio./ago. 2013.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v.13, supl.1, p.603-13, 2009.

SANTOS, M. **Espaço e Método**. 4. ed. São Paulo: Nobel, 1997.

SANTOS, M. **Por outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Record, 2000.

SEGURA-BENEDICTO, A. Una reforma global de la formación de los profesionales sanitarios. **Educ Med**, Espanha, v. 14, n. 1, p. 15-17, 2011.

SILVEIRA, C. H.; CAMBUÍ, M.; MACHADO, P. H. B. **Notas sobre a Metodologia da Estimativa Rápida**. Organização Mundial da Saúde, Genebra, 1988. (mimeo)

STELLA, R. C. R.; CAMPOS, J. J. B. Histórico da Construção das Diretrizes Curriculares Nacionais na Graduação em Medicina no Brasil. **Cadernos ABEM**, v. 2, p. 73-77, jun. 2006.

STELLA, R. C. R.; PUCCINI, R. F. A formação profissional no contexto das Diretrizes Curriculares para o curso de medicina. In: PUCCINI, R. F.; SAMPAIO, L. O.; BATISTA, N. A. (orgs.). **A formação médica na UNIFESP: excelência e compromisso social**. São Paulo: Ed. UNIFESP, 2008. p. 53-69.

TEDESCO, S. H.; SADE, C.; CALIMAN, L. V. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. **Fractal, Rev. Psicol.**, v. 25, n. 2, p. 299-322, maio/ago. 2013.

TEIXEIRA, R. R. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. Working-paper apresentado na **Research Conference on: Rethinking “The Public” in Public Health: Neoliberalism, Structural Violence, and Epidemics of Inequality in Latin America**. Center for Iberian and Latin American Studies, University of California, San Diego, 2004 April.

TELLES, V. S. Espaço público e espaço privado na constituição do social: notas sobre o pensamento de Hannah Arendt. *Tempo Social*; **Rev. Social**. USP, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 23-48, 1990.

UNIVERSIDADE VILA VELHA. Curso de Medicina. **Projeto Pedagógico**. nov. 2004.

VEYNE, P. Parte IV: Foucault revoluciona a história. In: VEYNE, P. **Como se escreve a história e Foucault revoluciona a história**. 4. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1998. p. 238-285.

ZEFERINO, Angélica Maria Bicudo. **Os desafios das mudanças no currículo e na avaliação no curso de Medicina**. 2008. Tese (Livre-Docência em Pediatria) – Programa de Pós-graduação em Pediatria, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas. 116 f.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questões Disparadoras – preceptores

- 1- Qual a sua formação profissional, sua trajetória e há quanto tempo é preceptor/professor da disciplina Programa de Interação Serviço, Ensino e Comunidade? Por que trabalha com essa disciplina?
- 2- Fale sobre as relações:
 - 2.1. Entre os alunos e os preceptores;
 - 2.2. Entre os alunos e a equipe da unidade;
 - 2.3. Entre os alunos e a comunidade do entorno;
 - 2.4. Entre os preceptores e a equipe da unidade; e
 - 2.5. Entre os preceptores e a comunidade do entorno.
- 3- Como esta experiência tem interferido na formação e nas práticas cotidianas do serviço?
- 4- Quais deslocamentos essa experiência tem oportunizado aos preceptores e aos estudantes?
- 5- Sugestões de modificação desta interação, explicando os motivos das sugestões.
- 6- Acrescentar o que julgar pertinente que não tenha sido abordado na conversa.

APÊNDICE B – Questões Disparadoras – alunos de graduação de Medicina

- 1) Medicina é o seu primeiro curso de graduação? Caso não seja, comentar sobre a formação anterior em relação ao método PBL e se havia programas como o que participa na graduação de Medicina agora.
- 2) Qual a sua avaliação quanto à relação:
 - 2.1. Entre os alunos e os preceptores;
 - 2.2. Entre os alunos e a equipe da unidade;
 - 2.3. Entre os alunos e a comunidade do entorno;
 - 2.4. Entre os preceptores e a equipe da unidade; e
 - 2.5. Entre os preceptores e a comunidade do entorno.
- 3) Acredita que esta interação pode modificar o seu processo formativo como futuro profissional médico e, ainda, como e em que sentido modifica, caso afirmativo.
- 4) Quais indagações a experiência provocou? Quais deslocamentos/mudanças de valores, produção de saber esse programa oportunizou?
- 5) Sugestões de modificações deste processo de interação entre estes atores do processo de trabalho em saúde, explicando os motivos das sugestões.
- 6) Acrescentar o que julgar pertinente que não tenha sido abordado.

APÊNDICE C – Questões Disparadoras – usuários

- 1) Há quanto tempo utiliza os serviços da Unidade de Saúde da Família em questão?
- 2) Você tem contato com os alunos de graduação de medicina?
Verificar se o usuário sabe que os alunos realizam atividades e acompanham a equipe na USF.
- 3) Como avalia o trabalho dos alunos e de seus professores?
- 4) O que acha que os alunos ainda precisam aprender?
- 5) O que precisa mudar na atuação dos estudantes e dos professores?
- 6) O que precisa mudar no funcionamento da USF?
- 7) O que não pode deixar de ser ensinado aos estudantes?
- 8) Sugestões de modificações desta atividade, explicando os motivos das sugestões.
- 9) Acrescentar o que julgar pertinente que não tenha sido abordado.

APÊNDICE D – Questões Disparadoras – profissionais

- 1) Há quanto tempo trabalha na Unidade de Saúde da Família em questão?
- 2) Você tem contato com os alunos de graduação de Medicina? Verificar se o profissional sabe que os alunos realizam atividades e acompanham a equipe na USF; aspectos positivos e negativos deste contato na sua avaliação.
- 3) Descrever sua percepção acerca do seu relacionamento com a USF, com a equipe, com os preceptores, com os alunos de graduação.
- 4) Falar sobre as suas percepções relativas ao contato dos alunos com a comunidade do entorno, com a equipe e com os preceptores.
- 5) Percebe algum diferencial no profissional formado dentro destes novos parâmetros em relação a um profissional formado em outros?
- 6) Quando acompanha o aluno em um atendimento ou uma visita domiciliar como avalia a prestação de serviço deste aluno? Você acha que o desempenho do aluno tem relação com o programa de interação ou acha esta informação proposta pelo PISEC não altera a conduta dos alunos como profissionais?
- 7) Sugestões de modificações neste processo, justificando os motivos das sugestões.
- 8) Acrescentar o que julgar pertinente que não tenha sido abordado.



APÊNDICE E - Autorização para a realização da pesquisa - Secretaria Municipal de Saúde de Vila Velha

Eu, Carla Estela Lima, representando a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Vila Velha, sob o cargo de Sub Secretária de Atenção à Saúde autorizo a realização da pesquisa **ANÁLISE DOS EFEITOS DA INTERAÇÃO SERVIÇO, ENSINO E COMUNIDADE NA FORMAÇÃO MÉDICA**, autorizando a pesquisadora a realizar a coleta de dados com os usuários e profissionais das Unidades de Saúde da família do município. Este estudo fará parte da tese de doutorado da doutoranda Ana Rosa Murad Szpilman, realizada no Programa de Pós Graduação em Educação da Universidade Federal do Espírito Santo, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Elizabeth Barros de Barros.

A doutoranda ressalta que os dados serão tratados em caráter científico, sendo resguardado o sigilo das informações, e que os resultados da pesquisa bem como a tese e os artigos científicos do doutorado serão devidamente repassados e compartilhados com essa instituição, após a sua aprovação.

Vila Velha, 30 de Julho de 2014

Carla

Representante da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Vila Velha

Carla Estela Lima
Subsecretária de Atenção
à Saúde
Matrícula: 929867-0
SEMSA-VILA VELHA

APÊNDICE F - Autorização para a realização da pesquisa - Universidade Vila Velha

Eu, Prof. Dr. Carlos Musso, Coordenador do Curso de Medicina da Universidade Vila Velha, autorizo a realização da pesquisa **ANÁLISE DOS EFEITOS DA INTERAÇÃO SERVIÇO, ENSINO E COMUNIDADE NA FORMAÇÃO MÉDICA**, autorizando a pesquisadora a realizar a coleta de dados com os alunos e professores do Programa de Interação Serviço, Ensino e Comunidade do Curso de Medicina da Universidade Vila Velha. Este estudo fará parte da tese de doutorado da doutoranda Ana Rosa Murad Szpilman, realizada no Programa de Pós Graduação em Educação da Universidade Federal do Espírito Santo, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Elizabeth Barros de Barros.

A doutoranda ressalta que os dados serão tratados em caráter científico, sendo resguardado o sigilo das informações, e que os resultados da pesquisa bem como a tese e os artigos científicos do doutorado serão devidamente repassados e compartilhados com essa instituição, após a sua aprovação.

Vila Velha, 11 de Setembro de 2014

Carlos Musso
Coordenador do Curso de Medicina - UW



Prof. Dr. Carlos Musso

Coordenador do Curso de Medicina da Universidade Vila Velha

APÊNDICE G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, fui convidado (a) a participar da pesquisa intitulada ANÁLISE DOS EFEITOS DA INTERAÇÃO SERVIÇO, ENSINO E COMUNIDADE NA FORMAÇÃO MÉDICA, sob a responsabilidade de ANA ROSA MURAD SZPILMAN.

JUSTIFICATIVA

Este estudo se justifica pela luta em constituir processos de formação para os profissionais de saúde, em especial o médico, que forme profissionais com conhecimentos e habilidades para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS).

OBJETIVO DA PESQUISA

O objetivo deste estudo é analisar se a inclusão dos alunos de graduação de Medicina em programas de articulação serviço, ensino e comunidade produzem práticas que enfatizem a dimensão pública na relação médico-paciente.

PROCEDIMENTOS

Serão realizadas entrevistas com os usuários, profissionais, preceptores e alunos. Os dados coletados serão analisados e ajudarão a montar um perfil do processo de formação que está sendo experimentado por este grupo, possibilitando ajustes para que a formação se dê potencializando a dimensão pública.

DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA

A coleta de dados acontecerá nas Unidades de Saúde da Família do município de Vila Velha, ES e a pesquisa terá uma duração aproximada de 18 meses.

RISCOS E DESCONFORTOS

O presente estudo não possui riscos maiores relacionados aos sujeitos, por não se tratar de procedimentos invasivos. Porém, como em qualquer contato entre sujeitos, há sempre o risco psicológico, que deve nortear os encontros com todos os sujeitos envolvidos no processo de

pesquisa, de tal maneira a construir um relacionamento positivo e seguro, permitindo com que a fala verdadeira se faça presente e a análise do processo de formação do futuro médico se dê conforme pretendido. Além disto, há o risco de desconforto e incômodo em responder aos questionamentos, o que determina a necessidade de construir um vínculo e uma relação de confiança e de conforto entre o pesquisador e os sujeitos, sempre deixando claro que não haverá nenhuma sanção de atendimento, no caso do usuário, ou prejuízo de notas, no caso do aluno, ou ainda, algum risco relacionado ao emprego dos profissionais de saúde das unidades e professores da Instituição de Ensino.

BENEFÍCIOS

A partir da análise da inclusão dos alunos de graduação de medicina no Programa de Interação Serviço, Ensino e Comunidade (PISEC) da Universidade Vila Velha, será possível vislumbrar como o processo de aprendizagem vem se dando, possibilitando modificações na prática de tal maneira a potencializar a formação do futuro médico enfatizando uma dimensão pública na futura relação médico-paciente que se constituirá. Também será possível, melhorando a inserção deste aluno no campo de estágio, ou seja, nas unidades de saúde da família do município de Vila Velha, uma melhora da qualidade da assistência e da prestação de serviços para os usuários da comunidade assistida pelas unidades em que os alunos efetivam seus estágios. Por fim, com os ajustes de uma interação mais efetiva, haverá uma melhora da organização do processo de trabalho das equipes e dos profissionais envolvidos com os alunos, que poderão ajustar esta interação para melhorar o seu ambiente de trabalho e o clima organizacional.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Entendo que não sou obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes da minha recusa.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE

Visa garantir que o paciente terá sua identidade resguardada durante todas as fases da pesquisa, inclusive após publicação.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou perante a necessidade de reportar qualquer injúria ou dano relacionado com o estudo, eu devo contatar a pesquisadora ANA ROSA MURAD SZPILMAN, nos

telefones (27) 999604099 ou para relatar algum problema, posso contatar o Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos, UFES/Campus Goiabeiras, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, pelo telefone (27) 4009-7840, e-mail cep.goiabeiras@gmail.com ou correio, através do seguinte endereço: Comitê de ética em pesquisa com seres humanos, UFES/Campus Goiabeiras. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Campus Universitário de Goiabeiras, Av. Fernando Ferrari, s/n, Vitória - ES, 29060-970.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o teor do presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, como também, os meus direitos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada pela pesquisadora.

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “ANÁLISE DOS EFEITOS DA INTERAÇÃO SERVIÇO, ENSINO E COMUNIDADE NA FORMAÇÃO MÉDICA”, eu, ANA ROSA MURAD SZPILMAN, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

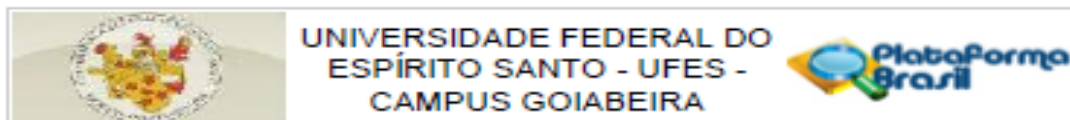
Vila Velha, ____ de _____ de 20____.

Participante da pesquisa

ANA ROSA MURAD SZPILMAN

ANEXOS

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DOS EFEITOS DA INTERAÇÃO SERVIÇO, ENSINO E COMUNIDADE NA FORMAÇÃO MÉDICA

Pesquisador: ANA ROSA MURAD SZPILMAN

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 36531414.1.0000.5542

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.038.489

Data da Relatoria: 08/01/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto relacionado ao efeito da presença de alunos de graduação de medicina na relação médico-paciente em programas que articulam serviço, ensino e comunidade.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem como objetivo analisar se a inclusão dos alunos de graduação de medicina em programas de articulação serviço, ensino e comunidade produzem práticas que enfatizem a dimensão pública na relação médico-paciente.

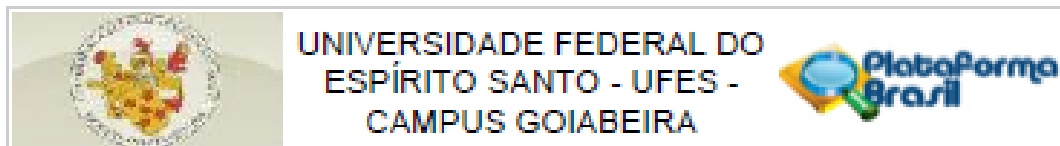
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores informam que não existem riscos esperados na participação dos voluntários na pesquisa. Os benefícios estão relacionados à formação dos futuros médicos e sua participação nos programas de atendimento comunitário.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa utilizará entrevistas e registros de diários de campo. Não apresenta problemas éticos que impeçam sua realização.

Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514-Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN
Bairro: Goiabeiras **CEP:** 29.090-075
UF: ES **Município:** VITÓRIA
Telefone: (27)4009-7840 **E-mail:** thiago.morees@ufes.br



Continuação do Parecer: 1.030.489

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O termo de consentimento contém todas as informações necessárias para esclarecer o participante dos riscos e benefícios de sua participação. No entanto, as informações do comitê de ética estão erradas e precisam ser modificadas.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por esse comitê, estando autorizado a ser iniciado.

VITÓRIA, 28 de Abril de 2015

Assinado por:
Adriana Estevão
(Coordenador)

Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514-Campus Universitário, Prédio Administrativo do CCHN
Bairro: Goiabeiras CEP: 29.000-075
UF: ES Município: VITÓRIA
Telefone: (27)4009-7840 E-mail: thiago.morais@ufes.br