

**MARIBEL NAZARÉ DOS SANTOS SMITH NEVES**

**O ENSINO DO SUS NA GRADUAÇÃO MÉDICA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde, CEDESS/UNIFESP.

**São Paulo  
2014**

**MARIBEL NAZARÉ DOS SANTOS SMITH NEVES**

**O ENSINO DO SUS NA GRADUAÇÃO MÉDICA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde, CEDESS/UNIFESP.

**Orientadora:** Profa. Dra. Paulete Goldenberg

**São Paulo**

**2014**

Neves, Maribel Nazaré dos Santos Smith

**O ensino do SUS na graduação médica da Universidade Federal do Amapá.** / Maribel Nazaré dos Santos Smith Neves. – São Paulo, 2014.

xi, 184f.

Tese (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo. Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde – CEDESS.

Título em inglês: The teaching of the SUS medical degree from Federal University of Amapá.

Palavras-chave: 1. O ensino do SUS. 2. Graduação Médica. 3. Teoria e prática.

# MARIBEL NAZARÉ DOS SANTOS SMITH NEVES

**O ensino do SUS na graduação médica da Universidade Federal do Amapá**

## **Diretora do CEDESS**

Profa. Dra. Irani Ferreira da Silva Gerab

## **Coordenadora do Mestrado**

Profa. Dra. Sylvia Helena Souza da S. Batista

## **BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora: Profa. Dra. Paulete Goldenberg

---

Prof. Dr. Nildo Alves Batista

---

Prof. Dra. Regina Maria Giffoni Marsiglia

---

Prof. Dr. Cassio Silveira

São Paulo, 2014

## DEDICATÓRIA

*Aos meus pais, Benedito e Maria Santos (in memoriam),  
presentes neste trabalho, por tudo o que me proporcionaram.*

*Ao meu companheiro de vida, Ruy Smith,  
por ser meu alicerce e minha referência viva de uma vida dedicada a trabalhar  
para o próximo. Por cuidar de nossos filhos, por seu incentivo a que eu  
acreditasse que era capaz de concretizar este sonho.*

*Aos meus amados filhos, Rodrigo e Roberta Santos Smith,  
por alimentarem meu espírito e me ensinarem que amor de mãe é infinito e  
amor de filhos é incondicional.*

*Aos meus irmãos, por me apoiarem e fortalecerem na caminhada,  
cada um de maneira significativa.*

## AGRADECIMENTOS

À minha querida e doce orientadora, Professora Paulete Goldenberg, que, com seu arsenal de conhecimentos e experiência me acolheu e me fez mergulhar na pesquisa lançando-me a constantes desafios, deslocando-me para a superação. Agradeço também por me acolher e permitir o convívio com sua família, possibilitando compartilhar momentos, que ficarão guardados em minha memória.

À amiga e tutora do Mestrado, Profa. Dra. Katia Jung, uma referência como pessoa, como profissional médica e docente, a quem devo minha inserção no universo da docência, me possibilitando caminhar para esta formação.

À professora Sylvia Helena, cuja orientação foi fundamental para a definição do objeto deste trabalho, visando o retorno para o curso de medicina da UNIFAP.

À coordenação do Curso de Medicina da UNIFAP, por autorizar a realização da pesquisa demonstrando a coragem e o desejo de qualificar o curso no ensino sobre o SUS.

A todos os professores do MP Norte, por me ensinarem a aprender a ser facilitadora de processo ensino-aprendizagem, situação renovadora na vida do docente.

À minha amiga e cunhada Ana Célia, e às amigas do Amapá no MP Norte, Elza Almeida, Maria Helena Araújo e Josilene Rodrigues, por compartilharem o sonho e ajudarem a torná-lo realidade.

Aos amigos e amigas do MP Norte, pela amizade construída, pelas vivências compartilhadas e vínculos estabelecidos.

À querida Sueli Pedroso, pela acolhida no MP Norte e pelas orientações em todos os momentos de dúvidas do mestrado.

Ao reitor, coordenadora, tutores e alunos do curso de Medicina da UNIFAP, pela participação na pesquisa, permitindo alcançar o objetivo do estudo.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	1
1.1 Reorganização dos Serviços de Saúde.....	2
1.2 O Ensino Superior no Brasil.....	13
1.3 O SUS e a Renovação do Ensino.....	19
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	28
2.1 Objetivo geral.....	29
2.2 Objetivos Específicos.....	29
2.3 Produto Final.....	29
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	30
3.1 Delineamento do Estudo.....	31
3.2 O Ensino do SUS na Proposição Institucional.....	32
3.3 O Ensino do SUS na perspectiva do Reitor, Coordenador e Docentes Tutores do curso.....	32
3.4 O Ensino-aprendizagem do SUS na perspectiva dos alunos.....	34
3.5 Procedimentos Éticos.....	37
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	38
4.1 A proposta do Ensino Médico.....	39
4.1.1 Formação Médica e Responsabilidade Social.....	39
4.1.2 A Academia e o Serviço na nova proposta pedagógica.....	42
4.1.3 Teoria e Prática na estrutura curricular.....	45
4.2 O SUS na Organização Curricular.....	50
4.2.1 A estrutura curricular.....	50
4.2.2 O Ementário.....	54
4.2.3 Processo de Avaliação.....	65
4.3 O Ensino do SUS na Graduação Médica da UNIFAP.....	68
4.3.1 Perspectiva do Reitor.....	68
4.3.2 Perspectiva da coordenação do curso.....	74
4.3.3 Perspectiva dos Tutores.....	81
4.4 Avaliação do ensino pelos alunos do 5º semestre.....	104
4.4.1 Levantamento do questionário.....	104
4.4.2 Grupos Focais.....	115
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	146

<b>6 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>151</b>
<b>BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR.....</b>	<b>154</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>158</b>
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista para o reitor	
APÊNDICE C – Roteiro de entrevista para a coordenadora	
APÊNDICE D – Roteiro de entrevistas para os tutores	
APÊNDICE E – Questionário para alunos	
APÊNDICE F – Produto de intervenção na prática	
<b>ANEXOS.....</b>	<b>178</b>
ANEXO A – Autorização Institucional	
ANEXO B – Parecer Consubstanciado – UNIFESP	
ANEXO C – O tutorial e o papel dos participantes	



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>Abrasco</b>	Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
<b>AIH</b>	Autorização de Internação Hospitalar
<b>AIS</b>	Ações Integradas de Saúde
<b>APS</b>	Atenção primária de saúde
<b>Capes</b>	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal e Ensino Superior
<b>CAPs</b>	Caixas de Aposentadorias e Pensões
<b>CEBES</b>	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
<b>CEME</b>	Central de Medicamentos
<b>CNPq</b>	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e tecnológico
<b>DATAPREV</b>	Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
<b>FAZ</b>	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
<b>FUNABEM</b>	Fundação Nacional do Bem-estar do Menor
<b>GF</b>	Grupos Focais
<b>IAPAS</b>	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
<b>IAPB</b>	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários
<b>IAPI</b>	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários
<b>IAPs</b>	Institutos de Aposentadorias e Pensões
<b>INAMPS</b>	Instituto nacional de Assistência Médica da Previdência Social
<b>Inep</b>	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
<b>INPS</b>	Instituto Nacional da Previdência Social
<b>INPS</b>	Instituto Nacional da Previdência Social
<b>LBA</b>	Legião Brasileira de Assistência
<b>MPAS</b>	Ministério da Previdência e Assistência Social
<b>MRSB</b>	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
<b>PBL</b>	<i>Problem Based Learning</i>
<b>PPA</b>	Plano de Pronta Ação
<b>PPC</b>	Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da UNIFAP
<b>SBPC</b>	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
<b>SINPAS</b>	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
<b>SUDS</b>	Sistema Descentralizado e Descentralizado de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>US</b>	Unidades de Serviços
<b>USP</b>	Universidade de São Paulo

## RESUMO

NEVES, Maribel Nazaré dos Santos Smith. **O ensino do SUS na graduação médica da Universidade Federal do Amapá**. 2014. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, Centro de Desenvolvimento de Ensino Superior em Saúde – CEDESS. 183 p.

Este trabalho tem como propósito investigar o ensino da Temática SUS no curso de graduação em Medicina da Universidade Federal do Amapá envolvendo três movimentos: 1. Caracterização da abordagem do SUS na estrutura formal do currículo, em âmbito Institucional; 2. Identificação das condições do ensino do SUS na graduação médica na perspectiva do reitor, da coordenação e tutores do curso; 3. Avaliação do ensino da temática do SUS na perspectiva dos alunos do 5º semestre do curso. O primeiro movimento comportou a análise documental tendo como fonte o Projeto Pedagógico do Curso (PPC). No segundo movimento, os dados foram coletados a partir de entrevista semi-estruturada. O terceiro movimento consistiu na investigação da percepção dos alunos do 5º semestre sobre o ensino do SUS a partir da aplicação de um questionário e a realização de dois grupos focais. Privilegiando uma abordagem qualitativa, os dados foram analisados a partir da técnica de análise do conteúdo, modalidade temática. O PPC do curso de Medicina da UNIFAP preconiza o ensino voltado para o SUS, valorizando o aprendizado pela prática, atendendo as recomendações das DCN (2001). Para o reitor, a metodologia tem demonstrado ser melhor para o aprendizado do SUS do que no modelo tradicional de ensino, mas aponta problemas na execução prática do projeto. Segundo os docentes, o modelo de ensino integrado ainda apresenta dificuldades na interlocução entre conteúdos das áreas básicas com as clínicas, assim como entre a teoria e a prática. Para os docentes, os alunos conhecem o SUS e a temática é bem aceita por eles. Ressaltam-se, entretanto, deficiências relacionadas às condições de ensino nos espaços das unidades de saúde, envolvendo não só as condições físicas quanto à disponibilidade de profissionais para receber os alunos. Consoante com estes resultados, os alunos referem como satisfatório o aprendizado teórico, deixando a desejar o aprendizado prático nos cenários do SUS. Valorizando o IESC como propiciador de vivências práticas, eles identificam falhas referentes à qualificação de docentes e preceptores, em meio às deficiências das UBS, que se explicita na crítica ao planejamento das atividades didáticas exercidas junto aos alunos. O estudo sugere como proposta o desencadeamento de um movimento de reavaliação do processo de implantação do projeto político pedagógico, ao lado das medidas já em andamento.

**Palavras-chave:** O ensino do SUS. Graduação Médica. Teoria e prática.

## ABSTRACT

NEVES, Maribel Nazaré dos Santos Smith. **The teaching of the SUS medical degree from Federal University of Amapá.** 2014. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, Centro de Desenvolvimento de Ensino Superior em Saúde – CEDESS. 183 p.

The aim of this study was to investigate the teaching of the SUS\* (National Health System) in the undergraduate course of Medicine, at the Federal University of Amapá involving three movements: 1. Characterization of the SUS approach in the formal structure of the curriculum inside the Institutional organization 2. To identify the SUS teaching conditions in undergraduate course of medicine from a dean, coordination and tutors' perspectives in relation to the course 3. Evaluation of the SUS teaching, from the perspective of 5th semester students of the course. The first movement involved document analysis based on the Pedagogical Project Course (PPC). In the second movement, data were collected through semi - structured interviews. The third movement investigated the 5th semester students' perceptions on SUS teaching based on an applied questionnaire and two focus groups were conducted. Privileging a qualitative approach, data were analyzed using the technique of analysis of thematic content. The PPC of UNIFAP Course of Medicine advocates the SUS teaching, valuing learning in practice, in accordance with NCG (National Curriculum Guidelines, 2001). According to the dean of the university, the applied methodology showed to be better to learn the SUS than in the traditional teaching model, but he points out problems in the practical implementation of the project. According to teachers, the integrated model of education still presents difficulties in the dialogue between content of the basic areas with clinical, as well as theory and practice. For them, students know the SUS thematic and this thematic is well accepted by them. However, they emphasized the deficiencies related to the conditions of education in the areas of health facilities, involving not only the physical conditions as the availability of professionals to receive students. Consistent with these results, students refer as satisfactory the theoretical learning, but emphasize that the practical learning was not satisfactory in SUS environment. Valuing the teaching-service community integration – IESC, as a place which enables the practical experience, they identified some problems regarding professors and preceptors qualification among de Health Basic Units deficiencies, which explains the criticism when planning didactical activities performed by the students. The study suggests a movement to reassess the implantation of the political pedagogical project in conjunction with the current measures.

**Keywords:** SUS Teaching. Medical Undergraduate Course. Theory and practice.

## APRESENTAÇÃO

*Iniciei minhas atividades profissionais como Pediatra no Governo do Estado do Amapá, atuando no Serviço de Urgência e Emergência Infantil do Hospital de Emergência e realizando atendimento ambulatorial em Pediatria Geral na Unidade Básica de Saúde.*

*Imbuída da necessidade de contribuir para a melhoria da atenção ao usuário, atuei na gestão da saúde como chefe do serviço de Neonatologia, diretora do Hospital da Criança e do Adolescente e como Coordenadora de Assistência Hospitalar/SES, o que me motivou a cursar a especialização em “Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde”.*

*Há 20 anos desenvolvo atividades no Serviço de Neonatologia do Hospital da Mulher Mãe Luzia, cumprindo, há 10 anos, a função de Preceptora de Residência Médica em Pediatria. Sensibilizada com a preparação de profissionais que atuarão na Rede de Saúde do SUS, passei a atuar há quatro anos, como docente no curso de Medicina da Universidade Federal do Amapá.*

*Diante da possibilidade de me qualificar para a docência no Programa de Mestrado Profissional Norte do CEDESS, me deparei com a oportunidade de desenvolver uma tese de mestrado com o objeto de estudo “O Ensino do SUS na Graduação Médica na UNIFAP”.*

## 1 INTRODUÇÃO

---

---

## **1.1 Reorganização dos Serviços de Saúde**

Quando o Brasil era uma colônia de Portugal, sua organização sanitária espelhava a da metrópole. Os serviços de saúde das tropas militares subordinavam-se ao cirurgião-mor dos Exércitos de Portugal. O físico-mor respondia pelo saneamento e pela profilaxia das doenças epidêmicas e às questões relativas ao trabalho de médicos, farmacêuticos, cirurgiões, boticários, curandeiros, etc. Os problemas de higiene eram de responsabilidade das autoridades locais, assim, as câmaras municipais se preocupavam com a sujeira das cidades, a fiscalização dos portos e o comércio de alimentos (PAIM, 2009).

A primeira Santa Casa surgiu em 1543, quando Brás Cubas fundou em Santos a Irmandade da Misericórdia e o Hospital de Todos os Santos. Foram criadas depois as Santas Casas de Olinda, Bahia, Rio de Janeiro, Belém e São Paulo. A assistência aos pobres ficava por conta da caridade cristã que abrigava indigentes, viajantes e doentes. Os militares eram atendidos e cuidados pelas famílias ricas e posteriormente, por cirurgiões militares em hospitais das irmandades das santas casas, cabendo ao governo da Colônia, o pagamento de uma taxa anual (PAIM, 2009).

No início do século XIX, a partir de 1828, as responsabilidades da saúde pública foram atribuídas às municipalidades e com os casos de febre amarela, foi criado no Rio de Janeiro em 1850, a Junta de Higiene Pública, porém, durante o Império uma nova reforma dos serviços sanitários levou à criação da Inspetoria Geral de Higiene, da Inspetoria Geral de Saúde e de um Conselho Superior de Saúde Pública, quando então foram adotadas as primeiras medidas voltadas para a higiene escolar e para a proteção de crianças e adolescentes no trabalho das fábricas (COHN, 1998; PAIM, 2009).

Diante das epidemias, a comunidade se organizava em nível local, eram formadas comissões a cada episódio de saúde relevante, pressionando as ações do Estado que atuava em forma de campanhas. Assim, ao final do império, era rudimentar e centralizada a organização sanitária brasileira, sendo

---

incapaz de responder às epidemias e de assegurar a assistência aos doentes sem discriminação.

No início do século passado, com o desenvolvimento urbano-industrial marcado por um padrão predatório de exploração da força de trabalho vigentes, segundo Mendes (1999):

“determinou o deslocamento do polo dinâmico da economia para os centros urbanos e gerou uma **massa operária** que deveria ser atendida, com outros objetivos, pelo sistema de saúde. O **importante** já não era sanear os espaços de circulação da mercadorias **mas atuar sobre o corpo do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva**”.

Data de 1923 a instituição no Brasil, por iniciativa do poder central, das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Organizadas por empresas, por meio de um contrato compulsório e sob a forma contributiva, elas tinham como função a prestação de benefícios (pensões e aposentadorias) e a assistência médica a seus filiados e dependentes (COHN, 1996). A Lei Elói Chaves, através do Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, instituiu as CAPs voltadas para o trabalhador urbano nas empresas de estradas de ferro, inicialmente, tendo sido posteriormente estendidas às demais, exceto aquelas que tivessem menos de cinquenta empregados, para as quais a aplicação da lei era facultativa.

A década de 1920 foi marcada pela definição de grandes traços do sistema previdenciário brasileiro, dentre eles destacamos:

a) Instituição, por iniciativa do Estado, da implementação de um seguro social com um caráter altamente controlador dos segmentos dos trabalhadores dos setores essenciais à economia brasileira, tanto no sentido de disciplinar essa força de trabalho quanto no sentido de lhe assegurar formas mínimas ante os acidentes e as consequências do esgotamento da sua capacidade para o trabalho;

b) O acesso do trabalhador e seus dependentes à assistência médica na condição de filiado ao seguro Social. No caso das CAPs, cujo volume de

---

recursos era insuficiente para construir uma infraestrutura de serviços médicos, estes passam a ser ofertados por elas a partir da compra de serviços privados, sob a forma de credenciamento médico. Datam dessa época, as raízes da privatização da assistência médica no Brasil, sob a égide da política previdenciária instituída pelo estado e sem ônus para os cofres públicos;

c) O caráter assistencialista e não universalizante do seguro social, elegendo como população alvo os grupos de assalariados dos setores de maior peso econômico e politicamente mais mobilizados.

O perfil dessa política social absorvia em limites bastante estreitos os assalariados urbanos do setor privado, ao mesmo tempo os excluía da esfera pública de participação. Esse modelo de sistema previdenciário instituído surge como resposta a um longo processo de luta dos trabalhadores por melhores condições de vida e trabalho, resultado dos movimentos grevistas do início do século. A origem da intervenção estatal na assistência à saúde no Brasil, tem na Lei Elói Chaves um significativo marco como “sólida âncora da estabilidade social” (COHN, 1996; ELIAS, 2004).

Assim, a assistência médica previdenciária emerge no Brasil mercantilizada sob a forma de seguro, no qual a garantia do acesso aos serviços de saúde é feita com pagamento mediante desconto compulsório, ao mesmo tempo em que se estrutura um sistema urbano de assistência quando a maioria da população era rural. Da mesma forma, configura-se segmentado e socialmente excludente, isto é, privilegia a população urbana em detrimento da maioria rural. Na área urbana atinge apenas a força de trabalho e, entre os trabalhadores, favorece os vinculados aos polos dinâmicos de acumulação capitalista. A saúde assim estruturada concorre para o padrão de regulação social, mantendo-se praticamente intocada até o final da década de 1980 (ELIAS, 2004).

Os serviços de saúde emergiram de forma dicotômica entre saúde pública e previdência social, separando as ações de prevenção e controle de doenças na população, de um lado, e as de medicina individual (previdenciária,

---



filantrópica e liberal) de outro. Em nenhum momento se configurava a ideia de direito à saúde (PAIM, 2009).

Na década de 1930 a 1940, as CAPs se multiplicaram rapidamente, principalmente na região sudeste, na época núcleo dinâmico da economia e sede do poder. No período de 1933 a 1938 as CAPs são unificadas, inicialmente, com a estruturação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs por categoria profissional, sendo mantida a contribuição compulsória sobre a folha de salário e a vinculação ao trabalho formal, possibilitando um duplo padrão na relação público/privado. São exemplos, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários – IAPB, que investia em serviços próprios, e o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários – IAPI, que comprava serviços de terceiros. Eis a tensão que irá marcar o sistema previdenciário brasileiro, com a poupança previdenciária servindo de base para a reprodução do capital pela via da assistência à saúde, que desta maneira inicia seu processo de mercantilização (ELIAS, 2004).

Essa política de Previdência Social converteu-se num mecanismo de captação dos recursos dos trabalhadores- sob a forma de poupança forçada, representada pela alíquota da contribuição- para investimentos cuja orientação escapava inteiramente ao seu controle demonstrando vulnerabilidade do seguro social de segmentos das classes assalariadas aos interesses econômicos e políticos das classes dominantes.

Segundo COHN (1996), cristaliza-se assim o perfil da política previdenciária brasileira. Seus principais traços são a *centralização*, o *burocratismo* e a *ineficiência*. Mas, a partir de 1946 essa estrutura estabelecida se transforma num poderoso instrumento de cooptação das classes assalariadas com mobilização e luta dos trabalhadores na busca de formas de organização não verticalizada reivindicando assim o controle da Previdência Social haja vista serem eles os quase exclusivos financiadores.

Com o ritmo acelerado da industrialização durante a década de 1950, todo o sistema previdenciário cresce em volume de recursos, em aparato

---

institucional e em clientela a ser atendida. As várias instituições previdenciárias e a multiplicidade de tratamento aos seus usuários motivaram o governo à uniformização dos métodos com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social em agosto de 1960 sob forte pressão dos trabalhadores, que exigiam eficiência do sistema previdenciário e assim incorporava também a responsabilidade pela assistência médica individual aos seus previdenciários. Os direitos e deveres passaram a ser semelhantes orientados pela lei, o que viria facilitar a fusão dos IAPs (PAULUS JUNIOR e CORDONI JUNIOR, 2008).

Conforme a tendência observada já no início da década de 50, na década de setenta a política de saúde encontrava-se totalmente polarizada entre as ações de caráter coletivo, como os programas contra determinados agravos, vacinação, vigilância epidemiológica e sanitária, a cargo do Ministério da Saúde e, a assistência médica individual centrada no INPS, criado em 1966. A assistência médica individualizada passou a ser dominante e a política privilegiou a privatização dos serviços e estimulou o desenvolvimento das atividades hospitalares. O processo de industrialização acelerado observado a partir do Presidente Juscelino Kubitschek fortaleceu a economia dos centros urbanos e gerou a ampliação da força de trabalho a ser atendida pelo sistema de saúde. Tal fato aprofunda a necessidade de o Estado atuar na saúde do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva (PAULUS JUNIOR e CORDONI JUNIOR, 2008).

Neste contexto, entre dirigentes e burocratas dos institutos, prevaleceu a opção de comprar serviços médico-hospitalares do setor privado para os segurados da previdência, ao invés de investir em serviços próprios, de modo a ampliar a infraestrutura pública dos serviços de saúde. Gastos descabidos eram subsidiados pela previdência social, por meio de um mecanismo de pagamento baseado nas Unidades de Serviços (US). Nestas condições, Carlos Gentile de Mello, denunciava que a US era um fator incontrolável de corrupção (PAIM, 2009).

A configuração público/privado na saúde como expressão da sua mercantilização tem sua expressão maior na criação do Instituto Nacional da

---

Previdência Social – INPS (pós-golpe militar de 1964) em 1966, haja vista que no interior da própria Previdência Social, enquanto imagem pública inverte-se a relação benefício/prestação de serviços médicos, apesar de os dados orçamentários mostrarem o contrário. Essa inversão expressa a crescente importância que a assistência médica vem assumindo no interior da Previdência Social (ELIAS, 2004). Somente os brasileiros que estivessem vinculados ao mercado formal de trabalho e com carteira assinada tinham acesso à assistência médica da previdência social. Aos demais restavam as opções de pagar pelos serviços médicos e hospitalares ou buscar atendimento em instituições filantrópicas, postos e hospitais do Estado ou município, sendo sua essa responsabilidade (PAIM, 2009).

O INPS configurava uma conformação de modelo médico-assistencial privatista pois comprava os serviços de saúde que oferecia aos previdenciários, proporcionando assim um verdadeiro incentivo à iniciativa privada, capitalizando a medicina. Esse sistema médico-industrial apresentava desvantagens importantes haja vista que se concentrava nas grandes cidades, era um modelo de assistência centrado na doença, isto é, os serviços se preparavam para atender o indivíduo doente, tinha um alto custo, pois era necessário a aquisição de equipamentos de valor elevado, aumentou muito o número de internações e por fim, era excludente, já que o acesso era restrito às pessoas que contribuam com a previdência. Era estabelecida uma assistência médica marcada pela especialização da assistência na vertente da atenção hospitalocêntrica.

Devido à importância política que a Previdência Social assume no interior do regime militar em 1974, como meio privilegiado de relação direta entre as massas trabalhadoras e o Estado e pelo volume de recursos que arrecada por ser um dos primeiros orçamentos da União, é formado o Ministério da Previdência e Assistência Social que arcava com todas as despesas dos acidentados a partir da data da ocorrência dos acidentes.

Em 1974 surge o Plano de Pronta Ação- PPA- e o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social – FAS - para enfrentar a crescente demanda curativa. O

---

FAS, fundo de recursos públicos, emprestava dinheiro a juros subsidiados. Tais recursos eram utilizados predominantemente para a construção de hospitais privados. Estes garantiam o retorno do capital através do credenciamento junto ao INPS. O PPA foi um conjunto de ações que desburocratizou o atendimento de urgência ao segurado e permitiu o atendimento ambulatorial a toda a população nos casos de urgência. O PPA é importante referência porque foi o início da universalização do atendimento. Na época, grandes investimentos foram realizados privilegiando a assistência médica em unidades de saúde em detrimento das ações preventivas (PAULUS JUNIOR e CORDONI JUNIOR, 2008).

Segundo Paim (2009), havia uma multiplicidade de instituições e organizações – estatais e privadas – prestadoras de serviços de saúde, muitas vezes dirigida a uma mesma clientela, deixando milhões de pessoas excluídas da atenção ou recebendo serviços de baixa qualidade. Em meio a estes desacertos, foi feito um estudo durante a V Conferência Nacional de Saúde em 1975, censurado pelo governo militar. O mesmo mostrava que só na área Federal, 71 órgãos desenvolviam ações de saúde. Se a estes forem acrescidos os organismos estaduais e municipais, além dos serviços privados liberais, empresariais e filantrópicos, têm-se uma ideia do tamanho do desafio em reorganizar o sistema de saúde no Brasil.

O mencionado estudo, realizado no interior do então Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), descrevia o sistema de saúde brasileiro daquela época com seis características: insuficiente; mal distribuído; descoordenado; inadequado; ineficiente e ineficaz. Esse estudo certamente encontrou dificuldade de explicar mais quatro adjetivos que caracterizariam aquele *não sistema*: autoritário, centralizado, corrupto e injusto (PAIM, 2009).

No enfrentamento daquele decálogo de problemas e democratizar a saúde no Brasil, configura-se um movimento social, composto por segmentos populares, estudantes, pesquisadores e profissionais de saúde. Instituições acadêmicas e sociedades científicas como a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), e a Associação

---

Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), entidades comunitárias, profissionais e sindicais, constituíram um movimento social na segunda metade da década de 1970, defendendo a democratização da saúde e a reestruturação dos sistemas e serviços. Trata-se do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), também conhecido como movimento sanitário ou movimento pela democratização da saúde (PAIM, 2009).

Em 1976, é fundado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES – que marca o início da mobilização social. O Movimento nasceu nos Departamentos de Medicina Preventiva e no Curso de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e rapidamente se expandiu entre os profissionais de saúde, tendo como principal meio de difusão de ideias a revista do CEBES, *Saúde em Debate*. O MRSB inseria-se na luta contra a ditadura militar e preconizava um novo modelo assistencial que destacava a importância da assistência primária de saúde. O MRSB foi o grande indutor de convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujas recomendações foram absorvidas pela Constituição Federal de 1986 (PAULUS JUNIOR e CORDONI JUNIOR, 2008).

Visando a regulamentação do sistema de Saúde, em 1975 foi sancionada a Lei nº 6.229/75 que criava o Sistema Nacional de Saúde e definia as competências dos seus componentes, considerando que na verdade não havia propriamente um sistema. As ações de saúde eram desenvolvidas de forma fragmentada e sem nenhuma integração. A saúde coletiva era considerada um direito de todos e a assistência médica hospitalar individualizada direito apenas dos trabalhadores contribuintes do Sistema Nacional da Previdência Social. Foi organizado o Sistema de vigilância Epidemiológica (Lei 6.259/75), separado da vigilância sanitária. Houve um reforço no orçamento do Ministério da Saúde e foram implantados programas de extensão de cobertura de serviços de saúde em áreas rurais, especialmente no nordeste do País.

O ano de 1976 foi marcado também pela realização de uma experiência com o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento para o

---

Nordeste (PIASS), que foi especialmente importante para evidenciar a necessidade de atenção primária de saúde (APS). O objetivo era levar saúde pública às regiões carentes dentro de uma nova concepção do pensamento sanitário adotando sistemas de atenção primária à saúde com o envolvimento da comunidade local. A ideia de APS foi, inicialmente, desenvolvida apenas no Nordeste, mas alcançou, anos mais tarde, abrangência nacional. Na sequência, já no ano de 1977, o Ministério da Saúde já reconhecia que o papel primordial da esfera municipal era o de estruturar uma rede de serviços básicos, dentro dos princípios da atenção primária, mas à época nenhum passo foi tomado por ele nesta direção.

Segundo COHN (1996), no ano de 1977 houve uma reformulação do Sistema Previdenciário brasileiro e foi instituído a partir daí o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), que separava a parte dos benefícios da assistência médica. Era constituído por vários órgãos: o INPS (Instituto Nacional da Previdência Social) que ficou responsável pela parte dos benefícios, o INAMPS (Instituto nacional de Assistência Médica da Previdência Social) sendo o responsável pela parte da assistência médica por reconhecimento da importância que de fato a assistência médica previdenciária assumiu, o IAPAS (Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social), a DATAPREV (Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social), a LBA (Fundação Legião Brasileira de Assistência), a FUNABEM (Fundação Nacional do Bem-estar do Menor) e a CEME (Central de Medicamentos).

No entanto, em 1979 o SINPAS é surpreendido pela publicização de um enorme rombo financeiro da Previdência Social. Vem à tona, nesse período de profunda crise econômica, a fragilidade do suporte financeiro do SINPAS, pois seu financiamento continuava sendo fundamentalmente, uma função da massa salarial tendo que atender um ritmo acelerado da demanda e a ganância do setor privado (COHN, 1996).

---

A crise da saúde gera preocupação em diversos segmentos sociais e quando da realização do I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da câmara de Deputados, em 1979, o CEBES formulou pela primeira vez, a proposta do SUS, justificando um conjunto de princípios e diretrizes para a sua criação.

Na VII Conferência Nacional de Saúde, em maio de 1980, surgem as ideias que iriam ganhar forma em um programa racionalizador do INAMPS denominado PREVSAÚDE com o objetivo de generalizar o desempenho obtido com o Programa PIASS voltado à assistência primária. Este Programa, não saiu das gavetas em função da crise econômica da Previdência que se iniciou em 1981. A pouca prioridade dada às ações de saneamento e à medicina preventiva facilitava o surgimento de doenças que poderiam ter fácil solução com medidas preventivas e APS. O crescente volume de recursos para a medicina curativa ameaçava o sistema previdenciário. Formava-se uma consciência de que era necessário repensar a política de saúde. As ideias difundidas pelo MRSB começavam a repercutir no interior do governo.

Durante o período de 1980-1981, paralelamente à crise, envolvendo a situação econômica desencadeada pelo oneroso e vulnerável sistema de saúde, demandou a elaboração de um conjunto de medidas voltadas para a contenção de despesas, diante da compreensão de que a causa do déficit orçamentário residia no elevado gasto com assistência médica (à época consumindo 29,7% do orçamento). Atrelada ao esforço de reorganização da assistência, surge a proposta das AIS (Ações Integradas de Saúde) e da AIH (Autorização de Internação Hospitalar), que passava a pagar as internações hospitalares pelo custo histórico global do atendimento e não pela somatória dos gastos de cada ato parcelado como acontecia anteriormente.

As AIHs permitem melhor controle sobre o setor privado que aponta diminuição da qualidade e altas precoces dos pacientes. As AIS institucionalizam um novo padrão de relação entre a Previdência Social e os setores públicos da saúde - estadual e municipal- e tinham como objetivo a

---

universalização da acessibilidade da população aos serviços de saúde. Esta proposta abriu a possibilidade de participação dos estados e, principalmente, municípios na política nacional de saúde. A implementação das AIS, segundo Cohn e Elias representou o passo inicial para o processo de descentralização na saúde (PAULUS JUNIOR e CORDONI JUNIOR, 2008).

O avanço dos debates sobre a saúde consolida a proposta da descentralização como única alternativa para a constituição de um sistema de saúde adequado às reais necessidades da população, viabilizando sua universalização e equidade, pressupondo que o estado assumisse a produção desses serviços, ou pelo menos grande parte dela, e exerça um rígido controle sobre o setor privado. É nesse contexto que surge o SUDS (Sistema Descentralizado e Descentralizado de Saúde) sob a forma de convênios do INAMPS com as Secretarias Estaduais de Saúde. Os convênios começam a ser assinados em 1987, passando o comando do sistema no âmbito estadual para as Secretarias Estaduais de Saúde. Assim, as AIS, com a ideia de gestão colegiada e representando um movimento de estímulo à descentralização e na sequência o SUDS (de 1987 a 1990) que representou uma recentralização nas mãos das secretarias estaduais de saúde, começaram a por em prática as ideias da Reforma Sanitária (COHN, 1996).

As discussões da VIII Conferência Nacional da Saúde, em março de 1986, resultaram na formalização das propostas do MRSB, ensejando mudanças baseadas no direito universal à saúde, acesso igualitário, descentralização acelerada e ampla participação da sociedade. A Conferência já apontava para a municipalização como forma de executar a descentralização. As bases do sistema atual, o SUS – Sistema Único de Saúde – foram dadas por esta conferência que envolveu mais de 5.000 participantes e produziu um relatório que subsidiou decisivamente a Constituição Federal de 1988 nos assuntos de Saúde (COHN, 1996; ELIAS, 2004; PAULUS JUNIOR e CORDONI JUNIOR, 2008).

A institucionalização do SUS inaugura o desafio de sua construção, compromissada, desde sua implantação, com a reorganização da assistência a

---



saúde em âmbito nacional. Ao lado dos esforços no sentido da mobilização no plano político-administrativo, se impõe, a propósito, a questão da disponibilidade de profissionais preparados para o desempenho diferenciado que a nova ordem impõe. Trata-se de repensar a formação dos profissionais da saúde, particularmente do ensino médico, o que implica rever ensino em suas bases originais de estruturação.

## **1.2 O Ensino Superior no Brasil**

Os primeiros cursos de graduação em saúde no Brasil datam da fundação das escolas médicas da Bahia e em seguida a do Rio de Janeiro, em 1808, tinham um currículo organizado em cátedras. Em meio às mudanças que se processam no espaço nacional e internacional, esta estrutura curricular sofre transformações, cunhando a matriz tradicional de ensino em sua nova configuração.

O quadro do ensino médico no final do século XIX, nos Estados Unidos, era, na perspectiva dos reformistas, caótico. O número de escolas médicas crescia assustadoramente e sem controle, chegando a 150 no início do século XX (CAMARGO, 2009). Segundo Flexner, as faculdades surgiam como que por geração espontânea, independentes de vínculos com universidades e desprovidas de equipamentos. Havia cursos de até um ano de duração e inexistiam pré-requisitos definidos para matrículas. O ensino da medicina era uma "aventura privada, mercantilizada no espírito e no objeto" que carecia, sobretudo, de bases científicas. Tal fato significava, para os progressistas, uma heresia, já que sonhavam com um mundo da ciência.

Em 1910, nos Estados Unidos da América, foi publicado o Relatório Flexner (Medical Education in the United States and Canadá: a Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching). Influenciado pela ciência médica Alemã e constatada a má qualidade do ensino médico nos

---

Estados Unidos, Flexner propôs mudanças para fortalecer os componentes acadêmicos e científicos do ensino médico, incluindo o fortalecimento dos departamentos de ciências básicas (SILVA, 2004; PAGLIOSA, 2008).

Flexner acreditava firmemente que as ciências básicas eram essenciais à formação médica (SILVA, 2004). As suas principais propostas foram: a vinculação das escolas médicas à universidade; substituição das cátedras por departamentos; expansão do ensino clínico adotando os hospitais como cenário preferencial; vinculação da pesquisa ao ensino; ampliação para quatro anos do curso, sendo dois anos de ciclo básico e dois anos de estudo clínico nos hospitais; desenvolvimento de pesquisas nas ciências básicas até o estímulo à docência em tempo integral. Neste contexto, os currículos organizados em cátedras, separavam o ensino básico do aprendizado clínico, cuja estrutura permaneceu inalterada por mais de um século.

No Brasil, em 1915, por meio do decreto nº 11.530 (reforma Carlos Maximiliano), o ensino superior e o secundário são reorganizados. Fávero (1999) relata a reforma Carlos Maximiliano e faz as seguintes considerações:

“apoiado na reforma de 1915, o Governo Federal cria, em 1920 através do Decreto nº 24.343, a primeira instituição universitária no País, a Universidade do Rio de Janeiro, sendo seu Reitor e os Diretores das Unidades nomeados pelo Presidente da República. O controle sobre as universidades federais, a partir daí, torna-se cada vez mais explícito. Com a reforma do Ensino Superior promovida pelo Ministro Francisco Campos, em 1931, um ponto bastante acentuado é a concessão da autonomia relativa à universidade, como uma preparação para a autonomia plena. Apesar da justificativa de não ser possível, naquele momento, conceder-lhes “autonomia plena”, tanto no plano didático, como no administrativo, a questão ficou, a rigor, em aberto.” (p.191)

Nessa mesma época, foram editados mais dois decretos de grande impacto e importância para o ensino superior: o Decreto nº 19.851/1931, que instituiu o primeiro Estatuto das Universidades Brasileiras e o Decreto nº 19.852/1932, que propôs a reorganização da Universidade do Rio de Janeiro.

---

Com a “revolução” dos anos 1930, em meio às ideias modernistas e dos esforços de reorganização curricular do ensino superior no Brasil, sintonizados com a inquietude em relação às aspirações nos campos da ciência e do desenvolvimento tecnológico, criou-se em 1934 a Universidade de São Paulo (USP). No contexto de exigência das elites paulistanas, marcadas pela reafirmação da autonomia do estado diante da intervenção federal, a instalação da USP representou um marco histórico e um salto qualitativo nos rumos do ensino superior, então centrado nas ciências básicas, nas humanidades e no desenvolvimento da pesquisa (GOLDENBERG, 2007).

Segundo Goldenberg (2007), durante “o período de 1931 a 1937 se instaura um amplo debate político e educacional entre católicos, liberais e governistas sobre a direção que deveria ser dada à educação brasileira”. Em 14 de novembro de 1930, o decreto 19.402 instituiu o Ministério da Educação e Saúde Pública, e sob a gestão de Francisco Campos (1930-1932) definiram-se as diretrizes para a organização dos cursos superiores, sendo criado o Conselho Nacional da Educação.

Ao mesmo tempo pioneiros da Escola Nova, norteados pela literatura pedagógica americana e por teorias elaboradas por diversos autores europeus, buscaram superar as limitações da antiga tradição educacional de origem jesuíta e cunho enciclopédico, de influência francesa, no esforço de tornar o incipiente sistema educacional consistente com o novo contexto do desenvolvimento. Essas diretrizes, apoiadas nas ideias progressistas, embasariam a configuração do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (Inep), criado em 1938 (MALTAGLIATI e GOLDENBERG, 2007).

Na primeira metade do século XX, a crise do capitalismo se expressa na Segunda Guerra Mundial (1939-1945) resultando numa revisão do sistema produtivo e dos valores políticos e socioculturais das sociedades ditas ocidentais. Sob a bandeira da democracia e dos valores de uma cultura de participação, ratificada quando da promulgação da Constituição Federal de 1946, devolve à universidade algumas de suas prerrogativas institucionais, tais como: autonomia

---

administrativa, financeira e disciplinar (Decreto nº 8394/45), mas mantém-se o direito do Presidente da República de escolher o dirigente das instituições.

No fim da guerra, vislumbrou-se no país a possibilidade de desenvolvimento de uma política de ciência e tecnologia (MOTOYAMA, 2002). Em 1951, criou-se o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e tecnológico (CNPq) e, um ano após, a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal e Ensino Superior (Capes), como organismo regulador do ensino superior particularmente relevante no que tange à implantação dos cursos de mestrado e doutorado nos anos seguintes, objetivando a promoção de pesquisas para a modernização do país.

As décadas de 1950 e 1960 foram marcadas pela federalização e a criação de novas universidades federais. Em 1961, após um longo processo de discussões, a LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 4024/61) estabelece a autonomia às instituições, mas ainda de forma restrita, pois atribui ao Conselho Federal de Educação a aprovação dos estatutos das universidades, a sindicância por meio de comissões especiais para averiguação do cumprimento da lei.

O golpe de estado de 1964 anunciava a remodelação da produção industrial, alimentada pela ideologia do nacionalismo desenvolvimentista, levando a transformações significativas no panorama político, ideológico e educacional no país. A educação passa a ser vista como recurso importante para o desenvolvimento, sendo implementados vários programas que visavam a modernização educacional, contando inclusive com a colaboração de empresas internacionais como a *Ford Foundation*, a Organização dos Estados Americanos e o Banco Inter-Americano de Desenvolvimento.

As mudanças no ensino superior delineiam um perfil mais modernista, inserindo-se, neste movimento, o treinamento de educadores brasileiros no exterior, que concorreriam para a formação das bases para o desenvolvimento da pesquisa no país (MOREIRA, 2003).

A tendência tecnicista da formação profissional passou a prevalecer em sintonia com o discurso de eficiência e modernização adotado pelo governo

---

militar. Prevalecia na formação médica o direcionamento para a especialização, ao lado de um modelo assistencial hospitalocêntrico. Essa medicina especializada, sobremaneira exitosa, se faz acompanhar da política da medicalização e da assistência hospitalar como referência para a saúde, em detrimento dos valores da atenção primária, vinculada à ampliação da cobertura da assistência previdenciária.

No contexto acadêmico, num período conturbado de reivindicações, se institui, em meio aos projetos desenvolvimentistas da época, a Reforma Universitária de 1968, regulamentada pela Lei nº 5.540/68. Respondendo às aspirações da academia, fundamenta-se a indissociabilidade entre ensino e pesquisa, ao lado da valorização das atividades voltadas para a realidade nacional. Institucionaliza-se, legalmente, a Pós-graduação e o exercício da pesquisa no país, que se somaria a obrigatoriedade do desenvolvimento do, na saúde, o ciclo básico seguido do profissionalizante. Com estas medidas, completa-se a instalação das recomendações das proposições de Flexner, consolidando-se as bases do ensino disciplinar, lastreado pela especialização.

A partir da Reforma Universitária se desencadeiam as condições para o fenômeno de multiplicação das escolas de ensino superior, particularmente no âmbito da saúde (MALTAGLIATI e GOLDENBERG, 2007). Este movimento condiz com a expansão das críticas emergentes em relação não só ao modelo assistencial do país, como ao modelo de ensino em geral. Os limites da disciplinarização do conhecimento são potencializados diante dos problemas associados às transformações econômico-sociais que ganham evidências no decorrer da intensificação da globalização.

A sequência de conteúdos, configurava um currículo linear, fundamentado no ensino transmissivo passa a ser criticado diante da possibilidade de produzir um ensino sem aprendizagem, refletindo a “pedagogia bancária” a qual se refere Paulo Freire (2011, p. 80), em que a informação é “depositada” no estudante pelo professor, que espera vê-la repetida nas provas.

---

Diante das novas exigências no âmbito do trabalho, envolvendo novo perfil profissional perante a dinâmica da sociedade do conhecimento e da informação, potencializa-se o paradigma construtivista relativo ao processo de ensino-aprendizagem. Com pressupostos de que o conteúdo (o que aprendemos) e a natureza da aprendizagem (como aprendemos) são inseparáveis, assumem novas dimensões a consideração dos conflitos cognitivos e da mobilização da perplexidade diante do desconhecido enquanto estímulos para a aprendizagem, valorizando-se a busca ativa para a construção do seu próprio conhecimento (MALTAGLIATI e GOLDENBERG, 2007, p. 5).

No processo educacional baseado no construtivismo, o aluno traz uma bagagem de pressupostos, motivações e conhecimentos prévios a qualquer situação de ensino-aprendizagem, a ser levado em conta no processo de construção do conhecimento. A partir da atividade individual e social, associada ao desenvolvimento da disposição para a pesquisa é valorizada a autonomia. Neste processo, o professor desempenha o papel de mediador ao invés do papel de transmissor do conhecimento. Apesar das controvérsias sempre presentes, tais proposições, de acordo com Goldenberg (2007), ganha abertura a institucionalização da nova Lei de Diretrizes e Bases nº 9.394 de 20 de dezembro 1996<sup>1</sup> que, “estabelece as principais normas de estruturação do ensino brasileiro”.

A nova LDB extingue os currículos mínimos e institui as Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação, apontando para um quadro de mudanças que envolvem posturas teórico-metodológicas de ensino-aprendizagem com reflexo sobre a organização curricular. Diante dos constrangimentos institucionais e das dificuldades de implementação da lei. Garantida a flexibilidade de sua execução, as faculdades buscam, mesmo que de forma discreta, projetos pedagógicos voltados para a formação de um profissional mais engajado com a ciência e com os problemas sociais.

Surgem novos olhares e possibilidades de compreensão do que significa educar o homem: diferentes campos da ciência, distintos contextos geopolíticos,

---

<sup>1</sup> BRASIL. Ministério da Educação, 20 de dez. 1996. **Lei ordinária 9.394**. Estabelece as Diretrizes e Bases da educação Nacional.

múltiplas realidades sociais indicando a necessidade de se investir em práticas educacionais que tenham na participação crítico-reflexiva um pilar fundamental (BATISTA, 2005).

Emergem, nestas circunstâncias, as dimensões problematizadoras, que assumem a construção do conhecimento como traço definidor da apropriação de informações e explicação da realidade, tomando-a como ponto de partida e chegada do processo de aprendizagem (BATISTA, 2005).

Neste contexto se processa a confluência das propostas relativas a implantação do SUS, associadas aos requisitos da renovação profissional, com a reorganização curricular do ensino superior, em geral, e do ensino médico, em particular.

### **1.3 O SUS e a renovação do ensino**

A Constituição Federal de 1988 imprimiu novo formato à assistência no Brasil, estabelecendo a saúde como direito universal. A saúde passou a ser de responsabilidade de todas as esferas de governo, sendo que antes apenas a União se responsabilizava pelo trabalhador segurado. O conceito de saúde foi ampliado e vinculado às políticas sociais. A assistência passa a ser concebida de forma integral (preventiva e curativa). Definiu-se a gestão participativa como importante inovação, assim como comando e fundos financeiros únicos para cada esfera de governo.

As Leis 8.080/90 e a 8.142/90 são singularmente relevantes para o novo modelo - uma espécie de estatuto da saúde no Brasil. A Lei 8.080/90 sedimenta as orientações constitucionais do Sistema Único de Saúde. A Lei 8.142/90 trata do envolvimento da comunidade na condução das questões da saúde criando as conferências e os conselhos de saúde em cada esfera de governo como instâncias colegiadas orientadoras e deliberativas, respectivamente. As conferências, instaladas de quatro em quatro anos, contemplam a participação

---

de vários segmentos sociais; nelas são definidas as diretrizes para a formulação da política de saúde nas respectivas esferas de governo.

A Lei 8.142/90 também define as transferências de recursos financeiros diretamente de fundo a fundo sem a necessidade de convênios, como por exemplo, as transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde para Fundos Estaduais e Municipais (COHN, 1996; ELIAS, 2004; PAULUS JUNIOR e CORDONI JUNIOR, 2008; PAIM, 2009).

A proposta do SUS está vinculada a uma ideia central: todas as pessoas têm direito à saúde. Este direito está ligado à condição de cidadania, haja vista que na Constituição de 1988, a saúde passou a ser reconhecida como um direito social, inerente à condição de cidadão, cabendo ao poder público a obrigação de garanti-lo: *A saúde é direito de todos e dever do Estado* (Art. 196), garantido mediante políticas econômicas e sociais que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação (PAIM, 2009).

O SUS, hoje, é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo fundamentado em princípios e diretrizes que norteiam a sua execução em toda a extensão do país. *Princípios* são aspectos que valorizamos nas relações sociais, a maioria derivados da moral, da ética, da filosofia, da política e do direito. São valores que orientam nosso pensamento e as nossas ações. Já as *diretrizes*, são orientações gerais de caráter organizacional ou técnico que auxiliam as diferentes partes que compõem o sistema de saúde a seguirem na mesma direção ou caminho.

Assim, o princípio da *universalidade*, supõe o direito à saúde para todos, incluindo acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência. O princípio da *integralidade da assistência* é entendido como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema haja vista que o SUS não se restringe à atenção básica. Finalmente, entre os princípios definidos em lei destaca-se a *igualdade da assistência à saúde, sem*

---



*preconceitos ou privilégios de qualquer espécie*. Este princípio expressa o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde garantidos pela Constituição.

Entre as diretrizes estabelecidas na lei, aprovadas na Constituição: *descentralização, integralidade e participação da comunidade*, destacam-se ainda; *divulgação de informações, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; e organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos* (PAIM, 2009).

Entende-se por **Regionalização e Hierarquização**, a organização dos serviços numa área geográfica delimitada, com definição da população a ser atendida. Para tal atendimento, deve haver, ainda, níveis de complexidade tecnológica crescente, de forma que haja acesso da população aos serviços e conseqüentemente, resolubilidade dos problemas. O acesso dos pacientes, família e comunidade à rede se dá pela atenção primária a saúde, que deverá estar qualificada para atender e resolver a maioria dos problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais problemas deverão ser referenciados para serviços de maior complexidade (média e alta complexidade). A organização hierarquizada e regionalizada permite conhecer os problemas da área adstrita e favorecem ações de vigilância epidemiológica, sanitária, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

Por **Resolubilidade** entenda-se a capacidade de o serviço enfrentar e resolver, até o nível de sua competência, os problemas de saúde individual ou coletivo. A **Descentralização** é a distribuição das ações e serviços de saúde nos vários níveis de governo (municipal, estadual e federal). **Participação dos cidadãos** – a participação da comunidade se faz através de suas entidades representativas, na formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, em todos os níveis. Tal participação ocorre através dos Conselhos de Saúde e conferências de saúde. **Complementariedade do setor privado** – A Constituição Federal de 1988 definiu que pode ser contratado serviço privado, caso haja insuficiência do setor público.

---

Há mais de 40 anos se discute em diversos foros, a necessidade de mudar a educação médica. A Associação Brasileira de educação Médica (ABEM), desde 1962, propõe modificações no complexo formador de médicos e tem se empenhado em aproximar as escolas médicas do sistema de saúde e em construir e rever conceitos para preparar médicos que contemplem, além da excelência técnica, a relevância social e o compromisso ético com a atenção integral à saúde do SUS (PAGLIOSA, DA ROS, 2008).

A institucionalização da LDB de 1996, vindo ao encontro do SUS, reafirmaria a necessidade de que o ensino preparasse os profissionais para atuar na rede de assistência em plena fase de reorientação.

Promulgadas as Diretrizes Curriculares Nacionais - DCN (CNE, 2001), a resolução CNE/CES Nº 4, de 07 de novembro de 2001, institui as DCN do curso de graduação em medicina, homologada pelo Ministério da Educação em 1º de outubro de 2001 que aponta em seu Art. 3º que:

“O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (CNE, 2001; EDLER, 2008).”

Nesta linha de considerações, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN, 2001) propõem um currículo integrado, com características inovadoras de forma a permitir uma integração vertical da teoria com a prática em que a abordagem dos conteúdos acontece em torno de temas, concatenando aspectos básicos e clínicos. Valoriza, também, a integração entre ensino, serviço e comunidade como cenário do processo ensino-aprendizagem, com a consequente inserção dos estudantes no cenário real de práticas que é a Rede do Sistema Único de Saúde (SUS) (CNE, 2001; SILVA, 2004).

---

Silva (2004) apresenta algumas características consideradas benefícios da integração vertical: 1. Redução da fragmentação dos cursos; 2. Ensino mais eficaz e maior motivação dos alunos em uma aprendizagem contextualizada; 3. Ampliação dos objetivos de aprendizagem para além da memorização do conhecimento; 4. Melhor comunicação e integração entre os docentes e 5. Aproveitamento mais racional dos recursos de ensino.

A integração considera que a atividade teórica é importante como mediação para novos conhecimentos ou novas interpretações dos fatos; a atividade teórica transforma nossa consciência. Segundo Sonzogno (2004), consideradas as relações entre teoria e prática, dizemos que a primeira depende da segunda, na medida em que a prática é fundamento da teoria, já que determina o horizonte de desenvolvimento e progresso do conhecimento.

Uma proposta de integração curricular inovadora, adotada por algumas escolas da área da saúde, envolveu a aprendizagem baseada em problemas ABP – *Problem Based Learning* (PBL). Goeji, citado em Silva (2004), professor do departamento de Patologia da Universidade de Maastricht, na Holanda, aponta como principais vantagens dessa abordagem a possibilidade de um menor tempo de formação de alunos; a aceitação por parte deles; sua capacitação para a obtenção rápida de informações relevantes (para discussão, exposição, síntese e argumentação); além de permitir o acompanhamento constante das deficiências e do progresso dos alunos. Para Maia (2004), as situações clínicas são estudadas em nível sucessivamente mais complexos de etiologia e fisiopatologia, aprofundando o estudo das ciências básicas na perspectiva da contextualização.

Nessa estratégia de ensino-aprendizagem, que surgiu na década de 1970 na Universidade de McMaster no Canadá e de Maastricht na Holanda, os problemas são propostos de maneira a estimular a discussão e a aprendizagem das ciências básicas, embora possa haver um risco potencial no fato de os alunos poderem estar interessados mais nos aspectos clínicos em detrimento do conhecimento básico adjacente, e de não estarem preparados para a

---

aprendizagem continuada das ciências básicas (SILVA, 2004). A turma se divide em pequenos grupos de alunos e o processo de aprendizado reflete uma influência da área da educação na formação curricular em que os processos cognitivos na aprendizagem são valorizados, bem como a relação do estudante sendo responsável pela construção do seu conhecimento.

Propostas neste sentido seguem na contramão da formação convencional de um ensino fragmentado em disciplinas, e linear no sentido da teoria para a prática, voltado para a especialização, pautado pela valorização do atendimento tecnificado e de maior complexidade. De modo geral, as escolas médicas têm estruturas curriculares com características tradicionais, com seus conteúdos agrupados em disciplinas, cuja metodologia de ensino no ciclo básico baseia-se na transmissão de informações pelo docente, limitando ao aluno apenas o aprendizado teórico através de memorização de cópias de apontamentos em aula ou capítulos de livros-textos. A partir do terceiro ano através da disciplina Propedêutica Médica, o aluno já inicia as atividades práticas clínicas em unidades hospitalares, estimulando a especialização médica, haja vista que essas atividades hospitalares são intensificadas no quinto e sexto anos por ocasião do internato.

A fragmentação do saber médico em inúmeras especialidades, parte delas vinculadas apenas à operação de tecnologias diagnósticas, aprofundou a divisão do trabalho médico. Neste contexto, a *formação do médico* transformou-se no somatório empobrecido de uma infinidade de recortes especializados, superpostos e muitas vezes contrapostos, cuja possibilidade de integração torna-se um exercício formal e abstrato, em boa parte dos casos sob inteira responsabilidade do aluno (OLIVEIRA, 2007). Esse modelo dificulta o aluno em apreender a proposta do SUS que prioriza a atenção primária em saúde através da promoção da saúde.

Tentativas de reformular o ensino têm sido constantes nas discussões de educação médica. Nenhuma outra palavra tem sido tão associada à educação médica como a palavra mudança. Nos últimos anos no Brasil, avaliação e transformação passaram a fazer parte, inclusive, do temário dos congressos

---

anuais da ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica (OLIVEIRA, 2007) e o ensino médico terminou o ano de 2001 “na ordem do dia” em razão tanto das críticas dos usuários (11ª CNS, 2001), como dos gestores de saúde. Os temas centrais dessa discussão, que importam muito ao SUS, são a qualidade do ensino e do trabalho desses médicos quando formados, a relação ensino-serviço de saúde e o acesso aos cursos de medicina (ALMEIDA et al., 2007).

A influência da estruturação do ensino dos conteúdos básicos na formação dos profissionais de saúde é um tema da atualidade. No curso médico, é opinião unânime a necessidade de uma articulação entre o ciclo básico e o profissionalizante. Uma vez que os avanços no conhecimento têm sido muito acelerados, a integração entre cientistas básicos e clínicos é necessária não somente para que ocorra um planejamento eficiente de um curso, mas também para uma compreensão mais ampla dos problemas relacionados à doença, de modo a subsidiar a estratégia para resolvê-los (SILVA, 2004).

Silva (2004), ressalta ainda que, segundo Sordi (1993), essa dicotomia dificulta a visão integrada do processo de formação, comprometendo sua qualidade. Segundo o Ministério da Educação, esse modelo de formação ainda é alheio à organização setorial e ao debate crítico sobre o cuidado na saúde, apresentando pouca ou nenhuma relação com a realidade social e epidemiológica da população (BRASIL, 2007). Além disso, defronta-se com modelos curriculares fragmentados, não inseridos nos serviços públicos de saúde, divididos em ciclos básico e profissional, em geral pouco integrados e dependentes de alta tecnologia. Quanto ao enfoque pedagógico, frequentemente limita-se às metodologias tradicionais baseadas na transmissão de conhecimento, que não privilegia a formação crítica do estudante, inserindo-o tardiamente no mercado de trabalho.

A centralidade dos trabalhadores de saúde para a promoção, proteção e recuperação da saúde e produção de cuidados, gera a necessidade de transformações no processo da formação profissional. O Ministério da Saúde está convencido de que o investimento em adequação da área física, de

---

tecnologia, de medicamentos e de insumos é em vão, se os profissionais de saúde não apostarem no SUS (BRASIL, 2007).

Constitui desafio permanente, portanto, o reforço de uma robusta articulação entre as instituições formadoras e o serviço. Há que se corrigir o descompasso entre a orientação da formação dos profissionais de saúde e os princípios, as diretrizes e as necessidades do SUS. Dentre as várias orientações investidas através de legislações da Constituição Federal e do Ministério da Saúde, o PRÓ-SAÚDE surge como propulsor de um processo que visa incentivar a transformação do processo de formação, geração de conhecimento e prestação de serviços à população para abordagem integral do processo saúde-doença. Tem como eixo central a integração ensino-serviço, com a conseqüente inserção dos estudantes no cenário real de práticas que é a rede do SUS, com ênfase na atenção básica, desde o início de sua formação (BRASIL, 2007).

Fazer com que o aluno entre em contato com o paciente desde o início do curso acaba por implicar na reconfiguração do currículo, sendo capaz de viabilizar a valorização da Saúde Coletiva, atendendo as novas disposições legais. Tal proposição coincide com as propostas da utilização de currículo integrado e verticalizado que teve início no Brasil a partir da década de 1990, quando a Escola de Saúde Pública do Ceará implantou o currículo com o método do ABP, em 1993, seguido pela Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) em 1997 e pelo Curso de Ciência Médicas da Universidade Estadual de Londrina (UEL) em 1998. A Universidade Federal do Amapá implantou o curso de Medicina e sendo uma escola nova, ela se instituiu sob um currículo integrado e utilizando o ABP como estratégia de ensino-aprendizagem.

O curso de graduação em **Medicina** da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP) está funcionando desde janeiro de 2010, quando foi realizado o primeiro processo seletivo, com aprovação de 30 candidatos. O curso tem uma estrutura curricular integrada, composto por módulos, com atividades planejadas, organizadas e orientadas para possibilitar aos alunos a construção da trajetória de sua profissionalização, de vivências interdisciplinares e de prática profissional.

---

Executado através de módulos de aprendizagem, os temas são definidos com anterioridade, levando em conta como essencial, o caráter para a formação do futuro profissional médico. Além dos módulos com diferentes temas ao longo dos quatro primeiros anos, se faz presente no currículo do curso um módulo transversal denominado Integração Ensino-Serviço Comunidade (IESC) sendo que através dele os alunos entram em contato com o SUS desde o início do curso, já na primeira semana de aulas. O IESC, como o nome sugere, constitui o cenário de atividades práticas dos alunos. Divididos em pequenos grupos, os alunos acompanham as equipes da Estratégia Saúde da Família, em todas as atividades executadas. Nestas condições se inscreve a preocupação com as vivências junto ao SUS e em que medida o modelo pedagógico favorece a aproximação do aluno ao SUS.

Tendo concluído a segunda série – que corresponderia ao ciclo básico no currículo tradicional - trata-se de dimensionar como está ocorrendo o ensino da temática do SUS na UNIFAP em atenção às recomendações das DCN, seja em termos dos conteúdos ministrados, seja em termos da relação teoria e prática, levando em conta as estratégias adotadas no âmbito do processo de ensino-aprendizagem no formato curricular de PBL.

---

**2 OBJETIVOS**

---

---



## **2.1 Objetivo Geral**

Avaliar a inserção da temática do SUS na graduação do curso de medicina da Universidade Federal do Amapá.

## **2.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar a abordagem do SUS na estrutura formal do currículo em âmbito institucional;
- Identificar as condições de ensino do SUS na graduação médica na perspectiva do reitor, da coordenadora e tutores, frente às estratégias didático pedagógicas adotadas;
- Avaliar o ensino da temática do SUS na perspectiva dos alunos, após o término do quarto período da graduação médica.

## **2.3 Produto Final**

Publicizar os resultados da pesquisa para o colegiado do curso e preceptores do IESC e Internato, tendo em vista suscitar um debate a respeito, e ponderar sobre a necessidade de realinhamento do curso num formato a ser acordado com a coordenação.

---

### **3 METODOLOGIA**

---

---

*“Um bom método será sempre aquele que, permitindo uma construção correta dos dados, ajude a refletir sobre a dinâmica da teoria. Portanto, além de apropriado ao objeto da investigação e de oferecer elementos teóricos para a análise, o método tem que ser operacionalmente exequível”*

*(Minayo, 1993, p. 239)*

### **3.1 Delineamento do Estudo**

Atendendo aos objetivos do estudo, a investigação, em caráter exploratório, envolveu uma abordagem, predominantemente qualitativa. Segundo Minayo (1998), este tipo de estudo:

“busca compreender questões da realidade que trabalham com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um estado mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

Considerando estas disposições, a investigação comportou três movimentos. O primeiro movimento envolveu a identificação da proposta sobre o ensino do SUS no âmbito institucional. O segundo movimento focalizou as condições de ensino que envolve a temática do SUS a partir de informações coletadas junto ao reitor, coordenador e professores tutores do curso. O terceiro movimento, realizado junto aos alunos do quinto semestre, identificou como eles avaliam o ensino do SUS na programação curricular precedente, assim como o formato pedagógico adotado.

---

### **3.2 O Ensino do SUS na Proposição Institucional (Primeiro movimento)**

A identificação da proposta de ensino do SUS, no âmbito institucional, se apoiou na análise documental, tendo como fonte de informações o Projeto Político-pedagógico. A propósito, foram identificados:

- A proposta político-pedagógica do curso, particularmente por referência ao SUS, levando em conta as diretrizes estabelecidas pelas DCNs.
- Os conteúdos preconizados, envolvendo a relevância atribuída à sua organização e funcionamento, incluindo a atuação na atenção básica, a partir das ementas.
- Como o SUS se inscreve enquanto cenário de práticas e em que medida atende ao ensino da integralidade e da responsabilidade social junto aos alunos.

As informações foram processadas em EXCEL, para efeito de registro. Para análise dos dados recorreremos à técnica de análise temática. Após a identificação das unidades de sentido, elas foram categorizadas de forma a permitir estabelecer a remissão ao contexto do problema apoiado no referencial teórico adotado, conforme recomendação de (MINAYO, 2010).

### **3.3 O Ensino do SUS na Perspectiva do Reitor, Coordenador e Docentes Tutores do Curso (segundo movimento)**

Objetivando apreender as condições de funcionamento do programa de ensino sobre o SUS no currículo da UNIFAP, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas junto ao reitor da universidade, coordenador do curso e professores que desempenham a função de tutores.

O colegiado de Medicina contava com doze docentes tutores, incluindo esta pesquisadora, dos quais foram entrevistados nove docentes tutores. Foram excluídos dois docentes porque estavam na função há menos de três meses.

---

Quanto à formação acadêmica, os tutores são: uma doutora em “Ginecologia”, uma doutoranda em “Epidemiologia”, dois mestrados em “Ciências da Saúde”, uma mestranda em “Ensino em Ciências da Saúde” e quatro especialistas (Clínico e Saúde Pública, Clínico e Pneumologia, Neurologista e Psiquiatra).

Para Ludke e André (1986, p.33), a entrevista apresenta a vantagem de fornecer de forma rápida as informações desejadas. Os autores caracterizam a entrevista semi-estruturada quando apoiada num roteiro de tópicos relativos ao problema, que se vai estudar, porém a ordem das questões pode ser modificada, de acordo com o discurso dos entrevistados assim como o pesquisador tem a liberdade de introduzir novas perguntas durante a entrevista, se assim entender necessário.

Com base nestas instruções a realização das entrevistas semi-estruturadas para o reitor (apêndice B) e coordenador (apêndice C) do curso, contemplou os eixos abaixo, que constam dos respectivos roteiros:

1. A natureza da proposta do curso em relação ao SUS.
2. O planejamento, o desenvolvimento, a execução e a avaliação do projeto político pedagógico do curso.
3. A importância da inserção precoce do aluno no cenário de prática e a situação do curso na relação teoria e prática.
4. A aceitação dos alunos à temática do SUS.

Para os professores tutores por sua vez, foi construído um roteiro de entrevistas (apêndice D), levando em conta os seguintes eixos:

1. Conhecimento do Projeto Político Pedagógico em relação ao SUS e sua importância no projeto da escola diante do modelo pedagógico adotado;
  2. Em que medida o PBL/ABP favorece o ensino sobre o SUS e se o modelo propicia mais interesse pela temática do que no modelo tradicional;
-

3. A vivência do aluno no cenário de prática desde o início do curso no sentido da valorização da atenção básica;
4. Avaliação da integração ensino-serviço e entraves e sugestões para superar as dificuldades apontadas.

As entrevistas supracitadas foram realizadas em locais que garantiam a privacidade das respostas, sendo gravadas com a concordância prévia dos mesmos.

Após a transcrição, procedemos finalmente, ao recurso técnico de análise de conteúdo, obedecendo aos mesmos procedimentos relatados anteriormente.

### **3.4 O Ensino-Aprendizagem do SUS na Perspectiva dos Alunos do 5º Semestre do Curso (terceiro movimento)**

Buscando apreender o ensino sobre o SUS na perspectiva dos alunos, a coleta de informações foi realizada inicialmente, a partir da aplicação de um questionário seguido da realização de dois grupos focais junto aos alunos voluntários. Aplicado aos alunos do 5º semestre que demonstraram interesse em participar da pesquisa, o questionário (apêndice E) foi composto por quatro partes.

A primeira parte teve como objetivo a caracterização do perfil sócio-demográfico dos alunos levando em conta, em primeira instância: a idade, sexo, naturalidade, residência do aluno (familiar e atual) e escolaridade dos pais enquanto sinalizador de extração social, classificada por nível completo de ensino. Em seguida foram arrolados a naturalidade e o local da residência, tendo em vista situar a procedência dos alunos do curso de medicina da UNIFAP.

A segunda parte do questionário contemplou a caracterização da compreensão dos alunos sobre o aprendizado do SUS nos quatro primeiros semestres do curso.

---

A terceira parte do questionário contemplou a visão do aluno sobre o SUS como cenário de prática para os acadêmicos de medicina da UNIFAP.

A quarta parte do questionário identificou a expectativa do aluno como futuro profissional do SUS.

Os questionários foram entregues aos alunos no final de uma sessão tutorial. A pedido deles, foi autorizada a devolução dois dias depois. Do total de 30 questionários entregues, somente seis alunos devolveram no prazo estabelecido. Uma nova chamada foi realizada e na ocasião foram devolvidos mais quatro questionários totalizando o número de dez questionários. Secundarizando, nestas condições, a quantificação das informações, seus dados foram considerados como estudo de caso.

Processados eletronicamente, computados numericamente considerando as informações relacionadas às questões fechadas. As questões abertas, uma vez transcritas, foram apresentadas segundo a técnica de análise de conteúdo, obedecendo, para efeito de análise, o referencial teórico adotado.

Visando aprofundar as questões levantadas nos questionários, a segunda fase da coleta de dados junto aos alunos envolveu a realização de dois Grupos Focais (GF). Segundo Neto et al. (2002) Grupo Focal trata de:

“uma técnica de Pesquisa na qual o Pesquisador reúne, num mesmo local e durante um certo período, uma determinada quantidade de pessoas que fazem parte do público-alvo de suas investigações, tendo como objetivo coletar, a partir do diálogo e do debate com e entre eles, informações acerca de um tema específico”.

Garantida a privacidade dos alunos participantes, foram reunidos dois grupos para a realização dos GFs. O primeiro GF contou com a participação de doze alunos e o auxílio de duas observadoras. O segundo GF contou com a participação de nove alunos e de uma observadora. Ambos foram coordenados pela pesquisadora.

---

Nortearam a dinâmica de grupo focal, as seguintes questões:

1. Ao fim do quarto semestre, vocês consideram terem sido esclarecidos sobre a organização e funcionamento do SUS? Que importância atribuem a esses ensinamentos? Vocês têm sugestões para a melhoria deste ensino?
2. Qual a importância do IESC para o desenvolvimento do ensino do SUS? As condições de aprendizado das atividades práticas foram satisfatórias? Aponte limites e potencialidades do ensino e das práticas por referência ao SUS.
3. Que importância você atribui ao aprendizado do SUS ministrado, até o momento, diante de suas expectativas profissionais futuras?

As discussões foram transcritas na íntegra. Após a identificação das unidades de sentido seguiu-se à categorização dos mesmos, vislumbrando a relação com o contexto, lastreado pelo referencial teórico, conforme referenciado anteriormente, levando-se em conta, basicamente, os seguintes eixos analíticos:

- Conhecimento sobre SUS com vistas à identificação dos conteúdos apreendidos pelos alunos relativos à atenção integral em nível individual e coletivo, paralelamente ao cumprimento das diretrizes do SUS (descentralização, regionalização e hierarquização).
  - O SUS como cenário de prática: Potencialidades e fragilidades
  - A importância atribuída ao ensino teórico-prático do SUS, considerando a expectativa do aluno para sua vida profissional.
-



### **3.5 Procedimentos Éticos**

O presente projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), atendendo a Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), anexo B.

A investigação foi autorizada no âmbito institucional, pelo Coordenador do Curso de Medicina. (Anexo A).

A participação do reitor, coordenador do curso, docentes e discentes do curso de Medicina da Universidade Federal do Amapá contou com a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (apêndice A).

---

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

---

---

## 4.1 A Proposta do Ensino Médico

### 4.1.1 Formação Médica e Responsabilidade Social na Proposta Institucional

O Projeto Pedagógico do Curso de Medicina (PPC) foi elaborado em 2008, atendendo às exigências do Ministério da Educação como requisito para a criação institucional da faculdade de Medicina - que aconteceu em 2010 - fundamentou-se nas recomendações que constam nas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 (PPC, 2008 p. 5-7).

Atendendo aos **princípios** da “*indissociabilidade do Ensino, Pesquisa e Extensão, vedada a duplicação de meios para fins idênticos e equivalentes*”, destaca-se no referido documento as **finalidades** da instituição, quais seriam:

*I. Estimular a criação cultural e o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo;*

*II. Formar diplomados nas diferentes áreas de conhecimentos, aptos para a inserção em setores profissionais e para a participação no desenvolvimento da sociedade amapaense e brasileira, e colaborar na sua formação contínua;*

*III. Estimular o conhecimento dos problemas do mundo presente, em particular os do Estado, da região e da nação, prestar serviços especializados à comunidade e estabelecer com esta uma relação de reciprocidade (p.5);*

De acordo com o documento (PPC, 2008; p. 7) tais disposições são potencializadas diante do fato de o Estado do Amapá ter sido institucionalizado recentemente, requerendo por isso mesmo, a adoção de medidas que visem melhoria das estruturas estatais dos setores administrativos, particularmente da saúde e da educação.

O PPC (2008) explicita que o funcionamento do curso de Medicina atenderá orientação da administração acadêmica da Universidade com as funções deliberativas exercidas através do colegiado e a função executiva a

---

partir da Coordenação do curso. Nestes termos cabe ao Colegiado “*deliberar sobre os projetos pedagógico e científico*”, “*sobre as atribuições e encargos de ensino, pesquisa e extensão*”, “*propor ações para a melhoria da qualidade de ensino*” e “*estabelecer medidas de acompanhamento e avaliação da execução dos planos de trabalho*” (p.15).

Consoante com a preocupação maior da institucionalização do curso de **Medicina**, o PPC (2008, p. 15 e 16) define o perfil desejado do egresso do curso, envolvendo a formação de:

“Médicos **generalistas e humanistas**, promotores da saúde integral do ser humano, capacitados a atuarem nos diferentes níveis de atenção à saúde sob a perspectiva da integralidade da assistência e que, com base no senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, tenham ação crítica e reflexiva na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, respeitando os princípios éticos, socioculturais do indivíduo e da coletividade” (PPC, 2008- p. 15 e 16).

Nesta perspectiva se inscreve a preocupação com a formação de profissionais médicos conscientes de seu papel no desenvolvimento das políticas assistenciais renovadas, o que vale para a instalação do SUS conforme preconizam as DCNs para o curso de Medicina (2001).

A propósito, o PPC (2008) salienta que o futuro profissional apresente habilidades para trabalhar de maneira “*inter-pluri-transdisciplinar, considerando a complementaridade e diversidade dos saberes, integrando-se com outros profissionais para o planejamento, organização e execução de ações conjuntas em saúde*”. Neste sentido o PPC explicita a necessidade de:

“... valorizar e desenvolver a capacidade de trabalhar em equipe; reconhecer-se como sujeito ativo e integrante da equipe de saúde, e como tal, corresponsável por ações conjuntas de atenção à saúde e pelo processo de formação de recursos humanos, além de buscar a apropriação e a construção do conhecimento e desenvolver habilidades para o processo de cuidar, nos diversos níveis de atenção à saúde” (p.16).

---

Considerando que a sociedade espera do profissional médico uma postura de saber trabalhar em equipe e coordenar processos de trabalho numa perspectiva que transcenda o fazer técnico e o cuidado com o corpo biológico, o curso de Medicina da UNIFAP propõe trabalhar com experiências superadoras do conhecimento estanque e compartimentalizado, favorecendo a aprendizagem do cuidar do ser humano de forma integrada e pessoal, utilizando seu conhecimento construído para transformar a realidade melhorando a qualidade de vida e a promoção da saúde, condições necessárias às propostas de aproximação ao SUS demonstrando comprometimento com políticas de saúde.

Desta forma, o PPC (2008) considera como objetivo geral do curso formar bacharéis em medicina que atendam às características de:

“respeitar os princípios éticos e bioéticos, capaz de atuar nos diversos níveis de atenção e necessidades do cidadão, buscando aprimorar seus conhecimentos sobre a epidemiologia de sua região, identificando as dimensões sociais e seus determinantes, atuando com responsabilidade social e comprometido com a cidadania, assumindo atitudes pró-ativas na equipe interdisciplinar em atendimento individual e coletivo”(p. 18 e 19).

Considerando que a sociedade brasileira precisa de médicos possuidores de conhecimentos e práticas que possibilitem uma visão integral sobre as necessidades do paciente, que compreendam o contexto da realidade onde os pacientes vivem e que sejam autores no processo de transformação em defesa da vida e da promoção da saúde, o PPC (2008), define como objetivos específicos:

“desenvolver a consciência do compromisso social, da cidadania, no cumprimento do exercício profissional; promover, através do engajamento de discentes e docentes a prestação de serviços na área de acordo com as necessidades da comunidade local e regional; propiciar uma formação teórico-prática na área, que favoreça o desenvolvimento de uma visão crítica e futuramente, como profissional a intervir de forma adequada nos distintos campos de sua atividade profissional, e preparar o futuro médico para lidar e atuar com as demandas sociais e comunitárias emergentes na saúde, educação e assistência” (p.19).

---

Este perfil profissional pressupõe um projeto pedagógico estruturado de maneira a contemplar condições para formar profissionais capazes de identificar, promover e gerir os saberes através da mobilização de recursos que levem às competências profissionais requeridas, atendendo a flexibilização prevista nas DCNs de 2001.

#### **4.1.2 Academia e serviços na nova proposta pedagógica**

Foi contemplada no PPC (2008), a articulação do ensino com os serviços de saúde do SUS, estabelecendo parcerias da Universidade com o Governo do Estado e a Prefeitura Municipal de Macapá, tendo como pressupostos que:

“o trabalho articulado e participativo, no qual as instituições mantenham uma relação horizontal, respeitando e preservando a identidade e especificidades de cada uma. Os sujeitos envolvidos deverão analisar e compartilhar seus interesses e sua participação na resolução de situações, por meio de acordos baseados na cooperação mútua”.

Para a concretização desta parceria foram previstas estratégias, dentre elas:

“Institucionalizar por meio de convênio focalizando ensino, pesquisa e assistência à saúde a “Rede Escola” que se comporá dos serviços de saúde, dentre eles os serviços hospitalares, ofertados pela Secretaria Estadual e Municipal de Saúde; redefinição das atribuições dos profissionais de saúde da rede de atenção a saúde do Município no âmbito do governo do estado e da prefeitura municipal, contemplando a participação desses na formação; criação da figura do professor colaborador para os trabalhadores de saúde com atuação direta nos processos de formação; estabelecer Educação Continuada e Permanente desenvolvidos em parceria; formar equipes de professores e trabalhadores de saúde compartilhando e construindo coletivamente o processo de ensino-aprendizagem, entre outras”(p.20).

---

Conforme o PPC (2008), tais estratégias proporcionam a integração da academia com o serviço, ou seja, o mundo da aprendizagem com o do trabalho “*construindo a aprendizagem significativa que contribuirá para a qualificação da atenção prestada à população*”. O reconhecimento que a conexão entre as esferas do trabalho e da educação implica na ampliação do conceito de saúde, buscando um modelo de atenção pautado na promoção de saúde (p. 20).

De acordo com a Constituição Federal do Brasil, “*compete ao Sistema Único de Saúde, entre outras atribuições, ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde*” (BRASIL, 1988, art. 200, inciso III). Nestes termos, o PPC (2008) explicita que:

“a formação na saúde deve tomar como referência as necessidades originadas pelo modelo de assistência à saúde praticada pelo SUS, pressupondo que o Sistema de Saúde passa a operar com a lógica da formação e da educação permanente dos profissionais de saúde, em toda a rede progressiva de serviços” (p. 20).

A instalação do curso de Medicina na UNIFAP é investida da intenção em potencializar o impacto social na demanda dos profissionais de saúde no Estado do Amapá, o que se mostra evidente no documento quando diz que:

“apresenta seu projeto de instalação do curso de medicina, em parceria com os governos municipal e estadual, como uma das ações de impacto a curto e médio prazo que associada à formação de enfermeiros e futura implantação dos cursos de farmácia e fisioterapia, constituem elementos potencializadores da transformação dessa realidade” (p. 33).

“no estado e na região Amazônica, à grande carência de profissionais de saúde, soma-se a necessidade de profissionais formados e qualificados, identificados e comprometidos com o SUS e com a região, apresentando-se, portanto, oportunidade estratégica de inovação” (p. 33).

---

O documento afirma ainda que:

“As parcerias fortalecidas permitirão efetivar a formação de profissionais comprometidos e identificados com este Estado e região, na tentativa de suprir as necessidades do atendimento à saúde da população e fortalecer um Sistema Único de Saúde atuante e resolutivo, composto por equipes qualificadas e humanizadas na gestão do sistema e serviços e na promoção da saúde, em toda a sua integralidade, além de proporcionar a oportunidade autônoma e gratuita de uma educação permanente da população amapaense” (p. 33).

Neste âmbito se inscreve a proposta de atender às carências regionais visando “*consolidar um sistema de saúde com base nos princípios do SUS e o valor da saúde pública como direito à cidadania*” (p.34).

Segundo o PPC (2008), o Amapá possui 170 unidades de saúde do SUS, de acordo com o IBGE (INSTITUTO ESTATÍSTICAS, 2002a), que atendem em torno de 80% da população do Estado. Na capital, Macapá, existe um complexo hospitalar que inclui Hospital de Clínicas Alberto Lima (1949), Hospital da Mulher Mãe Luzia (1950), Hospital da Criança e do Adolescente (1974) e Hospital de Emergência (1950). No segundo município do estado maior em população, existe o Hospital Geral de Santana e no município de Laranjal do Jari existe o Hospital Geral (2001) também. Essas unidades hospitalares receberão os alunos para o internato médico, nas quinta e sexta séries do curso.

Para o aprendizado prático das ações referentes à Atenção Primária à Saúde, a capital do estado conta com 22 Unidades Básicas de Saúde e algumas delas receberão os alunos da primeira à quarta série para as atividades do módulo transversal IESC. Além destas unidades de saúde, o município possui 67 Equipes de Saúde da Família que apresentam uma cobertura de 53% da população da capital.

---



#### 4.1.3 Teoria e prática na estrutura curricular

De acordo com o PPC do curso de Medicina se impõe um movimento de superação do ensino tradicional. Como contraponto da fragmentação da estrutura curricular e compartimentalização das ciências o PPC preconiza o ensino constituído por múltiplas dimensões do conhecimento humano. O documento propõe *“assegurar ao acadêmico uma formação teórico-prática fundamentada no rigor científico, técnico, nas reflexões humanistas e na conduta ética”* (p.37).

Tais reflexões pressupõem necessidades de repensar o modo de ensinar, aprender, viver uma profissão. Neste sentido o PPC explicita que *“a UNIFAP optou por desenvolver o Projeto Pedagógico do curso de Medicina utilizando a metodologia da Aprendizagem Baseada em Problemas-PBL”* (p. 38). Tal método foi concebido na faculdade de Medicina da Universidade de McMaster em Hamilton no Canadá na década de 1960, seguido pela Universidade de Maastricht, na Holanda, e tem sido utilizado como uma forma inovadora de desenvolver o processo de ensino-aprendizagem (SILVA, 2004).

Nesse sentido, o PPC do curso de Medicina da UNIFAP explicita que:

“Essa metodologia apresenta como características principais o fato de ser centrada no aluno, se desenvolver em pequenos grupos tutoriais, apresentar problemas em contexto clínico, ser um processo ativo, cooperativo, integrado e interdisciplinar e orientada para a aprendizagem do adulto (p. 38)”.

De acordo com o PPC, a Aprendizagem Baseada em Problemas:

“estimula no aluno a capacidade de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de ouvir outras opiniões, mesmo que contrárias as suas e induz o aluno a assumir um papel ativo e responsável pelo seu aprendizado objetivando conscientizar o aluno do que ele sabe e do que precisa aprender e motiva-o a ir buscar as informações relevantes” (p. 38).

---

“O professor deixa de exercer o papel de transmissor do saber e passa a ser um estimulador e parceiro do estudante na descoberta do conhecimento” (p. 38).

Em função do exposto os objetivos educacionais se estruturam em torno do desenvolvimento de competências, centrado no estudante, baseado em problemas e orientado para a comunidade, na perspectiva da integração do conhecimento (p. 39).

Um currículo é considerado integrado, quando, no dizer do PPC, acontece a articulação entre teoria e prática, entre a universidade e os serviços de saúde, entre as distintas áreas do conhecimento, entre os aspectos objetivos e subjetivos num processo de formação flexível e multiprofissional, levando em conta os saberes, as necessidades individuais de aprendizagem e os problemas da realidade.

No tocante ao plano de cuidados para com o paciente, se inscreve a necessidade do aprendizado orientado para a comunidade, que no dizer do PPC:

“refere-se não somente à utilização dos problemas prevalentes e relevantes como base para a aprendizagem dos estudantes, mas também à parceria da escola com os serviços de saúde do município e do estado na busca da resolução dos problemas de saúde e da melhoria do cuidado prestado à essa comunidade” (p.39).

Tais pressupostos norteadores na construção do PPC se explicitam em estrita observância às Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Graduação em Medicina, conforme resolução CNE/CES n. 1133 de 03 de março de 2001, que: *“estimularão os acadêmicos a desenvolver suas potencialidades e habilidades, imersos em um contexto de integralidade do conhecimento e ético frente às diversidades sociais, políticas e culturais da região”* (p. 39).

Considerando os pressupostos acima referidos, é ratificado no PPC (p. 39 e 40) que o curso de Medicina da UNIFAP propõe oferecer,

---

“uma formação profissional generalista e humanista, viabilizando ao médico egresso ser um profissional de atitude propositiva nas diversas áreas do conhecimento além de conhecer os processos de planejamento e implantação de programas destinados à educação, promoção, proteção, prevenção e restauração da saúde, na compreensão de que deve atuar como agente da saúde integrado às necessidades da comunidade” (p. 39).

“Deverá o médico assumir atitude crítica e reflexiva apoiado no rigor científico, cultural e intelectual, e considere prioridade a harmonia e a qualidade assistencial em seu trabalho habilitando-o a integrar-se a uma equipe multidisciplinar, sem renunciar a sua independência ético/profissional” (p. 40).

Diante destes propósitos o modelo pedagógico delineado no PPC dá conta da opção pelo construtivismo no âmbito das teorias de ensino-aprendizagem enfatizando o ensino pela prática:

“para o desenvolvimento dessas competências, as dimensões psicológicas e pedagógicas da aprendizagem selecionadas estão referenciadas na **concepção construtivista** do processo de ensino-aprendizagem, na integração teoria-prática, nos referenciais de aprendizagem significativa e de adultos e na utilização de metodologias ativas de aprendizagem” (p. 39).

O documento (PPC, 2008, p. 59) explicita que o ensino tradicional utiliza como base de aprendizado um modelo epistemológico onde o conhecimento é visto como algo externo ao sujeito, levando ao significado de que a fonte do conhecimento está na natureza, nos livros, nas pessoas, sendo a partir dessas fontes que a pessoa apreende o conhecimento. Na contra face destas disposições o PPC ressalta que a ação e o protagonismo dos seres humanos na construção, produção e transformação da realidade são vistas como mais adequadas na compreensão do papel dos atores envolvidos no processo ensino-aprendizagem.

Com esta perspectiva metodológica o PPC explicita a adoção do PBL como recurso educacional para a operacionalização do projeto. Neste modelo ocorre a interação entre o sujeito que aprende e os objetos de conhecimento a partir da compreensão de que:

---

“trata-se de um método pedagógico/didático centrado no aluno, estimulador do auto-aprendizado e do pensamento crítico, que permite incorporar a visão biopsicossocial do processo saúde-doença, mediado e orientado pelo professor” (p.60)

“tem como ponto de partida um problema bem formulado... [...],...a partir do problema, se pretende chegar a um resultado. Nesse percurso o aluno pesquisa, discute com seu professor/tutor e outros profissionais. O acadêmico formula suas hipóteses diagnósticas e de solução. O método da aprendizagem baseado em problemas estimula o raciocínio, habilidades intelectuais e a aquisição de conhecimentos” (p. 60).

A orientação, no dizer do PPC, é para a educação como um processo realizado **com** o aluno e não **sobre** ele; este assumindo um papel de sujeito ativo, introduzido nos significados da cultura e da ciência a partir de intercessões cognitivas, onde o professor participa como mediador e facilitador desse processo. A proposta da utilização de metodologias ativas desenvolve a competência do pensar. O documento enfatiza que:

“o papel do professor é o de colocar problemas, fazer perguntas, dialogar, ouvir os alunos, incitá-los a argumentar, respeitar a leitura de mundo de cada um, abrir espaços para expressão de pensamentos, sentimentos, desejos e da realidade vivida” (p. 40).

Este método de aprendizagem trabalha com a meta de resolução de problemas, buscando compreendê-lo, fundamentá-lo, e utilizando dados são analisados e discutidos para a construção de hipóteses de solução que serão colocadas em prática para serem comprovadas e validadas. É um método que estimula o raciocínio, habilidades intelectuais e a aquisição de conhecimentos. Na concordância de que construção do conhecimento se processa de forma contínua ao longo da vida de cada indivíduo, os estudantes do curso de Medicina da UNIFAP, durante o curso, são encorajados a definirem seus próprios objetivos de aprendizagem, a tomarem a responsabilidade por avaliar seus progressos pessoais no sentido do quanto estão se aproximando dos objetivos formulados. Neste contexto o aluno empreende os primeiros passos do caminho a trilhar para aprender a aprender.

---

Teoria e prática, de acordo com o documento (p. 61), devem estar integradas na construção de um saber significativo, a partir da articulação entre o mundo da aprendizagem e o mundo do trabalho. As situações-problemas de saúde-doença que devem ser enfrentadas na prática profissional constituem os elementos disparadores do processo de aprendizagem e visam o desenvolvimento de uma aprendizagem.

A análise de um problema se desenrola em três fases. Na primeira fase (passos de 1 a 5) o problema é apresentado e os alunos formulam objetivos de aprendizagem a partir da discussão do mesmo. Na segunda fase (passo 6), a análise se dá a partir do estudo individualizado realizado em momento fora do grupo tutorial. Na terceira fase, os alunos se reencontram para rediscutir o problema, nesse momento, à luz dos novos conhecimentos adquiridos (PPC, 2008, p.63).

A explicitação dos diferentes papéis dos atores que participam na sessão tutorial no método PBL encontra-se no anexo VII.

---

## 4.2 O SUS na Organização Curricular

### 4.2.1 A estrutura curricular

A matriz curricular do curso de Medicina da UNIFAP tem como pressupostos “...assumir o ensino como mediação: aprendizagem ativa do aluno com a ajuda pedagógica do professor” (p. 40). Nesse sentido o PPC apresenta um modelo curricular que estabelece uma sequência para o desenvolvimento do curso no sentido de “propiciar condições reais para que o aluno entre, desde o primeiro ano, em contato com a realidade social e dos serviços de saúde realizando atividades em uma gradação crescente de dificuldades” (p. 41).

Tendo estas diretrizes pedagógicas o currículo do curso de Medicina da UNIFAP se distribui em cinco unidades educacionais distribuídas nos seis anos do curso:

**1ª unidade** aborda as *Necessidades de Saúde*, desenvolvida na primeira e segunda séries;

**2ª unidade** aborda as *Práticas Profissionais*, desenvolvida da 1ª à 4ª série;

**3ª unidade** aborda o *Ciclo de Vida e Planos Terapêuticos*, trabalhado na 3ª série;

**4ª unidade** aborda as *Apresentações Clínicas e Planos Terapêuticos e*

**5ª unidade** é voltada para o *Internato*, no quinto e sexto ano (p. 41).

O PPC explicita que nas quatro primeiras unidades educacionais são desenvolvidos os conteúdos referentes às quatro primeiras séries do curso, a partir das atividades dos encontros tutoriais, e das práticas simulada, laboratorial e práticas Profissionais I, II, III e IV, sendo estas últimas desenvolvidas nos serviços de saúde da rede escola. Explicita ainda que a quinta unidade educacional viabiliza o desenvolvimento dos conteúdos referentes ao quinto e sexto anos do curso.

---

Além das unidades educacionais acima citadas, o PPC informa a existência de uma unidade educacional chamada “Unidade Educacional Eletiva”, que deverá ser desenvolvida em um ambiente de Prática Profissional escolhido pelo aluno (PPC, 2008, p. 41 e 42).

A realização dos **encontros tutoriais** atende às orientações definidas e sistematizadas pelo método PBL. Deve ser desenvolvida em sessões cuja dinâmica segue oito passos:

- “1. Leitura do problema, identificação e esclarecimento de termos desconhecidos;*
- 2. Identificação das questões propostas pelo enunciado;*
- 3. Formulação de hipóteses explicativas para as perguntas identificadas no passo anterior (os alunos se utilizam nesta fase dos conhecimentos de que dispõem sobre o assunto);*
- 4. Resumo das hipóteses;*
- 5. Formulação dos objetivos de aprendizado (trata-se da identificação do que o aluno deverá estudar para aprofundar os conhecimentos incompletos formulados nas hipóteses explicativas);*
- 6. Estudo individual dos assuntos levantados nos objetivos de aprendizagem;*
- 7. Retorno ao grupo tutorial para rediscussão do problema frente aos novos conhecimentos adquiridos na fase de estudo anterior.*
- 8. Avaliação oral (auto-avaliação, avaliação interpares e do tutor)”*  
*(p.63).*

Para a execução de atividades práticas no curso, ainda em referência ao método PBL, o PPC (UNIFAP, 2008) preconiza a **Prática Simulada**, explorada pelo aluno em ambientes de laboratório cujas atividades se processam em dois momentos. O primeiro é de observação e avaliação do desempenho dos estudantes frente a uma situação problema com paciente simulado, num ambiente que reproduz um cenário de vida real como um domicílio, uma unidade de saúde da família, ou outro; e o segundo é o momento de apoio e direcionado à exploração e fundamentação de novas capacidades identificadas na avaliação previamente realizada (p. 67). Vale dizer, entretanto, que as práticas de simulação são usadas esporadicamente.

---

As vivências apreendidas no laboratório de prática simulada possibilita a expansão da capacidade de observação e prepara o estudante para as atividades reais de cuidado que estão se desenvolvendo na Unidade Educacional de Prática profissional (PPC, 2008 p. 105).

No caso da **Prática Profissional**, a turma divide-se em pequenos grupos (de 5 a 6 pessoas), acompanhados de um docente preceptor, direta ou indiretamente vinculado ao serviço de saúde em questão. Para tal, podem ser utilizados os ambulatórios de especialidades, policlínicas, serviços pré-hospitalares, hospital-dia, internação domiciliar e outros. Destacando que para o primeiro ano de graduação o cenário privilegiado deve focar a área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família do município de Macapá.

No tocante ao processo de aprendizagem dos alunos do curso de Medicina, a UNIFAP possui também um ambiente de atividades de aprendizado denominado **Laboratório da Morfo-funcional** que, segundo o PPC (UNIFAP, 2008),

“[...] deve estar pronto para favorecer o estudo autogerido e o acesso aos materiais. [...] o aluno terá acesso a modelos anatômicos, lâminas das diversas estruturas do corpo humano, filmes, pôsteres, acervo de imagenologia e um aparelho ultrassonográfico” (p. 107).

O documento acrescenta que o objetivo do laboratório Morfofuncional é promover a integração dos estudos de anatomia, fisiologia, patologia, propedêutica e outras áreas do interesse médico num único espaço destinado a auto-aprendizagem (p.107).

Findo os quatro primeiros anos do curso, outra modalidade de ensino se apresenta como etapa integrante da graduação, constituída como estágio curricular obrigatório. É o **internato médico**, onde se evidencia o treinamento em serviço sob supervisão direta dos docentes da própria universidade. Compreende atividades de aprendizagem social, profissional e cultural proporcionadas ao estudante pela participação em situações reais de vida e

---



trabalho de seu meio, como uma complementação do ensino e inclui atividades do primeiro, segundo e terceiros níveis de atenção (UNIFAP, 2008, p. 69).

De acordo com o PPC, o internato objetiva proporcionar uma complementação do processo ensino-aprendizagem, como um instrumento de integração Universidade/Instituições de saúde sob a forma de treinamento prático, aperfeiçoamento técnico-científico, cultural e de relacionamento humano. Para viabilizar isso, as atividades têm carga horária de 80% do total (UNIFAP, 2008, p. 69).

O estágio visa oferecer para o aluno, uma visão prática do funcionamento de um serviço ou instituição de pesquisa e ao mesmo tempo leva a familiarizar-se com o ambiente de trabalho. Possibilita também condições de treinamento específico pela aplicação, aprimoramento e complementação dos conhecimentos adquiridos, indicando caminhos para a identificação de preferências para campos de atividades profissionais. Para a Universidade, propicia dentre outras questões, melhores condições de avaliar o profissional em formação (UNIFAP, 2008 p. 69).

Nesse contexto, o PPC prevê também as Unidades educacionais no currículo para o quinto ano do curso, na forma de internato. Para o primeiro semestre desta quinta série, o currículo percorre o caminho através das atividades de Clínicas Médica e Cirúrgica e no segundo semestre com as atividades de Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia no ambiente ambulatorial de especialidades e hospitalar.

E, finalmente, para o desenvolvimento das Unidades Educacionais da sexta série, o PPC (2008) explicita que no primeiro semestre, são executadas as atividades em Clínica Médica II e Urgências e Emergências (traumatologia) e no segundo semestre, as atividades de Estágio Rural (p. 43).

Ressaltamos que apesar de não ter sido mencionado na distribuição da Unidade educacional para a sexta série, o estágio em PSF se apresenta detalhado no ementário do estágio curricular (PPC UNIFAP, 2008 p.84,85,86).

---

Importante ressaltar que findo o ciclo de treinamento nas **clínicas** básicas da Medicina, as atividades desenvolvidas no Estágio Rural recolocam o aluno diante da Atenção Primária fornecendo a oportunidade de consolidação dos conhecimentos profissionais adquiridos ao longo dos anos.

Conquanto a proposta curricular distribuída pelos seis anos do curso - que confere completude ao projeto de formação preconizado - a presente avaliação focaliza o desenvolvimento da temática do SUS como conteúdo e como cenário de práticas que se concentra, particularmente, nos dois primeiros anos do curso de Medicina.

#### 4.2.2 O Ementário

##### ***Primeiro ano***

De acordo com o PPC, os conteúdos curriculares do primeiro ano do curso são previstos na unidade educacional identificada como “**Necessidade de Saúde I**”, que explicita de uma forma geral para o primeiro ano do curso, os seguintes conteúdos:

1. *“Identificação e explicação dos fenômenos envolvidos no processo saúde-doença:*

*- bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações-problema e na forma como o médico os utiliza;*

*- determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais do processo saúde-doença, para cada pessoa e para grupos e comunidades;*

2. *Identificação de necessidades de saúde (situações simuladas):*

*- história clínica e exame físico geral para a identificação de necessidades de saúde e de sinais e sintomas;*

3. *Elaboração de planos de cuidado (situações simuladas):*

*- promoção de estilos de vida saudáveis, segundo as necessidades de saúde identificadas”.*

---

A execução dos conteúdos elencados acima é organizada em seis módulos de ensino definidos como: “Introdução ao Estudo da Medicina”, “Concepção e Formação do Ser Humano”, “Metabolismo”, “Funções Biológicas”, “Mecanismos de Agressão e Defesa” e “Abrangência das Ações de Saúde” (p.44).

No **ementário desenvolvido no primeiro ano do curso** a orientação do PPC (2008) é direcionada às *“Políticas de Saúde do Brasil e do Amapá; ao Modelo Assistencial vigente na saúde Pública, o SUS; o papel do estado na saúde da sociedade; a Medicina Social e Coletiva, além da abordagem de avaliação das novas tecnologias em Saúde”* (p. 45).

Dentre os seis módulos de ensino para o primeiro ano, quatro merecem destaque por mencionarem explicitamente o ensino sobre o **SUS**.

**O primeiro módulo “Introdução ao Estudo da Medicina”** proporciona ao aluno a apresentação à metodologia do Aprendizado Baseado em Problemas (PBL), e um estudo detalhado sobre as Bases da Epidemiologia na saúde pública, os determinantes históricos da Reforma Sanitária Brasileira e bases do Sistema Único de Saúde, a evolução da História da Medicina, os Níveis de Assistência à Saúde no Brasil, o Programa Saúde da Família (PSF) e Atenção primária à Saúde (APS) (p. 45).

**O segundo módulo, “Concepção e Formação do Ser Humano”** viabiliza ao aluno compreender o funcionamento dos órgãos reprodutores feminino e masculino, no preparo para a concepção sob a regulação dos hormônios. Nestas circunstâncias remete ao **SUS** no tocante às condições determinantes do Planejamento Familiar e princípios da Atenção ao pré-natal.

**O sexto módulo “Mecanismos de Agressão e Defesa”** direciona o aprendizado para as diversas possibilidades de agressão ao organismo por agentes infecciosos estimulando mecanismos de resposta de defesa através da resposta imunológica. Realiza abordagem ao SUS no tocante às estratégias de Saúde Pública para a Vigilância de Agravos infectocontagiosos bem como aos programas Nacionais de Saúde para Imunização, DST-AIDS e combate às doenças endêmicas no Brasil.

---

**O último módulo da primeira série “Abrangência das Ações de Saúde”** se propõe oferecer condições aos alunos de construção de conhecimentos nas diversas áreas de saúde pública, valorizando os enfoques clínico, epidemiológico e social, a partir de fundamentos da epidemiologia na vigilância sanitária e epidemiológica. O módulo busca também viabilizar ao aluno, conhecer o sistema de atenção médica preventiva e curativa, despertando no estudante o espírito preventivista, indispensável para o atendimento e busca de soluções da problemática médico-social das pessoas e comunidade.

Os **cenários de prática** propostos para articular a teoria com a prática referente aos conteúdos citados acima, estão atrelados às atividades do módulo transversal **“Integração Ensino Serviço Comunidade-IESC”** e são representados pelas Unidades Básicas de Saúde do Município, Unidades de setores administrativos vinculados às Secretarias Estadual e Municipal de Saúde da capital e demais unidades de serviços especializados. Ressalta-se que não existe garantia através do IESC, que o aluno possa fazer remissão dos conhecimentos apresentados teoricamente, na prática, nos diferentes cenários de prática, com os problemas levantados nos espaços de discussão teórica.

**Os dois outros módulos** da primeira série **“Metabolismo”** e **“Funções Biológicas”** tratam exclusivamente de processos fisiológicos, biológicos e bioquímicos que favorecem ao aluno a compreensão das bases metabólicas corporais, celular e tecidual, que garantem a homeostase orgânica. Nestes módulos a perspectiva da integração desses conteúdos é projetada para acontecer nos espaços do laboratório da morfo-funcional, o que nem sempre acontece. Estas instruções, por sua vez, encontra eco no acompanhamento dos profissionais junto a doentes com suas patologias no cenário de práticas.

Acompanhando essas unidades, a **Prática Profissional I** (PPC, 2008), se destina ao aprendizado do acesso às informações via internet para realização de pesquisas necessárias no âmbito das metodologias ativas (p. 45).

---

### **Segundo ano**

No **ementário do segundo ano do curso** a orientação do PPC (2008) os conteúdos fazem remissão aos programas de atenção à saúde vigentes no SUS, em seus diversos níveis de atenção. Citamos a atenção ao pré-natal, parto e puerpério; crescimento e desenvolvimento infantil, dentre outros.

O PPC evidencia no conteúdo de Unidades educacionais da segunda série a orientação para que o aluno se torne capaz de elaborar plano de cuidados no sentido de:

- *“Promoção da saúde a partir da compreensão dos processos fisiológicos, subjetivos e socioculturais das pessoas – gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, sexualidade, envelhecimento e do processo de morte, atividades físicas, desportivas e as relacionadas ao meio social e ambiental”;*
- *“Prevenção de doenças a partir da compreensão dos processos fisiopatológicos das situações prevalentes, segundo perfil brasileiro de morbimortalidade em todas as fases do ciclo da vida”;* (p. 47).

A execução dos **conteúdos teóricos da segunda série** é organizada em seis módulos de ensino. Destes, três merecem destaque por realizarem referência ao **SUS**, sendo que para todos é explicitado o requisito sobre a *“atuação dos profissionais de saúde em equipe multiprofissional visando eficácia e efetividade no cuidado à saúde”* (p. 47).

**O primeiro módulo “Nascimento, Crescimento e Desenvolvimento”** proporciona ao aluno possibilidades de compreender os aspectos biopsicossociais relacionados ao crescimento e desenvolvimento do ser humano desde a fase intrauterina até a adolescência, fazendo menção ao **SUS** a partir dos diversos programas de Atenção Primária à Saúde contemplados nos diversos conteúdos do módulo (p. 47).

Destacamos neste módulo, o aprendizado relacionado a garantia da saúde materna através da assistência ao pré-natal; o direito à uma boa assistência ao recém-nascido na sala de parto, as ações de divulgação para a

---

importância do aleitamento materno exclusivo até o 6º de vida, o Programa Nacional de Imunização e calendário vacinal garantido pelo SUS, o acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da criança até os cinco anos de idade e os programas de prevenção à desnutrição e obesidade infantil.

**O terceiro módulo, “Processo de Envelhecimento”** viabiliza ao aluno compreender o processo de envelhecimento do ser humano quanto aos aspectos biológicos, psíquicos, e epidemiológicos. Articula com as políticas de saúde vigentes no **SUS** para atenção ao cidadão, bem como a relação familiar e ambiente social, visando a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

Módulo que faz referência ao SUS por diversas abordagens. O Programa de Saúde do Idoso introduz o aluno na legislação de proteção aos direitos do idoso através do Estatuto do Idoso, mas contempla também programas de atenção à saúde do idoso como o Hiperdia e outros.

No **quarto módulo da segunda série “Proliferação Celular”** o PPC orienta uma abordagem mais voltada para os processos biológicos e fisiológicos do organismo humano relacionados ao desenvolvimento normal e anormal das células. Apresenta tímida referência ao SUS quando aborda sobre as Políticas de Atenção ao Paciente com Câncer (p. 47).

Os outros três módulos da segunda série, **“Percepção, Consciência e Emoção”**, **“Locomoção e Preensão”** e **“Doenças resultantes de Agressão ao Meio Ambiente”** não remetem explicitamente o estudo sobre o SUS, considerando que tratam de temas referentes a anatomo-fisio-histologia dos órgãos dos sentidos, as doenças do aparelho locomotor e doenças decorrentes de alterações ambientais. Nestes módulos a perspectiva da integração desses conteúdos é projetada para acontecer nos espaços do laboratório da morfo-funcional, não havendo garantia de possibilidade de sua remissão aos cenários de práticas do SUS.

O documento explicita que na segunda série, a **Prática profissional II** orienta para o aluno ser treinado a ser capaz de diversas habilidades e competências, dentre elas citamos:

---

“demonstrar conhecimentos em realizar uma anamnese completa, obter dados antropométricos da criança e da gestante; demonstrar proficiência na realização do exame físico em adultos, crianças e RN normais; conhecer instrumentos e técnicas para exames físicos especializados: ginecológicos, obstétrico, retal, otorrinolaringológico e oftalmológico; compreender o paciente no seu contexto social, cultural e familiar; comportar –se adequadamente em sala cirúrgica assistindo um ato cirúrgico. realizar punção venosa; manusear equipamentos básicos em laboratório” (p. 48).

O PPC (2008) explicita que na **prática de Integração Ensino-Serviço-Comunidade** o aluno receba orientações gerais sobre:

“Atenção primária à saúde: organização, funcionamento e relações entre as Unidades Básicas de Saúde e níveis secundários e terciários de atenção. Introdução à metodologia científica. Epidemiologia e estatística aplicada à saúde. Ações e intervenções em equipes multiprofissionais de saúde” (p. 48).

No IESC, que propõe viabilizar a transversalidade dos conteúdos estudados, os **cenários de prática** são constituídos pelas Unidades Básicas de Saúde do Município, Unidades de setores administrativos vinculados às Secretarias Estadual e Municipal de Saúde da capital, Unidades Hospitalares da gestão estadual e demais unidades de serviços especializados, o que não constitui garantia de que o aluno entra em contato com todos os cenários de prática, diante da circunscrição dos problemas levantados nos espaços de discussão teórica da série.

### **Terceiro ano**

No terceiro ano do curso, a Unidade Educacional é executada a partir do Tema “*Ciclo de vida e Planos terapêuticos*”, sendo reiterada a relevância dos conteúdos que versam sobre o processo saúde-doença; os determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais relacionados ao processo saúde-doença para cada pessoa, grupos de pessoas

---

e comunidades; elaboração de planos terapêuticos individuais e coletivos, considerando o ciclo de vida para a promoção de vida saudável, prevenção de doenças e proposição de tratamento e reabilitação (p. 48 e 49). A propósito, tendo implícito a preocupação com a atenção primária, conforme preconiza o SUS, o PPC explicita dentre outras propostas, a de que o aluno se torne apto a elaborar planos de cuidados voltados para a:

1. *“Promoção da saúde a partir da compreensão dos processos fisiológicos, subjetivos e socioculturais das pessoas – gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, sexualidade, envelhecimento e do processo de morte, atividades físicas, desportivas e as relacionadas ao meio social e ambiental”;*
2. *“Prevenção de doenças a partir da compreensão dos processos fisiopatológicos das situações prevalentes, segundo perfil brasileiro de morbimortalidade em todas as fases do ciclo da vida”, e*
3. *“A atuação em equipe multiprofissional visando eficácia / efetividade no cuidado à saúde” (p. 49).*

Os referidos conteúdos estão agrupados nas seguintes temáticas: **“Dor; Dor Abdominal, Diarreia, Vômito e Icterícia; Febre, Inflamação e Infecção; problemas Mentais e de Comportamento; Perda de sangue e Fadiga, perda de peso e Anemias”** (p. 50).

A **Prática Profissional III** envolve as atividades relacionadas aos conteúdos teóricos estudados quando o aluno é treinado para ser capaz de:

*“desenvolver uma atitude facilitadora de comunicação frente aos diversos padrões de comportamento dos pacientes; saber orientar/educar família e comunidade; manusear instrumentos utilizados em procedimentos de baixa complexidade, conhecer técnicas e manusear instrumentos utilizados em procedimentos de baixa complexidade de urgência (assistência ventilatória, uso de monitores, desfibrilador, realização do ECG); conhecer a rotina de realização dos exames de laboratório de maior utilidade na prática médica geral; saber diferenciar exames de urgência e rotina, como são obtidos os resultados e tempo de realização dos exames; conhecer os principais interferentes nos exames mais comuns; dentre outros” (p. 51).*

---



As **atividades práticas** são orientadas para a realização a partir do **IESC II**. Os alunos participam de atividades em cenários da rede básica de saúde de Macapá vivenciando situações que versam e destacam sobre o *“papel do Médico nas Equipes de saúde da família; Conduitas clínicas em patologias de maior prevalência loco-regional; cuidar da saúde dos pacientes acamados; e Atuação em equipe multiprofissional de saúde”* (p. 52).

#### **Quarto ano**

No quarto ano do curso os conteúdos são desenvolvidos na Unidade Educacional denominada **“Apresentações Clínicas e Planos Terapêuticos”**, através dos módulos: Saúde da Mulher, Sexualidade Humana e Planejamento familiar; Distúrbios sensoriais, motores e da consciência; Dispneia, dor torácica e Edema; Desordens nutricionais e Metabólicas; Manifestações externas das doenças e Iatrogenias e Emergências.

No **ementário** do quarto ano (PPC, 2008) os módulos são abordados envolvendo problemas:

“reprodutivos, de gravidez e parto; distúrbios da consciência; desordens respiratórias, cardiovasculares, renais; epidemiologia das principais patologias envolvidas; Distúrbios nutricionais primários e secundários; doenças dermatológicas mais frequentes; e situações e patologias que constituem risco à integridade física e/ou mental dos indivíduos, epidemiologia de acidentes e envenenamentos” (p. 53).

A abordagem prática do quarto ano é desenvolvida por meio da **“Prática profissional IV”** (PPC, 2008) onde o aluno dentre outras situações, é treinado para ser capaz de:

“realizar com proficiência a anamnese e exame físico de consulta clínica geral e de especialidade, saber informar diagnóstico, planos de tratamento, comunicar más notícias, algumas técnicas de coleta de material biológico e procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade” (p. 53).

---

Destacando para que, nesse contexto, espera-se que o aluno se habilite para a *“realização de tratamento e reabilitação de doenças prevalentes segundo perfil brasileiro de morbimortalidade em todas as fases do ciclo da vida”* (p. 53).

Embora os conteúdos dos ementários das terceira e quarta séries não façam menção direta ao SUS, as práticas correspondentes são desenvolvidas nas atividades de Integração-Ensino-Serviço-Comunidade- IESC-, nas Unidades Básicas de Saúde do SUS, voltadas para *“o treino de habilidades em semiologia, raciocínio clínico e condutas terapêuticas”, o que pressupõe a vinculação entre teoria e prática na abordagem do SUS* (p. 54).

As etapas seguintes serão desenvolvidas no internato médico que apresenta uma estrutura diferenciada formada pelo coordenador do Internato e os coordenadores da cada estágio ou disciplinas:

- Coordenador da Clínica Médica
- Coordenador da Clínica Cirúrgica
- Coordenador da Pediatria
- Coordenador da Ginecologia e Obstetrícia
- Coordenador do programa Saúde da Família
- Coordenador de Urgências
- Coordenador do Internato Rural.

Nessa modalidade, conforme dispõe o PPC, os alunos serão divididos em pequenos grupos que serão alternados em rodízio para os estágios nas Clínicas: Médica, Cirúrgica, Pediátrica, Ginecologia e Obstetrícia, Urgências, Programa Saúde da Família (p.70).

Os campos de estágio serão as unidades de saúde ambulatoriais e hospitalares públicas de atendimento adulto e infantil do estado que disponha de profissionais de nível superior interessados na área de objeto, para supervisão.

---

Ao término desse rodízio, todos os alunos seguirão para o Internato Rural que terá a duração de cinco meses, desenvolvido sob a orientação de preceptores, de forma que cada grupo de alunos será encaminhado para uma determinada cidade do interior do estado do Amapá (p. 70).

### **Quinto ano – Internato**

O ementário contempla conteúdos distribuídos nos estágios supervisionados em:

1. Clínica Médica, com carga horária de 660hs e destas, 615hs de prática;
2. Clínica Cirúrgica, com carga horária de 660hs e destas, 615hs de prática;
3. Clínica Pediátrica, com carga horária de 675hs e destas, 615hs de prática, e
4. Clínica de Ginecologia e Obstetrícia, com carga horária de 675hs e destas, 615hs de prática.

A ementa correspondente aos estágios do quinto ano do internato apresenta itens em comum à ementa do sexto ano, para serem trabalhados em cada estágio específico. São eles:

- Anamnese e exame físico do paciente internado e de ambulatório;
- Avaliação diária da evolução clínica;
- Prescrição da terapêutica;
- Interpretação da evolução clínica, dos exames subsidiários ao diagnóstico e previsão prognóstica;
- Procedimentos básicos do internista.

Exceção é feita ao estágio de Programa Saúde da Família e no Internato Rural cujas ementas citaremos no momento oportuno.

---

Ressaltamos as particularidades existentes nos estágios abaixo:

- No estágio em Clínica Médica, serão desenvolvidos plantões em clínica médica;
- No estágio em Clínica Cirúrgica, serão desenvolvidos procedimentos básicos em cirurgia, revisão de temas básicos em cirurgia e participação em campo cirúrgico;
- No estágio em pediatria, serão desenvolvidos plantões em emergência de pediatria;
- No estágio em ginecologia e pediatria, serão desenvolvidos plantões em urgência ginecológica e obstétrica.

#### **Sexto ano – Internato**

O ementário contempla conteúdos distribuídos nos estágios supervisionados em:

1. Programa Saúde da Família com carga horária de 645hs e destas, 615hs de prática;
2. Urgência e Emergências, com carga horária de 660hs e destas, 615hs de prática;
3. Internato Rural, com carga horária de 630hs e destas, 615hs de prática.

A ementa correspondente ao estágio em Programa Saúde da Família considera que o aluno realize:

- “Anamnese e exame físico dos pacientes que procuram os postos de atendimento das equipes de saúde da família;
  - Acompanhamento de famílias durante o estágio, monitorando as principais patologias da comunidade local;
  - Solicitações e interpretação dos exames subsidiários ao diagnóstico, interpretação da evolução clínica e previsão prognóstica;
-

- Procedimentos básicos do internista em procedimentos clínico-cirúrgicos;
- Promover ações de saúde e de prevenção de doenças” (PPC UNIFAP, 2008 p.85 e 86).

Na ementa do estágio em “Urgência e Emergência” a particularidade a considerar relaciona-se às atividades de Revisão dos temas de emergências clínico-cirúrgicos e participação dos alunos em campos cirúrgicos (PPC, p. 87).

Na sequência segue-se o Internato Rural cuja metodologia pedagógica utilizada é explicitada no PPC (2008) esclarecendo que o convênio entre a Universidade e a Prefeitura Municipal de outras localidades é o instrumento legal que viabiliza a participação dos alunos nas referidas unidades de saúde locais.

No internato Rural cada cidade receberá um grupo com 04 (quatro) alunos, ou mais, ou menos se necessário, sendo supervisionados pelo médico responsável escolhido pela Coordenação do Internato. Desenvolverão atividades de atendimento ambulatorial, atividades de educação para a saúde, palestras e campanhas, sob supervisão de um docente. As atividades serão complementadas pelas reuniões científicas do corpo clínico e por atividades didáticas específicas para os internos, tais como: sessões clínicas, revisão e atualização de temas e etc. (PPC, 2008, p. 87, 88).

#### **4.2.3 Processo de Avaliação**

A construção do PPC, coerente com a metodologia crítica e reflexiva, enfatiza o processo avaliativo como requisito de acompanhamento contínuo das experiências de aprendizagem, sendo consistente com o desenvolvimento do processo de construção do conhecimento, pautado no diálogo entre os sujeitos do processo, de forma a estabelecer estratégias que possibilitem a recuperação do acadêmico no processo, respeitando o percurso de formação (PPC, p.92).

---

Nestes termos, o PPC preconiza que a avaliação será formativa e somativa. A **formativa** utilizará a auto-avaliação e a avaliação realizada pelos demais membros do grupo sobre a atuação de cada um, realizadas verbalmente ao final das atividades permitindo correção de fragilidades e a melhoria do processo. A **somativa** busca avaliar os saberes e a prática profissional, relacionados ao desenvolvimento de competência e aos objetivos gerais do programa, observados os critérios definidos.

O PPC (UNIFAP, 2008) considera que a avaliação do rendimento escolar ocorre mediante atribuições dos conceitos satisfatório e insatisfatório nas avaliações das atividades das unidades educacionais referentes ao ano letivo, havendo uma correlação entre critérios já utilizados pelo sistema de avaliação da Universidade (p. 93).

A avaliação do estágio curricular será realizada ao término de cada estágio de clínica básica, devendo ser preenchida uma ficha de Avaliação pelo coordenador de cada disciplina atendendo os prazos estabelecidos pelo calendário da UNIFAP.

Tais avaliações são apontadas como requisitos para o aprimoramento e/ou o reordenamento do sistema de ensino-aprendizagem.

---

## **Resumo**

O PPC justifica o curso no sentido de preparação de profissionais para a região e adota a preocupação para atuar no SUS atendendo o que orienta as DCNs, que aproxima o aluno da realidade do SUS favorecendo a uma aprendizagem do cuidar do ser humano de forma integral e particular utilizando o conhecimento construído para transformar a realidade.

A opção pelo PBL foi lastreada pela perspectiva de inserir o aluno no cenário de práticas em contato com os serviços de atenção primária desde o primeiro ano, para tanto, adota a metodologia do PBL que preconiza a participação ativa do aluno. Visando o aprendizado pela prática, ele se volta para a resolução de problemas ancorados na realidade da assistência à comunidade.

No tocante à estrutura curricular do curso evidenciamos que no primeiro e segundo anos do curso os módulos de ensino disponibilizam os conteúdos relacionados com o SUS e a relação com a prática já se faz via IESC nas UBS acompanhando profissionais da saúde e também na ESF, a partir dos diversos cenários de prática definidos previamente.

No terceiro e quarto ano evidenciamos que prevalece a abordagem clínica da medicina e valorizadas as atividades de atenção ambulatorial na rede básica de saúde, o papel do médico nas equipes de ESF e a interdisciplinaridade, ficando por conta do IESC estas abordagens, não necessariamente entre os módulos.

No quinto e sexto anos do curso as atividades são prioritariamente de cunho prático. Desenvolvidas através dos estágios nas especialidades, mais voltadas para a participação nos ambulatórios de especialidades e ambiente hospitalar. Porém, retoma para atenção primária à saúde através do estágio em PSF e Internato Rural, este último com duração de cinco meses, onde o aluno exercita as funções profissionais no atendimento ao usuário sob a supervisão de um orientador, não só acompanhando os preceptores como nos anos anteriores.

---

### 4.3 O Ensino do SUS na Graduação Médica da UNIFAP

#### 4.3.1 Perspectiva do Reitor

O reitor da UNIFAP é Farmacêutico, Pós-Doctor em Farmacologia e foi autor da proposta do projeto de implantação do curso de medicina da UNIFAP. É reitor da UNIFAP há seis anos e meio e participa como docente do curso de Medicina desde a sua fundação.

A propósito do **planejamento de formulação do PPC** o reitor relata que: *“o planejamento do PPC do curso foi interessante porque exigiu um estudo prévio sobre as novas concepções de ensino médico no Brasil e no mundo”*. Para isso, fez várias viagens de consultas em universidades que estavam com cursos de medicina recém-implantados, como as Universidades de São Carlos, Ouro Preto e Tocantins. Nestas consultas, fez discussões com os gestores, mas principalmente com os reitores, que mesmo não tendo formação na área da saúde, passaram informações importantes quanto às questões administrativas dos cursos e também, quanto à nova concepção de ensino, ressaltando o recurso ao método PBL:

*“Das universidades visitadas, a de Tocantins era a única com ensino tradicional, mesmo assim, o reitor da UNITO também relatou dificuldades existentes no ensino médico tradicional. Diante destas considerações optou trabalhar o projeto para PBL”*.

O reitor considera interessante a proposta para o curso em relação ao SUS:

*“a interação com o SUS é muito interessante, pois pela observação própria e pelo que foi repassado pelos outros reitores, há um amadurecimento mais rápido e maior em relação aos estudantes”*.

---



Na construção do PPC existiam poucas pessoas para trabalhar no projeto:

*“Era eu, a pró-reitora de graduação, e uma médica simpatizante da ideia do projeto que decidiu ajudar na construção, a princípio de forma voluntária. O trabalho iniciou a partir das situações apresentadas nos relatos dos gestores das universidades visitadas”.*

A contextualização histórica de saúde no Amapá ilustra na introdução do PPC, ressaltando as doenças emergentes e as doenças tropicais da região: *“O projeto foi muito elogiado no Ministério da Educação por ocasião da sua apresentação por se tratar de um projeto real que retratava bem a realidade do Amapá”.*

Dos profissionais que contribuíram na construção do projeto pedagógico do curso, fazem parte do colegiado de medicina hoje, o reitor, e mais duas professoras. Acredita que o primeiro concurso foi mais preocupado com o perfil do candidato ao cargo no sentido de concepção do projeto e o método PBL: *“Houve treinamento inclusive para os primeiros professores aprovados quanto à metodologia de ensino”.*

O reitor percebe que:

*“o modelo de ensino permite que aconteça avaliação constante. Nas atividades de aula em farmacologia, o reitor percebeu que os alunos de medicina da UNIFAP, devido o método, estão mais maduros quando compara com alunos de outras faculdades em que ele ministrou aulas em São Paulo e Minas Gerais, que adotam o modelo tradicional de ensino. Por esta experiência, ele realiza avaliação comparativa entre os dois métodos, em vários momentos, porque o método pede que isso seja feito”.*

Na avaliação do modelo integrado de ensino envolvendo a temática SUS, o reitor considera que o método PBL exige muita dedicação por parte dos professores e alunos. O docente tem uma carga de trabalho muito grande, além das outras atividades. Reconhece que é difícil o docente da Medicina ter dedicação exclusiva para o ensino.

---

Considera de grande importância a articulação existente entre o método PBL e a concepção de atuação dentro do SUS. Na farmacologia, levando em consideração o método, ele trabalha com todos os programas terapêuticos implantados pelo Ministério da Saúde e reconhece que alguns profissionais formados, com especialização e tudo o mais, não conhecem a existência desses programas. Cita por exemplo a hipertensão arterial em que ele trabalha com os alunos o programa existente no MS para essa patologia. Isso permite concluir que o aluno do curso desde cedo já aprende na prática como funciona o SUS. Então, a integração com a realidade é extremamente importante no método.

Quanto à situação atual do ensino teórico e prático sobre o SUS no curso de Medicina, o reitor afirma que sente a necessidade de uma maior inserção dos alunos nos serviços do SUS. Para isso, já assinou convênio com as prefeituras dos dezesseis municípios do estado e com a secretaria de estado da saúde, além de visitas realizadas em algumas cidades, pois a ideia é justamente que o aluno do quarto ano realize algumas ações nos municípios para consolidar em outros ambientes do SUS o que vêm aprendendo nos serviços de saúde da capital.

O reitor acredita que:

*“a participação do aluno nos cenários de prática do SUS desde o início do curso é de grande importância para a valorização da atenção primária em saúde, bem como permite com que o aluno compreenda a questão social do usuário, proporcionando que o aluno perceba a importância do cuidado integral ao paciente ainda no processo de formação médica”.*

Não existe nenhuma dúvida de que o PBL permite desenvolver um comportamento mais crítico com relação aos problemas apresentados e também na concepção de resolução dos problemas, o que considera extremamente importante. Na prática, por exemplo, na fisiologia, os alunos propõem alternativas para resolução de problemas apresentados: *“Com certeza o método contribui para a formação do profissional como cidadão”.*

---

O reitor considera o método PBL um facilitador na aquisição de habilidades para uma abordagem humanizada junto ao paciente assim como a construção de uma atitude responsável em transformar uma realidade. Em experiência realizada com alunos da terceira série na prática do eletrocardiograma em que os pacientes foram os alunos da Universidade da Maturidade, ele afirma:

*“fiquei impressionado com a forma como os alunos da medicina realizaram as orientações aos alunos da Maturidade, pessoas com mais de 60 anos. Aí se observa uma concepção diferente do ser médico”.*

A transversalidade da prática desde o início do curso contribui para que se estabeleça o pensamento da multidisciplinaridade, mas ressalta o cuidado que deve haver por parte do aluno na avaliação do seu aprendizado. No diálogo com alunos de escolas com ensino tradicional eles ficam confusos:

*“eles não sabem definir dentro do PBL onde está a cardiologia, a pediatria, a ginecologia... O conhecimento integrado proporciona um amadurecimento integrado, o que é totalmente diferente do aprendizado no modelo tradicional que é compartimentalizado”.*

A forte influência do modelo tradicional no cenário do ensino médico é algo que, na opinião do reitor, vai marcar por muito tempo porque grandes universidades ainda adotam esse modelo, como a UFMG, Escola Paulista de Medicina, a UFRGS. São grandes nomes dentro da medicina que provocam influência no pensamento do aluno do método PBL.

O reitor considera que é boa a aceitação dos alunos do curso com relação à temática do SUS e atribui isso à inserção do aluno no cenário prático em nível ambulatorial desde o início do curso. Acredita que a vivência na prática, mesmo que em caráter de observação é bem aceito e ressalta que a baixa desistência do curso de medicina no Amapá (quando avalia com a estatística no Brasil), leva-o a considerar que,

---

*“é interessante se nós observarmos a influencia para a baixa desistência do curso já que no método tradicional eles iniciam a vivência prática a partir do quarto ano do curso. O reitor acredita também que a vivência no SUS contribui para o próprio entendimento do papel de ser médico”.*

O método PBL é um modelo de ensino para formar médicos cidadãos, preocupados com as questões sociais da população com quem convive. Afirma também que *“é um método que necessita de grande dedicação por parte dos professores e alunos”.*

Na qualidade de gestor ele questiona a aplicação do método dentro de uma Universidade Pública Federal onde a burocracia impede que médicos com grande experiência prática participem do curso, por exemplo, devido à questão de carga horária: *“é um método que precisa de profissionais com grande experiência prática para imbuir dentro da metodologia PBL”.*

O curso de Medicina da UNIFAP é o único do estado, cujos profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde e nos hospitais, que recebem os alunos no cenário de prática, na quase totalidade foram formados no método tradicional de ensino: *“Esses profissionais não entendem porque um aluno do primeiro ano já participa de visitas nas UBS e nos hospitais mesmo como observado r. Considero isso um forte entrave”.*

Conclui o reitor, citando a **necessidade urgente da criação de um hospital universitário** que faça parte da Universidade Federal do Amapá, pois assim todos os profissionais que prestarem serviço no hospital serão conhecedores do método PBL adotado para o ensino-aprendizagem da medicina bem como suas particularidades.

---

**Resumo**

Idealizador do projeto do curso de Medicina na UNIFAP, o reitor afirma que o método PBL é uma importante estratégia de ensino, que viabiliza o estudo sobre o SUS. Reconhece ainda que a aplicação do aprendizado teórico atrelado à prática proporciona o amadurecimento do aluno na construção do seu conhecimento de forma mais precoce, quando comparado com o ensino tradicional, na medida em que propicia o desenvolvimento do espírito reflexivo e ativo para propor soluções, característica desenvolvida a partir da vivência prática com a comunidade através dos cenários do SUS.

Por outro lado, o Reitor aponta dificuldades, indicando a necessidade de ampliar os cenários para permitir a maior inserção dos alunos nos serviços. A preocupação se deve à importância que a vivência na prática proporciona para a valorização da atenção primária na consolidação do aprendizado teórico.

Outro entrave apontado refere-se às questões administrativas e burocráticas envolvendo a carga horária de trabalho dos professores e a participação de médicos com experiência prática na composição do corpo docente do curso.

A propósito, o reitor cita a formação dos preceptores e docentes do curso ter sido realizada no modelo tradicional de ensino. Isto, segundo ele, constitui um desafio, visto que os preceptores que recebem alunos na atenção básica ainda não compreendem bem a presença de alunos de primeira série acompanhando as atividades de profissionais numa UBS, mesmo que apenas como observadores.

---

### 4.3.2 Perspectiva da coordenação do curso

A coordenadora do curso é médica e Doutora em Oftalmologia. Ela participa do curso como docente há três anos e assumiu recentemente a função de coordenadora tendo completado um ano no exercício desta função em maio de 2013. Quando iniciou as atividades docentes, o curso já estava implantado, ou seja, o projeto pedagógico do curso já havia sido elaborado.

Conhecedora do PPC, a entrevistada destaca que o **PPC atende às novas diretrizes curriculares nacionais** na medida em que prevê que o aluno seja inserido no cenário de prática, o SUS, desde os primeiros momentos do curso quando eles vão para as unidades básicas de saúde. Ela acha interessante a ideia de **vincular os alunos a uma determinada comunidade**, desenvolvendo o aprendizado de percepção com outro olhar, como cuidar de uma família dentro do espaço da comunidade, e não somente no ambiente hospitalar.

Em se tratando de avaliação do modelo de ensino, na atual gestão, a coordenadora questionou se deveria ser mantido o modelo em vigor, conforme foi planejado, ou se passariam ao modelo tradicional, considerando as dificuldades encontradas na execução do curso. A decisão aprovada foi de manter o modelo em vigor.

A coordenadora ressalta **“a ausência de uma avaliação por parte dos alunos, identificando a necessidade de implantar essa prática considerando o modelo de avaliação como instrumento de gestão para o curso”**.

Quando indagada sobre **a propriedade com que o modelo integrado de ensino está sendo executado**, a coordenadora acha que,

*“ainda não está concretizado. A proposta do projeto é que se consiga de fato integrar as áreas clínicas com as áreas básicas [...] por ser um projeto inovador, com uma metodologia ativa, diferente do que todos nós hoje, professores do curso, fomos formados”*.

---

Segundo a coordenadora,

*“existe dificuldade dos professores entenderem realmente como seria a metodologia, como sua execução. Na verdade, eu acho que no papel o projeto é muito bonito, é fácil de ver, de entender, mas na execução ele é bastante trabalhoso. Ele requer muito dos profissionais, pois exige um desconstruir do modelo em que nós fomos formados e um reconstruir bem diferente do que estamos acostumados. Este processo de adaptação a um novo modelo foi durante algum tempo, muito difícil de ser conduzido, mas eu acho que agora nós passamos por um momento que eu acredito ser esperançoso”.*

A entrevistada acredita que os professores novos já entram sabendo que o curso é nessa metodologia, e reconhece que,

*“eles vêm com uma cabeça um pouco mais aberta, de tentar ajudar para que se concretize a integração necessária para o curso como um todo, ou seja, a integração do aprendizado na prática com o conteúdo ensinado na teoria de forma integrada inclusive nos conteúdos das áreas básicas tornando realidade a aprendizagem significativa”.*

Na opinião da coordenadora este ano anuncia boas perspectivas. Apesar das dificuldades, identifica que o apoio que o curso recebe da instituição é fundamental para a condução do processo de melhoria na qualificação do curso, principalmente no que se refere ao planejamento e desenvolvimento docente, prioridade de se implementar neste ano.

Quanto aos conteúdos relativos ao SUS no curso, a coordenadora refere que,

*“na medida do possível a gente está conseguindo fazer. Existem dificuldades! Como exemplo, a estrutura física que as unidades básicas de saúde apresentam além da formação dos profissionais que atuam na ponta atendendo aos usuários do SUS e aos nossos alunos”.*

*“a maioria dos profissionais que recebe os alunos nos cenários de prática, não é docente do curso de medicina; eles são pessoas que voluntariamente se propõem a ajudar nas*

---

*atividades de formação no curso, sendo que às vezes eles não têm a compreensão do que seria a estratégia de integração dos conteúdos. É nesse sentido que se entende a importância de realizar o desenvolvimento docente incluindo nessa formação, os profissionais que se encontram na ponta realizando os atendimentos no SUS e orientando os alunos”.*

Sobre a **situação atual do ensino relativo a integração entre teoria e prática**, a coordenadora considera que *“ela está um pouco compartimentalizada”*. Até o momento, os conteúdos das cadeiras básicas são ministrados no modelo tradicional, em aulas expositivas. Por conta disso, *“talvez os alunos tenham um pouco mais de dificuldade de entender ou de integrar os conteúdos como se pretende”*.

A coordenadora refere ainda que,

*“outra falha grande que [o curso] tem e devemos correr atrás é a questão da avaliação dos alunos”. A primeira oficina [para os docentes] tratará de avaliação, no sentido de capacitar [os docentes] para outro olhar em relação a avaliação”.*

Na perspectiva da metodologia crítica adotada a avaliação deve ser formativa além de somativa. A coordenadora acredita que todas as formas de avaliação são muito importantes. Além da prova que mede conhecimento, tem a questão de se avaliar as habilidades e competências a serem apreendidas pelos alunos.

A entrevistada avalia que **o contato com o paciente na rede do SUS desde o começo do curso** permite que [o aluno] tenha uma perspectiva de um olhar mais humanizado para com o paciente, fundamental que o médico apresente por considerar primordial no atendimento [ao paciente], o *“como atender”, “como conversar”*, a importância do *“olhar o outro e saber [entender] o que o outro sente”*.

A coordenadora considera **essencial e importante o modelo da atenção primária**. Acredita que a entrada dos alunos no cenário de prática nas Unidades de Saúde do SUS deverá constituir um fator positivo. Porém lamenta porque,

---



*“na teoria [o projeto] é muito bonito. O modelo seria muito bom se ele não apresentasse problemas na sua execução, que é o gargalo hoje”.*

No modelo pedagógico adotado no curso de Medicina da UNIFAP, o **aluno participa junto à comunidade** durante um longo período de tempo. A coordenadora acredita que se estabeleça um vínculo entre alunos e comunidade, gerando a possibilidade de um ambiente para *“a percepção da dor, dos problemas e dificuldades do outro”*.

*“O aluno passa a entender que pode funcionar como uma peça de mudança, que ele tem essa capacidade de levar informações e propostas que possam mudar a vida das pessoas... eu acho bem interessante, acho que colheríamos bons frutos”.*

A propósito do **desenvolvimento das competências e habilidades na abordagem humanizada** junto à população, a entrevistada refere que:

*“se nós conseguirmos fazer com que o aluno entenda algumas coisas que o projeto propõe, por exemplo, conhecer a comunidade, realizar uma abordagem acolhedora, saber como conversar, considerando a habilidade de comunicação, de trabalhar em grupos... naturalmente vai se desenvolver a habilidade desejada”.*

A formação médica no modelo tradicional condiciona a que os profissionais se acostumem a trabalhar isolados, mas é fundamental que o aluno perceba que pode trabalhar fazendo parte de uma equipe e que essa equipe pode ter alto desempenho onde a produção de trabalho é maior e melhor.

*“É importante que ele perceba isso desde o começo, que ele compre essa ideia porque, como eu digo, o planejamento do curso é difícil de ser executado já que o médico NÃO tem [facilidade] nessa capacidade de trabalhar em equipe. Eles trabalham muito bem individualmente e quando você propõe planejar em equipe é muito complicado porque eles estão acostumados a serem resolutivos autonomamente [...]”.*

---

Nesse sentido, a entrevistada afirma que *“a implantação é difícil porque eu tenho que conseguir [humanizar e trabalhar em equipe] internamente e executar o que o PPC de medicina está propondo”*. Acredita a coordenadora, que a pior fase talvez já tenhamos passado. Houve uma sensibilização e uma pactuação de que o grupo precisa realmente aprender a trabalhar em grupo considerando o modelo a ser apreendido pelos alunos do curso

Na **transversalidade da prática desde o início do curso** a coordenadora acha que o fato de o aluno estabelecer um contato com outros profissionais da saúde ao longo dos anos, ele [aluno] possa perceber, nas diversas etapas de sua formação profissional, que ele [aluno] está sendo formado para atuar nos diversos níveis de complexidade da assistência à saúde das pessoas respeitando a integralidade do paciente e considerando que seu compromisso com a saúde das pessoas inicia na atenção primária, desde a prevenção até o tratamento de doenças que exigem tecnologias modernas, de ponta, em nível terciário de complexidade.

Nesse contexto, o importante é que o aluno assimile que a humanização e a integralidade na forma de atenção ao cidadão, deve acontecer em qualquer função que o profissional médico esteja desempenhando, e que deve se fortalecer durante o curso um olhar... da humanização, da comunicação.

A coordenadora refere que a **aceitação da temática do SUS pelos alunos** é boa. É preciso lidar com as dificuldades dos alunos a respeito de suas aspirações em relação ao que é ser médico. Na visão da coordenadora os alunos não veem nenhum problema na abordagem à temática do SUS no curso. Ressalta que durante muitos anos a formação médica foi muito tecnicista, nestas condições segundo a coordenadora,

*“para o aluno de medicina estar numa UBS não é ser médico [...] ele quer ir pro hospital, ver cirurgia, ver alta complexidade, ele não entende que medicina não é só isso [...]. Na verdade o grosso da medicina é a atenção primária à saúde, e que se fizermos bem o nosso trabalho na APS, muito do que chega na atenção terciária será minimizado”*.

---

Em desenvolvendo bem a função de orientar para a importância da prevenção de doenças, a coordenadora refere que,

*“o profissional médico proporcionará na verdade uma melhor qualidade de vida para os pacientes e até para nós mesmo no futuro porque a grande importância da medicina hoje é voltada para a atenção primária à saúde, priorizando prevenção das doenças, [...] é orientar o paciente para que ele entenda a sua doença garantindo total adesão ao tratamento pra que ele não apresente complicações que o leve a recorrer de assistência na alta complexidade”.*

Não se trata de que a especialização esteja fadada a acabar. Na verdade *“as coisas vão caminhar sempre juntas”*. A coordenadora entende que a proposta agora é tentar fortalecer a atenção primária à saúde justamente **para** que os diferentes níveis de atenção à saúde realizem bem o seu papel.

A coordenadora considera muito importante conhecer a percepção dos docentes em relação ao curso e em especial quanto à temática do SUS. Ela entende que *“se não funcionar isso, não pode funcionar o resto, considerando que é fundamental para que o curso desenvolva bem sua missão”*.

É fundamental que todos os professores tenham a mesma percepção. Talvez seja necessário promover um desenvolvimento docente nessa área para que se estabeleça um alinhamento no nível de entendimento e importância da temática no curso. Ela considera que essa questão é *“super importante”*.

Valorizando a oportunidade da presente investigação ela ressalta a importância em realizar uma reflexão sobre as condições da aproximação à atenção primária à saúde. Ao final da entrevista ela sugere a apresentação dos resultados para o colegiado do curso no sentido de alimentar reflexões e discussões no grupo, no que a coordenadora acredita que esta reflexão pode ser ***“um momento importante como promotor de crescimento para o colegiado do curso de medicina da UNIFAP”***.

---

**Resumo**

A coordenadora do curso está há um ano na função e considera que o modelo de ensino empregado no curso de medicina da UNIFAP é o caminho adequado para viabilizar um perfil do egresso com vistas ao estabelecimento do vínculo do aluno com a comunidade, a partir da inserção do mesmo no cenário de prática do SUS.

Reconhece que há, entretanto, dificuldades para efetivação das atividades planejadas no PPC (UNIFAP, 2008), uma vez que o modelo integrado de ensino não está concretizado. As áreas básicas ainda não conversam com as áreas clínicas e há dificuldade de execução da metodologia por falta de entendimento dos docentes.

Há entraves na compreensão da estratégia de integração dos conteúdos (modulares) pelos profissionais/ preceptores que atuam na ponta e recebem os alunos, destacando-se que a maioria destes preceptores foi formada no modelo tradicional de ensino, ao lado das limitações da estrutura física das UBS. No entanto, apesar das dificuldades, o desenvolvimento das competências e habilidades de comunicação e de trabalhar em equipe, estão sendo assimilados pelos alunos, permitindo que eles percebam durante o caminho de sua formação, que estão sendo ensinados para atuar nos diversos níveis de atenção.

A temática SUS é bem aceita pelos alunos, sendo relevante apontar para o fato de que é necessário desconstruir a ideia de que ser médico é atuar no nível terciário de atenção, alertando-os para a importância da atenção primária à saúde.

É fundamental que o ensino em atenção primária esteja presente desde o início do curso e que se estabeleça a integração do ensino sobre o SUS entre docentes e preceptores.

---

### 4.3.3 Perspectiva dos Tutores

Todos os tutores referiram **conhecer a proposta pedagógica do curso de medicina da UNIFAP** em relação ao ensino do SUS:

*“A proposta do nosso projeto é a formação do médico generalista... capaz de atuar nos diferentes níveis de atenção básica até a alta complexidade do cidadão...levando em consideração a assistência global na rede pública” (T 3).*

*“Na universidade o PPC visa principalmente a integração do aluno com o paciente do SUS...nesse sistema, o IESC é voltado justamente para as unidades básicas de saúde... e os alunos frequentam desde o primeiro ano as UBS, o que não acontecia no ensino tradicional” (T 7).*

*“Segue as diretrizes do MEC e do SUS... Em relação ao SUS, para a formação mais humanizada e com visão na multidisciplinaridade, e com os objetivos do SUS contemplados nos objetivos do módulo” (T 8).*

A incorporação desta temática variou, entretanto, entre os entrevistados.

Um dos tutores refere que não conhece o conteúdo do SUS no projeto em sua totalidade: *“Sei o que todo profissional de saúde, aluno ou não tem a obrigação de saber” (T1).*

Manifestando uma apreensão restrita do papel do SUS no PPC um dos tutores especificou que esta temática *“está na página 20 do projeto, e é o único local que a gente vê uma referência ao SUS... por incrível que pareça” (T 4).*

Outro tutor refere que conhece o conteúdo do SUS no PPC, mas sente a necessidade de um treinamento voltado para a questão pedagógica, para qualificar sua função de docente: *“Os assuntos referentes à didática, a parte que não é muito ligada à medicina eu tenho algumas dúvidas. Eu queria fazer um curso mesmo, mas eu li e acho muito interessante” (T 6).*

---

Na verdade, a maioria das respostas foi de que o método favorece o ensino sobre o SUS:

*“à medida que contempla a integralidade no atendimento, a inserção nos cenários de prática e ensina a multidisciplinaridade”, e considera ainda que “os princípios do SUS estão voltados exatamente nesse modelo” (T 2).*

Nessa vertente positiva uma tutora reforçou o posicionamento de que o modelo favorece o ensino do SUS e isto se aplica tanto na teoria quanto na prática, e que desde a concepção do PPC já era considerado relevante essa questão:

*“Nós tivemos a preocupação, durante a construção do projeto pedagógico, que a temática do SUS fosse incluída desde o primeiro ano. Os alunos abordam esse tema sob a forma de sessões tutoriais onde eles têm uma formação teórica a respeito do assunto e de forma concomitante nos cenários de prática, que durante todo o primeiro ano até o quarto ano, são desenvolvidas nas UBS” (T 3).*

*“(...) Acho que o modelo suscita a imersão do aluno desde o início do curso já dentro do sistema Único de saúde, seja nos seus princípios teóricos e favorece também o aprendizado prático” (T 5).*

*“o modelo é um favorecedor para a descentralização do hospital, e que visa diminuir o impacto da especialização médica” (T 06).*

Outros entrevistados consideraram estar aprendendo a formar médicos com perfil para atuar no SUS, acreditando no potencial dos egressos desse curso que utiliza o PBL:

*“ele favorece para o ensino do SUS porque os alunos entram em contato desde cedo com o paciente do SUS nas UBS e favorece muito o relacionamento do aluno com estas unidades. Como sabemos, os alunos serão os futuros professores e que já terão uma boa relação no ensino do SUS futuramente, não só nós que estamos aprendendo, mas eles que já virão com esta capacidade de ensinar no SUS” (T 7).*

*“é uma oportunidade que no ensino tradicional a gente praticamente não tem. A vertente do PBL no ensino médico dá uma condição maior dessa formação mais humanizada, e é*

---

*centrada..., mais preocupada com os cuidados básicos,... portanto, de acordo com o SUS” (T 08).;*

*“acho que ele realmente melhora muito a abordagem do novo médico que vai sair desse curso. A ideia de SUS, de comunidade, de ir pra área... que é diferente das subespecializações” (T 9).*

Dois tutores concordaram com os demais no sentido de que o modelo é favorecedor para o aprendizado do SUS, porém acrescentam ressalvas: *“considero essencial, mas precisa ser sistemático, dinâmico e provocador” (T 1).*

*“Nosso curso de medicina tem que ser redimensionado... porque salvo engano, tem uma fase teórica no primeiro ano. [...] o que eu percebo é o seguinte: não há durante o curso reforços teóricos em relação à questão do SUS e não tem um estudo profundo na questão da legislação. Por exemplo, poderíamos ter incorporado como prática visita ao setor de planejamento da SES onde tem uma pessoa que entende muito de SUS, porque senão... o aluno vê a parte teórica e com o passar dos anos ele vai focando na questão técnica e vai se perdendo nas diretrizes. [...], até mesmo dentro da UBS ele não se percebe dentro do SUS como política de saúde (T 4).*

Na metodologia adotada ficou evidente que **os alunos manifestam mais interesse pela temática SUS do que nos cursos tradicionais**. A unanimidade das respostas foi de que é evidente sim, o interesse pelo tema SUS na metodologia proposta pelo curso de Medicina da UNIFAP. Uma tutora aponta que o método evita a dissociação básico-clínica, princípio essencial no PBL:

*“sim! Eu acho que a metodologia favorece porque eles têm esse contato logo no início do curso, o que evita a separação, a dissociação entre o conteúdo básico e só mais tarde a clínica. [...] então o aluno passa a ver o ser humano de uma forma mais humana, mais integrada com as condições sócio-econômicas e também sanitárias do indivíduo. De uma maneira concomitante ele vai aprendendo a anatomia, a fisiologia,... as ciências básicas” (T 03).*

---

Outros tutores ressaltaram a importância dos alunos passarem a conhecer o SUS, se qualificam no sistema e situam-se dentro dele:

*“Com certeza! Eu penso que nos cursos tradicionais a abordagem é simplesmente teórica e o desinteresse vem muito rápido. Aqui eles veem a teoria e no primeiro ano eles já conhecem os centros de saúde, eles conhecem a rede do SUS” (T 04).*

*“com certeza... eles... de certa forma, como o ensino é baseado em problemas, [...] essa discussão suscita uma ampliação do conhecimento na troca com os tutores... e... já os qualifica dentro do sistema... eles já se sentem desde o começo do curso fazendo parte do sistema único de saúde” (T 05).*

*“é porque já vive a temática do SUS dentro da sala de aula... Os alunos são cada vez mais exigentes... Eu sinto que o pessoal do segundo ano tem um grau de exigência maior que de primeiro... do terceiro ano, maior ainda... então eu acho que isso é uma bola de neve... cada vez a exigência é maior dos tutores... e sim eu vejo interesse nos alunos, bastante interesse” (T 06).*

Um dos tutores comparou com o ensino tradicional, que despertava a vontade da especialização em contraposição com a formação generalista no novo modelo, explicitando:

*“tenho certeza disso! Com o PBL nós vimos os conteúdos todos voltadas para os pacientes do SUS, (...) no sistema tradicional de ensino tínhamos sempre a vontade de ser especialistas... era um ensino que levava muito os alunos pra especialidade e pelo que eu vejo com os ensinamentos de agora... nós estamos formando os alunos para atenderem no SUS. Que a carência de médicos que tem no SUS é grande. Então, na verdade, hoje são formados médicos generalistas, médicos com uma visão mais holística para atender esse tipo de paciente” (T 07).*

Outros depoimentos referem que o PBL desperta interesse seja pelo uso de variados recursos tecnológicos para o desenvolvimento do ensino-aprendizagem, seja por despertar um sentimento de responsabilidade em ajudar nas necessidades da comunidade:

---



*“manifestam [interesse] porque nessa metodologia a teoria acontece através de outros recursos como vídeos e na própria prática eles conseguem verificar essa atuação do SUS” (T 2).*

*“acho que nesta metodologia o aluno demonstra mais interesse porque vivencia as necessidades do paciente” (T 1).*

Foi abordado também sobre a transversalidade da prática desde o início do curso através do IESC, como fator favorecedor da multidisciplinaridade. A maioria dos tutores acredita que sim:

*“o aluno desde o primeiro ano já começa a interagir com outros profissionais e isso favorece com que ele veja que o paciente tem necessidade não só do atendimento médico, mas do enfermeiro, do nutricionista... de todos os profissionais que podem fazer esse cuidado com o paciente” (T 02).*

*“Sim! A partir do momento, no início do curso, quando eles entram em contato com as equipes saúde da família, eles podem vivenciar o atendimento multidisciplinar na atividade do IESC que é a integração ensino-serviço-comunidade. Eles passam a respeitar mais e a valorizar os diferentes saberes onde eles reconhecem que a enfermagem contribui de uma maneira, o agente de saúde também, os gestores das unidades... cada um com sua parcela de contribuição, e passam a respeitar esse trabalho multidisciplinar” (T 03).*

*“com certeza! Eles aprendem desde o início como é que funciona o sistema seja na teoria seja na prática... e de certa forma como eles são inseridos no sistema, eles têm a oportunidade de, nessa multidisciplinaridade ter o convívio com outros profissionais que fazem parte do sistema e de certa forma... sedimentar o conhecimento teórico que é aproveitado no treinamento e no estudo em grupo” (T 05).*

Questionados sobre o **aprendizado da teoria a partir da prática**, um dos tutores responde afirmativamente, o outro expressa incertezas a respeito, evidenciando a preocupação com a dificuldade em coincidir de se estudar na prática o conteúdo correspondente do que viu na teoria. E, um terceiro aponta para as práticas dos tutoriais como disparador para o aprendizado de trabalhar em equipe e a partir daí favorecer o desenvolvimento da multidisciplinaridade:

---

*“acho que sim! Acho que fixa melhor os temas quando ele vê na prática o que ele tá vendo na teoria” (T 09).*

*“com certeza eu acredito nisso... embora meu ponto de vista é que a exposição desses alunos devia de fato acompanhar mais de perto as disciplinas dadas nos tutoriais, em sala de aula... o que nem sempre dá pra fazer! Eu digo que é quase impossível você ter um grupo de doentes com aquelas patologias que foram dadas em sala de aula, de maneira que eu acho que quem está no terceiro ano começa a ficar um pouco repetitivo até, e eles reclamam disso. A exigência é muito grande. Tinha que ter uma hiper ultra organização pra chegar a esse estágio... mas, [...] eu acho que da maneira que está sendo dada dentro da nossa realidade tá indo muito bem...” (T 06).*

*“sim... com certeza! Como o nosso sistema de tutorial faz com que eles aprendam também a trabalhar em equipe, ou seja, com o tutorial [eles] escutam a opinião dos outros, dão a sua opinião... isso no futuro vai fazer com que eles trabalhem muito mais em equipe e favorecendo inclusive muito o trabalho multidisciplinar com os pacientes” (T 07).*

Como contraponto desta disposições, um dos tutores discorda que a transversalidade da prática desde o início do curso através do IESC atue como favorecedor em torno da multidisciplinaridade. Explicitando seu ponto de vista ele faz uma breve definição do que entende por multidisciplinaridade:

*“eu acho que não. Eu acho que para trabalhar com equipe multidisciplinar você tem que ter o conhecimento teórico e salvo maior engano nós não colocamos até hoje, a não ser no primeiro ano em 2010 um tutorial que se chamava “multidisciplinaridade” ou “equipe multidisciplinar”, que eu não me lembro se nós chegamos a manter. [...] então, se a pessoa não tem embasamento teórico do que é multidisciplinaridade, que seria naturalmente a somatória dos conhecimentos de cada profissional de cada área, na criação de um novo dentro do contexto em que se está trabalhando, não vai entender que trabalhar com equipe multidisciplinar não é apenas ser alguém na equipe, alguém que se reúne, que de repente conversa dentro da equipe, enfim, o que a gente observa muito nas equipes é que não se cria o novo dentro dos serviços. Pelo menos na minha experiência na área do serviço público eu já vi isso [em] pouquíssimos lugares” (T 04).*

---

Avaliando se os alunos do quinto semestre do curso já **incorporaram noções sobre a organização do SUS**, a maioria dos tutores diz que no quinto semestre já é evidente um bom conhecimento dos alunos sobre a organização do Sistema Único de Saúde, inclusive referente à teoria e a prática:

*“já incorporaram, porque nos dois primeiros anos eles contemplam exatamente as necessidades de saúde. Então o SUS é muito bem debatido por eles nos grupos tutoriais e nos cenários que eles participam nas atividades do IESC. Então, eles conseguem sim entender mais sobre essa organização do SUS e chegam no quinto semestre já com um bom conhecimento tanto teórico quanto prático” (T 02).*

*“eu acho que até antes do quinto semestre [ele] já incorpora essa noção. [...] a gente já verifica na prática conversando com eles que eles conseguem ter uma visão amplamente em cima do assunto já no primeiro ano” (T 05).*

*“sim..., já incorporaram sim! Até porque nós temos como primeiro módulo dos alunos, logo que entram na universidade, o módulo é basicamente voltado para o ensinamento do SUS. Então eles já chegam sim com essa visão de como funciona a sistematização do SUS. Algo que... [...] só fui aprender agora atualmente... eles já vem com essa visão desde o primeiro ano na entrada da faculdade de medicina” (T 07).*

Outra tutora explicita que a incorporação do aprendizado sobre a organização do SUS se evidencia inclusive na participação deles em projetos de pesquisa considerando que preferem investigar temas voltados para a comunidade:

*“acredito que sim! Isso é bastante visível até na participação deles em projetos de pesquisa em parceria da Universidade com o Ministério da Saúde e o MEC, que são os PET-saúde e PRÓ-saúde; aí nós verificamos que os alunos que já passaram por essa formação inicial, eles têm maior facilidade nas temáticas mais voltadas para a comunidade. Parte da própria iniciativa deles investigar” (T 03).*

---

A minoria dos tutores não concorda que a transversalidade da prática desde o início favoreça a multidisciplinaridade e outro tutor defende que o curso oferece apenas noções básicas sobre o SUS e que se perde oportunidade de remeter ao SUS a cada vivência que se está submetendo os alunos:

*“Acho que no IESC falta seguir alguns critérios de abordagem. Vem sendo feito de maneira muito leve... Estamos subestimando a capacidade de abordagem dos alunos com os pacientes” (T 01).*

*“eu acho que não. Justamente porque... nós colocamos noções básicas sobre o SUS... mas nós não mantemos durante o curso por exemplo legislações pertinentes a cada setor que ele vai passar. Por exemplo, se de repente ele passa a ter uma atividade no hospital de emergências... em nenhum momento é oferecido pra ele quais são as categorias do pronto-socorro que se tem, em que tipo de pronto-socorro ele tá... qual é a obrigatoriedade por lei dos profissionais que tem que ter ali, quais são as acomodações, o material permanente que tem que ter ali, ou seja, a gente perde a oportunidade de durante o curso, implementar em cada local que esses alunos vão, de conhecer um pouco mais sobre as normas que regem cada tipo de serviço dentro da diretriz da NOAS... que é a diretriz maior do SUS” (T 04).*

Outro viés estudado foi saber se o tutor acredita que **a vivência do aluno nos cenários de prática do SUS desde o início do curso, permite melhor compreensão da importância da atenção básica para a saúde do cidadão.** As respostas foram afirmativas, na totalidade. E diversificadas foram as explicitações feitas pelos tutores para este questionamento.

Algumas tutoras defenderam que os alunos já apresentam uma preocupação quanto às medidas preventivas ao invés das curativas:

*“acho que sim! Mesmo porque ele vai agir mais na prevenção, evitando as doenças crônicas e as degenerativas” (T09).*

*“sim! Inclusive eles passam a se preocupar mais com as medidas preventivas do que propriamente curativas... onde já desperta no aluno justamente essa capacidade de atuar nos agentes determinantes da doença pra que ele possa junto à comunidade evitar com que o indivíduo adoença... possa sugerir*

---

*condições de melhorias sanitárias e até mesmo, no futuro... provavelmente, socioeconômica como gestores” (T 03).*

Reportando esta questão da metodologia, os tutores reafirmaram a **importância da metodologia para a valorização da atenção primária à saúde:**

*“quando os alunos chegam numa unidade básica de saúde, eles percebem exatamente que a maioria das necessidades dos pacientes, podem ser resolvida na atenção primária,... sem precisar ir para outros serviços para obter o atendimento e tratamento. E nessa vivência eles conseguem perceber muito bem e compreender a importância dessa atenção básica, em atender uma necessidade do paciente” (T 02).*

*“acho que sim... acho que quando a gente inicia o curso já com essa filosofia eles já nascem já com a atenção básica como sendo a porta de entrada para o tratamento... eles até estranham na prática [quando veem] como é que funciona” (T 05).*

*“sim... o nosso sistema de ensino permite muito isso. No IESC... [eles] vão para as áreas básicas de clínica médica, de ginecologia, de pediatria,... então, eles já lidam com isso desde cedo, desde o primeiro momento na entrada deles. E, esse contato facilita muito porque [faz] com que o aluno egresso saia daqui preparado pra fazer um atendimento voltado para esse tipo de paciente... voltado para esse tipo de sistematização de como funciona o SUS” (T 07).*

A propósito, foram formuladas ressalvas referindo-se às deficiências na formação dos preceptores relacionadas à valorização da atenção primária à saúde no SUS e a estrutura das Unidades de prática:

*“Claro! Mas com um preceptor que tenha conhecimento dos pressupostos do SUS e que saiba mostrar isso ao aluno. Por isso o preceptor precisa ser preparado.” (T 01).*

*“sem dúvida nenhuma! Eu acho assim que isso pode ainda ser reforçado mais pelo tipo de orientador que ele tiver, por exemplo, se nós tivermos um orientador que viva o serviço público como uma política de saúde sua, naturalmente ele vai mostrar da importância maior que tem de se dedicar ao serviço público. Mas, se esse profissional trabalha com o serviço público como um bico... dificilmente ele vai passar pro aluno a importância que*

---

*tem de se tentar fazer do SUS, que é o maior seguro de saúde do mundo... dar certo. E nós temos que pensar o seguinte... nós temos vinte e poucos anos de SUS, mas em compensação é uma referência quando se fala de responsabilidade de estado para uma saúde pública equitativa” (T 04).*

*“permite!...a grande tristeza é que eles não veem os instrumento todos em prática,... por deficiência não da tentativa de ensino, não do método, mas da própria deficiência de estrutura das unidades básicas de saúde” (T 08).*

Foi questionado aos tutores como eles avaliam a **efetividade do ensino sobre o SUS ministrado até o momento**, considerando a integração dos conteúdos presentes nos módulos de ensino com a prática do IESC. Quatro tutores afirmam que é efetiva a integração do ensino no favorecimento do aprendizado, tanto que um dos alunos já manifestou desejo de atuar como gestor do SUS no futuro. Outro tutor acha que é o que o curso tem de melhor:

*“eu acho que a efetividade é grande! Você tem um ensino que é adequado porque na problematização e na vivência desde o início da interação saúde escola e comunidade eles têm oportunidade não só de aprender os princípios como também de aplica-los na prática. Eu acho que hoje é o que nós temos de melhor (...) para poder tentar ver se a gente consegue inserir na cabeça do aluno a importância da atenção básica” (T 05).*

*“eu acho que o ensino teórico está perfeito... e eles estão engajados. Eu, inclusive fiquei surpreso com um aluno que disse que acha que vai ser um gestor do sistema de saúde;... já estão se considerando gestor... estão empolgados com a questão do SUS. Dois alunos falaram isso... e eles têm perfil mesmo! [...] Eu confesso que nesse tempo que eu tenho me dedicado à universidade eu não tenho acompanhado a prática,... a resposta dos alunos,... mas eu vejo que está sendo ministrado,...eles estão sendo acompanhados, e, eu vejo que está andando. Não saberia quantificar, dar uma nota do ponto de vista PRÁTICO. Do teórico eu estou de acordo que está sendo dado o conteúdo adequado e eles estão correspondendo a isso” (T 06).*

*“sim... o módulo geralmente tem se integrado na maioria das vezes com as práticas que os alunos recebem no IESC... então, acredito que a efetividade disso está boa” (T 07).*

---

Outros tutores que concordaram com a efetividade da integração, apresentaram ressalvas com relação às condições dos cenários de prática e qualificação de preceptores:

*“na teoria os pressupostos estão sendo ministrados satisfatoriamente. Na prática, eles vivem dentro dos serviços em que alguns pressupostos não são cumpridos adequadamente. Por isso o preceptor precisa de preparo para apontar as falhas e provocar a consciência crítica dos alunos” (T 01).*

*“é aquilo que eu já falei anteriormente... eu acho que a gente tem que reforçar a cada ano a importância do SUS não só teoricamente. (...) a minha sugestão é que os professores fossem capacitados dentro da legislação do SUS, onde eles pudessem junto com as questões técnicas, sempre falar um pouco sobre a política de saúde pública, reforçando sempre a necessidade de fazer o SUS um sucesso” (T 04)*

*“ele cumpre bem os objetivos. Cumpriria melhor se nós tivéssemos maior estrutura pra oferecer aos alunos, mas em termos de programação ele cumpre bem os objetivos” (T 08).*

Uma entrevistada foi da opinião de que deve haver um aprimoramento na integração, estreitar as relações entre tutores e preceptores de forma a favorecer um melhor aproveitamento do aprendizado para o estudante:

*“é o nosso ponto fraco! Acho que a gente tem que melhorar,... talvez tentar sincronizar de uma maneira que favoreça a um melhor aproveitamento do estudante. Que os conteúdos que eles estão tendo no módulo, ou seja, a pesquisa teórica que eles têm feito a partir dos problemas,... que eles possam vivenciar essas situações também na prática do IESC. Eu acho que isso realmente demanda uma integração maior entre tutores e preceptores, que [são] os profissionais que recebem os acadêmicos nos cenários de prática, tanto na rede básica...que foi o que nós tivemos até agora das unidades básicas de saúde e mais tarde no internato. Então, precisa estreitar mais esse relacionamento de tutor com preceptor para que a gente possa melhorar o aproveitamento do conteúdo teórico com a prática desenvolvida nas unidades” (T 03).*

---

Avançando nos questionamentos, foi perguntado aos tutores sobre a **satisfação com a forma de como o SUS está sendo ensinado**. Um dos tutores fez sua explicitação e não citou nenhum entrave:

*“eu acho que está sendo muito bom para os alunos.... Nós fechamos o último tutorial sobre epidemiologia, a turma do primeiro ano... vou falar do primeiro ano porque eu estou voltado mais para o primeiro ano; eu percebi que eles entenderam a questão do SUS, eles gostam da temática, e... tem uma necessidade de saber mais ainda. Eu acho com o andar do curso eles vão conhecer mais ainda. Então, eu vejo positiva a maneira como tem sido oferecida aos alunos e a correspondência deles...” (T 06).*

Outro entrevistado, com resposta afirmativa, cita que em relação à teoria está tudo bem, mas citou o entrave relacionado ao papel do preceptor, que necessita ser melhor qualificado: *“acho que teoricamente está bem. O entrave que vejo é que a maioria dos professores e preceptores apesar de viverem na rede de assistência, vivendo o SUS, nem sequer sabem seus pressupostos” (T 01).*

Ainda no grupo de respostas afirmativas, outros entraves foram relacionados, voltados para o gerenciamento administrativo e político que permeia o funcionamento das UBS bem como a não correspondência entre o SUS da teoria com o SUS da prática:

*“eu acho que sim...acho que nós procuramos desenvolver uma abordagem boa tanto da parte teórica quanto a inserção precoce nos cenários de prática do SUS. Mas acho que a gente ainda tem muito que melhorar e amadurecer, principalmente mais tarde, até no espaço para que a gente possa colocar alguma melhoria. [...] Eu acho que a gente encontra sim alguns entraves.... infelizmente a mudança de gestores é um deles, porque para que a gente possa estabelecer contratos com a rede municipal e a estadual, no sentido de favorecer a entrada do estudante nesses cenários de prática” (T 03).*

*“eu acho que a temática está sendo muito bem abordada no SUS. O problema é que às vezes nós enfrentamos dificuldades em relação às unidades básicas de saúde pelo funcionamento político. No determinado momento, nossa prefeitura passa por problemas*

---



*da readaptação do serviço e a gente tem um pouco de dificuldade,... mas mesmo assim,... mesmo nas dificuldades a gente consegue mostrar pros alunos como é que é o SUS, quais são as dificuldades que tem pra poder a gente...(...) efetivamente fazer a gerência do sistema... como o curso é crítico, eles conseguem observar em que ponto tem as falhas e ainda assim com os erros e as dificuldades a gente consegue aprender também como funciona o sistema e como melhora-lo...” (T 05):*

*“eu acho que o tema está abordado direito. O problema é que o nosso SUS é que é mais complicado.... não é o SUS como está na lei,... esse é o grande problema! Nem tudo que está na lei é o que efetivamente acontece” (T 09).*

Divergindo em parte dos tutores acima, um tutor acha que não está muito bem a forma como o SUS está sendo ensinado. Os entraves citados por este, voltam-se para necessidade de melhorar qualificação dos tutores e mais conscientização da comunidade quanto aos níveis de atenção da saúde que ela deve buscar:

*“eu acho que não está muito bem porque à medida que nós falamos no SUS,... que nós mostramos da importância do SUS, na sala de aula,...mas quando nós chegamos no ensino na prática existe o entrave em virtude da não conscientização dos profissionais de saúde de uma forma geral e também da população sobre quais são os níveis de atenção de onde a população tem que procurar o atendimento, e isso dificulta...então o aluno ele aprende, e quando ele vai pra prática ele não percebe muito bem... essa conscientização do profissional. Eu acho que isso chega a ser um entrave pro ensino porque ele não consegue fazer essa relação muito bem, ele não estabelece bem essa relação...isso dificulta” (T 02).*

Outros tutores responderam negativamente ao questionamento e justificam a opinião relacionando com a necessidade de qualificar melhor os preceptores do IESC, assim como de melhorar a estrutura das unidades de saúde para que se apresentem como cenário de prática adequado:

*“não... não estou satisfeito! Já respondi mas torno a reforçar... eu acho que tem que ter um maior incremento durante os anos... pode ser teoricamente através de conferências ou na própria prática do*

---

*IESC através dos professores com maior conhecimento sobre o SUS que possam divulgar o conhecimento maior daquele espaço, da importância daquele espaço dentro da rede SUS” (T 04).*

*“em termos de ensino e de programação do curso não. O entrave que pode ser ruim é que de fato a estrutura que nós temos difere um pouco do discurso que nós fazemos aqui... difere do que a gente encontra na prática” (T 08).*

Na sequência foi solicitado aos tutores que emitissem **sugestões para a melhoria do curso no tocante à temática focalizada**. Os tutores fizeram proposições claras quanto à necessidade em qualificar mais os professores/preceptores, em esclarecer à população quanto aos níveis de atenção, além de sugerirem sobre a metodologia de ensino:

*“sugiro oficina sistemática incluindo os pressupostos e a identificação deles pelos alunos, oficina com os professores, preceptores e quaisquer profissionais que participem da formação dos alunos e criação de metodologias dinâmicas que provoquem o interesse dos alunos” (T 01).*

*“a sugestão é que nós, enquanto docentes, precisamos mostrar aos alunos, a funcionalidade das instituições do SUS cada vez que passamos por elas, pois, muitas vezes as pessoas que trabalham no serviço não conhecem. Além de fomentar mesmo para a população, fazer um trabalho educativo pra que eles compreendam quais são os níveis de atendimento, onde que eles tem que procurar,... e até mesmo recorrer à mídia para orientar onde eles têm que procurar dependendo dos sintomas. Quanto a atenção primária, ela precisa ser melhor organizada para atender a todas as diretrizes do SUS” (T 02).*

*“sim. Primeiro, eu penso que no primeiro ano nós deveríamos dar a história do SUS, como o SUS apareceu, as normas operacionais, as responsabilidades de cada esfera de gestão: federal, estadual, municipal. Deveriam mostrar também a responsabilidade de cada gestor dentro do SUS. Deveríamos mostrar também como é que se forma uma rede idealizada de saúde [...] o que é o serviço de referência e contra-referência. [...] deveríamos fazer comparações com alguns serviços públicos do mundo como, por exemplo, o serviço dos Estados Unidos,... que pra mim, na questão de serviço público é o pior do mundo, para que as pessoas pudessem ter capacidade inclusive de criticar o nosso modelo. Nos anos seguintes, a gente faria em forma de conferências, aprofundando normas de cada serviço sobre a legislação do SUS, por exemplo,*

---

*centro de saúde, pronto-socorro, no hospital geral,... enfim, com isso nós estaríamos fazendo com que essas pessoas quando passassem por cada serviço, tivessem o conhecimento mais profundo de como é o SUS, de como ele deveria funcionar e ter a capacidade crítica de que poderia melhorar...” (T 04).*

Outros tutores apresentaram propostas no sentido de melhorar a relação político-administrativa entre a UNIFAP e as unidades de saúde que constituem os cenários de prática para os alunos, através de termos de compromisso direto com os gestores das UBS, além dos termos com os gestores da saúde do estado e município já existentes:

*“eu acho que hoje em dia nossa maior dificuldade no curso é a interação com a interface política local, que às vezes dificulta pela gerência, as vezes, variável dessas unidades básicas de saúde. Se de alguma forma nós tivéssemos possibilidade de ter uma parceria em conjunto com algumas unidades básicas de saúde pra gerência de gestão da unidade, talvez ficasse um pouco mais fácil mostrar a importância de nós termos unidades-escola na nossa cidade” (T 05).*

*“sim, é claro que a gente tem que considerar os nossos pontos fracos e realmente eu acho que esse contrato, esse termo de compromisso, eu acho que seria importante elaborar junto aos gestores municipais e estadual e que isso nós pudéssemos fazer desde o início junto aos gestores também das unidades básicas de saúde e dos demais cenários de prática. Por exemplo, no pronto socorro, no hospital da mulher, e outros cenários por onde eles deveriam passar. Isso já deveria ser realmente um relacionamento tranquilo, já pré-estabelecido” (T 03).*

Ainda como **sugestão** uma tutora voltou-se para a necessidade de melhorar a estrutura das UBS, considerando que devido condições inapropriadas, houve redução no número de unidades de saúde disponíveis para cenários de prática dos alunos, bem como ressaltou a dificuldade dos preceptores entenderem a importância deles no processo de aprendizagem dos alunos:

*“os cenários de prática também deixam um pouco a desejar em termos de infraestrutura. Eu acho que hoje nós reduzimos muito o número de unidades pra onde os alunos podem participar de uma forma efetiva, em função das condições das próprias*

---

*unidades, da carência de material, da carência de espaço físico e também em relação aos preceptores,... aonde muitas vezes é difícil que o preceptor compreenda a importância da participação dele junto ao processo de aprendizagem, não relacionada a uma remuneração direta... Então isso nós temos uma dificuldade também nessa disponibilidade de preceptor em relação a ausência de uma remuneração específica para o desenvolvimento dessa atividade” (T 03).*

Seguindo na ideia de **sugestões**, alguns tutores apontaram para a valorização profissional levantando a necessidade de um plano de carreira dentro do SUS, maior investimento para melhorar a remuneração para os professores e a estrutura nas UBS e ampliação do número de professores para atuarem como preceptor, por acreditarem que tais medidas melhorariam o ensino do SUS no curso:

*“pra melhorar o curso... em termos de programação do curso eu acho que não. O que eu acho que precisaria era um SUS mais realista, porque o SUS tem uma demanda de profissional mas ele não oferece oportunidades de trabalho de uma carreira pra esses médicos que ele estão formando pra o SUS, o que pode gerar um desconforto nos próprios alunos já” (T 08).*

*“eu vejo que é do próprio sistema,... a remuneração dos professores devia ser melhor. Eu vejo muitos professores ainda questionando a própria continuidade com relação a parte do curso,... devia ter mais recursos. Mais recursos de laboratório, as aulas de anatomia deviam ser mais voltadas para o estudo do ser humano mesmo. Enfim,...devia ter essas questões. A teoria vai muito bem mas a utilização da prática, eu acho que tem que melhorar mais...até porque mais alunos vão cobrar mais como já tão cobrando e isso não depende da vontade dos professores, isso depende de toda uma estrutura. Vai ter que ampliar nosso prédio aqui pra atender uma demanda maior de pessoas aqui dentro, de alunos e de professores também,... e isso está sendo pensado, está sendo organizado para chegar lá” (T 06).*

*“sim... acredito que se tivermos mais professores nas unidades básicas de saúde, mais professores que estejam envolvidos com a universidade,... que estejam trabalhando na universidade e nas unidades básicas, acredito que com isso melhoraria muito a efetividade da proposta que nós temos de ensinar o aluno sobre o SUS” (T 07).*

---

Por último, uma tutora sugeriu que a Medicina da UNIFAP seguisse o modelo que é aplicado nas demais faculdades de Medicina que recorrem ao PBL, na questão da integração com a comunidade:

*“eu acredito assim que... como a gente tem muitos problemas em relação ao IESC, deveríamos adotar como algumas universidades adotam o acolhimento e a adoção da família desde o primeiro ano por aquele aluno e aí ele acompanharia nesses primeiros quatro anos a família o tempo todo... a mesma família; então ele teria uma abordagem em relação a vários campos... criança, adulto, idoso... aí seria [melhor] muito pra eles. Não como a gente faz hoje em dia. Vamos na unidade mas eles não ficam com a mesma equipe sempre...” (T 09).*

Avançando na entrevista foi questionado se os **tutores consideravam que o modelo pedagógico do ABP ou PBL, é um fator que contribuía para o desenvolvimento dos alunos enquanto cidadãos**. Oito tutores acreditam que contribui, sim, e a maioria atribuiu a afirmação referindo-se à grande contribuição que o método proporciona ao aluno a possibilidade de compreender as necessidades do paciente de forma mais integral:

*“com certeza! Porque esse tipo de aprendizagem, ele forma exatamente cidadãos comprometidos com a saúde entendida de uma forma integral, não apenas tecnicamente. Saber da medicina, mas a medicina abrangente,... a medicina que possa atender aos anseios do paciente” (T 02).*

*“acho excelente!!... Acho que contribui muito!! E..., acho que a partir do momento que nós fomos amadurecendo o projeto pedagógico a gente vai conseguir realmente contribuir muito para a formação desses jovens médicos; e desde já a gente já percebe que eles tem uma visão mais humana e mais preocupadas realmente como bem estar e com as condições em que esse indivíduo se encontra, com o meio ambiente onde ele está inserido e não simplesmente com a doença, que muitas vezes era a proposta pelos projetos pedagógicos anteriores, pela maneira tradicional como a medicina era repassada, talvez criasse esse vies na formação do estudante, ou seja, ele acabava vendo o indivíduo mais como uma doença porque vinha só com o problema onde não se tinha uma noção aonde o indivíduo estava inserido, quais as condições que esse indivíduo vivia, o que levou a promoção daquela doença; eu acho que a partir daí era muito*

---

*difícil que o estudante conseguisse desenvolver um comportamento mais orientado para a prevenção e até mesmo o caráter humano do atendimento. Eu acho que essa nossa metodologia favorece bastante” (T 03)*

*“sim... a visão deles será uma visão mais completa do ser humano, do paciente que eles atenderão, ou seja,... não só a visão da doença mas uma visão do doente como um todo, de onde ele vive, de como é a sua relação com a sua família, com seus pais... que muitas vezes fazem piorar a doença dos pacientes. Então... eles terão uma visão mais completa do doente em si com esse sistema de ensino já que ficam direto na comunidade e convivem com as famílias... que chegam as unidades básicas de saúde” (T 07).*

Outros tutores concordantes explicitaram sobre o favorecimento do método voltado para a construção de um perfil profissional com responsabilidade social e ciente da importância de seu desempenho de atuação no SUS:

*“com certeza!...quando você problematiza algo você de certa forma melhora o perfil educacional e ele acaba se tornando ciente de suas responsabilidades e seus deveres, e a consciência das responsabilidades e deveres é que torna o cidadão... é o que dá elementos para ele poder se sentir assim... responsável pelo sistema...” (T 05).*

*“com certeza absoluta!... eu acho que esse método aí é uma invenção fantástica!!... e tende só a disseminar pelo mundo todo. Acho que não só nos países em desenvolvimento mas nos países desenvolvidos já existe inclusive. Esse método, pra nossa realidade aqui... pra nossa época ele é ideal” (T 06).*

*“considero sim, até porque no último contato com eles, no último módulo de habilidades que eu tive com eles, eles demonstram de fato bastante sensibilidade pra o tipo de medicina que nós precisamos fazer no SUS” (T 08).*

No contra ponto dos oito tutores, um defendeu que a cidadania é uma questão de exemplos, que deve iniciar na família e se estender pelos professores:

*“olha... eu acho que a questão de ser cidadão é uma questão de exemplos. Então... se de repente eu tenho um exemplo dentro da minha família do que é ser cidadão e encontro no meu*

---

*orientador o que é ser cidadão... claro que isso facilita muito. E se eu sou desde o começo junto do público... junto da população carente que procura o SUS... isso naturalmente me levará a desenvolver uma visão do respeito a cidadania de cada um. Agora... se eu não tiver essa noção de cidadania dentro da minha casa, mas ainda assim encontrar o orientador que me faça repensar isso, com certeza ainda teremos grande chances de sucesso em transformar esse médico num cidadão a serviço da saúde pública” (T 04).*

Outra abordagem consistiu em saber se os tutores acham que essa **participação ativa dos alunos desde o início do curso contribui para que eles aprendam a realizar uma abordagem mais humanizada junto à comunidade**. Todos os tutores responderam afirmativamente a esse questionamento. A maioria das respostas considerou que a convivência com os problemas da comunidade é essencial para a prática do cuidado mais humanizado junto ao paciente:

*“Sim. O aluno observando as necessidades do paciente, achará maneira de ajudar aquele paciente e dentro de si, formará ou reformulará seus conceitos, formulará ou reformulará sua consciência crítica e aprenderá a construir e sugerir propostas na criação de políticas de saúde” (T 01)*

*“com certeza! A partir do momento que o aluno passa a viver os problemas sociais encontrados na comunidade, ele passa a ver de perto que fazer saúde não é apenas tratar lesões, não é apenas tratar patologias e sim ver a integridade dessa condição mental, da condição física,... da condição de habitação, do direito ao lazer, do direito de não ser violentado das mais diversas formas... sim, com certeza vai facilitar e muito a compreensão desse médico, em relação a fazer parte dessa comunidade comum dos agentes modificadores do seu futuro...” (T 04).*

*“de fato é! Inclusive com um dos pressupostos do SUS, é que a medicina seja pelo método centrado no paciente que é o que nós ensinamos aqui” (T 08).*

A vivência com profissionais das Equipes de Saúde da Família e com as pessoas da comunidade, desde o início do curso, foi considerado fator importante para que o aluno aprenda a ter uma visão ampliada do cidadão na abordagem médica bem como a desenvolver o sentimento de responsabilidade por ela:

---

*“sim... muito mais!... Eu acho que realmente, inclusive pela participação da equipe multidisciplinar e pelo fato deles iniciarem conhecendo a área, acompanhando as visitas das equipes da estratégia de saúde da família para depois eles desenvolverem o atendimento da patologia...ou seja...da causa que traz o indivíduo para a consulta, acho que eles acabam tendo uma ideia mais ampla do ser humano” (T 03).*

*“eu concordo. Eu acredito nisso! Acredito que o sistema tradicional de ensino ele é um pouco... vamos dizer assim individualista. No PBL, tem a vantagem de haver a relação com os outros profissionais da saúde. Existe queixa quanto ao médico, mas da maneira como o médico era formado, não tinha como ser diferente. Agora, dessa forma, a formação do médico está mais humanizada em relação ao atendimento do paciente, aos colegas de trabalho e outras/outros setores da saúde” (T 06).*

*“com certeza!... Quando você se sente responsável pela sua comunidade você a trata de uma forma muito mais adequada e essa importância é enfatizada desde o início do curso” (T 05).*

E, finalmente, a pesquisadora solicitou manifestação **sobre o que os tutores acham da aceitação dos alunos à temática do SUS nesse curso de Medicina**. Sete dos nove tutores responderam afirmativamente. Nas explicitações, a maioria voltou-se para a questão do método atuando como meio para viabilizar esse aprendizado:

*“acho que aceitam muito bem. Até porque este é o primeiro módulo... então quando eles entram no curso de medicina... este é o primeiro módulo que é desenvolvido com eles.... Eu acho que a aceitação é muito boa,... e nós podemos ver isso pelo interesse com que eles abordam os temas e desenvolvem os temas, além da grande participação deles na atividade do IESC,... que é essa integração da instituição, da academia, da escola junto com a unidade. Eu acho que eles realmente aceitam muito bem...e desenvolvem bem essa atividade” (T 03).*

*“especificamente da turma que eu trabalhei eu acho que a aceitação deles foi plena.... Eles têm uma boa aceitação. Eles até se sentem revoltados quando a situação não é favorável, quando não são respeitados os princípios... Então, eu acho que a metodologia fez com que eles absorvessem de forma mais fácil. Diferente do que eu aprendi. Toda a importância do SUS e a temática dele, seja teórica ou prática” (T 05).*

---



*“a aceitação é boa. E eles entendem qual é o objetivo do ensino e o objetivo deles enquanto médico quando se vislumbra as oportunidades de carreira no SUS... o grande problema é com um pouco de senso crítico, vez que não existe carreira médica efetiva no SUS” (T 08).*

Alguns tutores ressaltaram que a experiência dos alunos junto à comunidade leva-os a buscarem alternativas para solucionar dificuldades encontradas nas UBS, para prestar um bom atendimento ao cidadão. Outros tutores referem que estão aprendendo a partir do método:

*“eles aceitam de uma forma muito boa! Tanto que eles falam às vezes:... “como é que a gente pode abordar isso no paciente da nossa unidade de saúde?”... cada tema que nós colocamos em tutoriais, (...) para eles saberem as ferramentas que eles têm nas unidades básicas no SUS, e que às vezes não as mesmas ferramentas diagnósticas que se tem em hospitais particulares. Então, já se nota isso neles! Principalmente nesse tipo de pergunta: “como abordaríamos esse paciente ou e/ ou esse tipo de paciente com esses sintomas lá na nossa unidade básica, com o que temos em mãos?”. Então, acredito que eles trazem aquilo pra aquela realidade que eles vivem nas unidades de saúde” (T 07).*

*“não vejo ninguém questionando! Em nem um momento os alunos reclamam da maneira que o curso é dado,... do PBL, de como é aplicado o PBL. Eu vejo todos seguindo muito bem....claro que a nossa universidade tem apenas três anos que existe o curso de medicina,... ainda está se preparando o quinto e sexto ano que está sendo elaborado.... é uma coisa muito nova, e a gente vai poder ter uma visão melhor, os alunos formando,... já egressos. E, nós mesmo tutores, vamos perceber mesmo mais daqui a uns três anos pelo menos, três a quatro anos..... Inclusive nós estamos nos transformando,... é uma transformação de todos com o passar do tempo.... que é muito, muito novo.... Mas é, eu vejo como positivo! Eu acho que no tradicional nós teríamos vários problemas, tinha que ser PBL mesmo” (T 06).*

Duas tutoras acharam que a aceitação é satisfatória, mas ressaltaram que no início não é muito boa devido à adaptação dos alunos ao método de aprendizado que difere bem do tradicional a que os alunos estavam acostumados:

---

*“é uma aceitação satisfatória. Eu considero que talvez não chegue a 90%, porque eles vêm de um ensino tradicional, em que o professor é quem sabe tudo, é o que faz aquela aula expositiva e o aluno só recebe a informação. Quando ele chega nessa metodologia, num primeiro momento a aceitação não é muito boa, à medida que ele vai conhecendo, que ele vai vivenciando... isso já se torna um pouco mais fácil para que ele compreenda. Então, essa aceitação eu acredito que num primeiro momento ela não é boa... mas, depois... ela melhora porque ele vai conhecendo” (T 02).*

*“há algumas resistências... Eu penso assim, quando eles fizeram vestibular já era o método PBL só que [eu] acho que eles não se inteiraram muito bem do que eles estavam entrando, então eles ficaram meio perdidos e agora, alguns já estão seguindo e outros realmente ainda relutem muito. Mas,... quanto à aceitação do tema SUS no ensino, eu acho que eles aceitam bem,... compreendem, conseguem absorver” (T 09).*

No entanto, um pesquisado demonstrou preocupação porque afirma que não vê os alunos comentarem sobre o SUS após o primeiro ano do curso:

*“olha,... eu não vejo os alunos em nenhum momento depois dessa experiência do primeiro ano comentando a respeito do SUS a não ser algumas vezes em que eu provoço uma discussão em cima do tema. É que as vezes as oportunidades são muito poucas porque de repente os anos vão se passando e o curso vai ficando cada vez mais técnico,... voltado para a condição anatomobiológica do ser. O que eu percebo é o seguinte:... toda vez que a gente pergunta por exemplo, o que é um CAPS, qual é a finalidade de um CAPS, quais são as diretrizes do SUS, qual é origem do SUS, de onde ele veio, por que ele foi criado,... a gente não consegue fazer com que saia muita coisa da cabeça desses alunos porque realmente eles tiveram apenas uma pequena amostra do que é o SUS no primeiro ano” (T 04).*

Na opinião de uma entrevistada, ela não tem ideia se os alunos aceitam bem o tema SUS pois considera que é um tema que não causa interesse em muitos, motivo pelo qual defende a inovação no ensino para valorizar o tema:

*“Não tenho uma ideia do todo, mas do que observo na prática, ninguém tem interesse pela saúde pública, não só os alunos, mas grande parte dos profissionais de saúde. Por isso a necessidade de criação de metodologias dinâmicas que provoquem o interesse dos alunos e professores.” (T 01).*

---

**Resumo**

Os tutores conhecem a proposta do ensino do SUS no Projeto Pedagógico do Curso de Medicina e o qualificam como um modelo que favorece este aprendizado, tanto na teoria quanto na prática – contribuindo para um perfil mais humanizado do aluno formado na UNIFAP.

A metodologia, apesar das dificuldades iniciais, proporciona um interesse maior dos alunos pelo tema quando comparada com o ensino tradicional. Os tutores ressaltam o valor atribuído ao contato com a comunidade desde o início do curso quando os alunos passam a sentir as necessidades da população, o que faz com que se sintam responsáveis em ajudar a solucionar os problemas encontrados na assistência.

A transversalidade da prática desde o início, através do IESC, constitui um fator favorável para a multidisciplinaridade e a vivência com os demais profissionais de saúde. O tutorial se apresenta como um exemplo de atividade em que se treina no aluno a habilidade de escutar. Apenas um tutor fugiu dessa regra.

Até antes do quinto semestre do curso os alunos já incorporaram noções de organização do SUS, demonstrando, na prática, um conhecimento ampliado sobre o tema – dois tutores divergiram dessa avaliação não existindo consenso a respeito.

É indiscutível a compreensão dos alunos para a importância da Atenção Básica na saúde. A vivência nos cenários de prática proporciona este aprendizado, no entanto, é destacada a necessidade em qualificar mais os preceptores para desenvolverem seu papel e melhorar as condições estruturais e administrativas nas unidades de saúde objetivando melhor adequação dos cenários do SUS – o que coincide com opiniões expressas pela coordenadora.

O ensino do SUS voltado para a integração dos conteúdos dos módulos com a prática no IESC está sendo efetivo para a maioria dos tutores. Porém, algumas ressalvas permitem relacionar pontos frágeis do ensino no curso, dentre eles: a dissonância da qualificação dos preceptores, a deficiente estrutura dos cenários de práticas, o frágil gerenciamento político das UBS, o não alinhamento do estudo teórico com a prática em muitas situações no curso, o escasso número de preceptores com vínculo no colegiado de medicina, bem como a execução das atividades do IESC conforme o planejamento para o módulo IESC.

A metodologia ativa proporciona para alguns alunos um choque de modelo de ensino no início do curso, mas as atividades vivenciadas nos cenários de práticas e a percepção das necessidades da população proporcionam um despertar do interesse para conhecimento da funcionalidade do SUS.

---

## **4.4 Avaliação do ensino pelos alunos do 5º semestre**

### **4.4.1 Levantamento do questionário**

#### **Perfil dos alunos**

Dos dez alunos que responderam ao questionário cinco eram do sexo masculino e cinco de sexo feminino. Sendo a maioria (70%) da faixa etária de 18 a 24 anos de idade, ressaltamos a presença de dois alunos da faixa etária de 25 a 29 anos e um com idade superior a 30 anos.

A maioria (9) dos alunos era natural de outros estados e apenas um era do Amapá. Dos nove de outros estados, três eram do Pará, dois de São Paulo, dois de Goiás, um de Minas Gerais e um da Paraíba. A alta competitividade na área mobiliza candidatos de muitos estados, além da aparente falta de preparação no vestibular para o curso de Medicina no Amapá. Nestas condições foi identificado que só 30% moravam com parentes; os restantes moravam com amigos, sozinhos e outros. Todos os alunos eram usuários do SUS.

Quanto à escolaridade dos pais, ressaltou-se o fato de que 50% dos genitores tinham ensino superior entre os pais e 40% entre as mães. Por outro lado, não se pode deixar de comentar que entre as mães, igual proporção (40%) tinha ensino de nível fundamental, marcando os diferenciais de gênero ainda presente no cenário familiar destes alunos.

#### **Conteúdos programáticos e a remissão ao SUS**

Os alunos reportaram a remissão dos conteúdos do SUS no primeiro semestre do primeiro ano do curso: de 100% no módulo “Introdução ao Estudo da Medicina”, de 60% no módulo de “Concepção e Formação do Ser” e de apenas 20% no módulo de “Metabolismo”. Se o IESC é identificado com o SUS, em todos os semestres, em alguns módulos esta relação com o SUS não foi destacada, evidenciando que a integração em questão ainda está por ser construída.

---

No segundo semestre do primeiro ano esta articulação foi de proporções menores: 80% no módulo “Abrangência das Ações de Saúde”, 30% no módulo “Mecanismos de Agressão e Defesa” e de apenas 20% no módulo “Funções Biológicas”, cabendo, a propósito comentários anteriores.

No primeiro semestre do segundo ano nos módulos “Nascimento, Crescimento e Desenvolvimento” e “Processo de Envelhecimento” os alunos fizeram vinculação ao SUS. No caso do módulo “Percepção, Consciência e Emoção” esta vinculação se restringiu a duas menções, indicando uma abordagem autocentrada apesar de tangenciar a área das humanidades, os conteúdos não contemplam a questão política da assistência.

Já no segundo semestre do segundo ano quanto aos módulos “Doenças de Agressão ao meio Ambiente” e “Saúde da Mulher, Sexualidade Humana e Planejamento Familiar” a integração com a temática do SUS foi referida pela maior parte dos respondentes. No caso do módulo “Proliferação Celular”, esta proporção foi de 50%, em que pese a especificidade da temática.

Todos os alunos tinham conhecimento sobre os princípios doutrinários do SUS e consideravam que se tratava de uma boa proposta, em tese. Apesar das dificuldades existentes, dois alunos reconhecem sua concretização na prática:

*“apesar das dificuldades, há áreas remotas sem acesso ao SUS, porém nos locais que já apresenta, atende aos princípios” (aluno 1).*

*“porque contempla da prevenção ao tratamento, porque atende a qualquer brasileiro sem discriminação e porque chega primeiro onde mais se precisa” (aluno 8).*

Os demais alunos disseram que o SUS não atende aos princípios doutrinários, e explicitam:

*“na prática o que vemos é grande parte da população sem acesso à saúde, sem o processo de promoção, recuperação e reabilitação de forma adequada, e sem atender os que mais precisam” (aluno 3);*

---

*“porque nem todas as pessoas têm acesso à saúde, não são atendidas conforme suas necessidades. A tríade promoção, prevenção e recuperação da saúde não funciona de forma eficaz, visto que o SUS precisa de pessoas mais comprometidas com a causa” (aluna 4).*

*“O SUS ainda é uma proposta que falta alcançar a universalidade, fato que se comprova pela existência de muitos planos de saúde privada” (aluna 7);*

*“infelizmente, esses princípios não são alcançados porque muitas vezes não há equipamentos, estrutura física ou mesmo atendimento” (aluno 28)*

Foi questionado se **houve abordagem multidisciplinar nas diversas atividades dos cenários de prática**, e para essa questão, nove alunos responderam positivamente:

*“no IESC conhecemos a prática de vários profissionais da saúde e no centro de referência para tratamentos naturais (fisioterapeutas, nutricionista, enfermeiro, médicos, entre outros)” (aluna 3);*

*“houve a participação de médicos, fisioterapeutas, enfermeiros e dentistas no IESC; porem o IESC não tem funcionamento constante. Raras vezes fomos à UBS” (aluna 22).*

### **IESC como cenário de prática**

Se o IESC sinaliza para um espaço de prática vinculado ao SUS, apontando para a efetividade da aproximação a esta temática, sua articulação entre os módulos continuam a demarcar desafios no avanço da integração de conteúdos. Sobre o IESC, a maioria (9) dos alunos concorda que o SUS configura o cenário de prática. O único discordante explicita que:

*“O IESC deveria se apresentar, porém, muitas vezes, por falha na estrutura do curso e dificuldades em se encontrar preceptores e até mesmo UBS conveniadas, deixa muito a desejar, formando uma lacuna enorme no que deveria ser uma das principais frentes do nosso aprendizado” (aluna 7).*

---

Todos os dez alunos referiram que **os preceptores conhecem o SUS**, porém não deixaram de sinalizar para críticas à respeito:

*“a maioria mostrou conhecer os princípios em sua execução. Atuam segundo rege os princípios” (aluna 7).*

*“em geral os preceptores nos ensinam muito sobre o SUS, demonstrando conhecimento sobre o mesmo” (aluna 4);*

*“acredito que eles tenham bastante conhecimento. No entanto alguns não conseguem transmitir ou desconhecem o método de ensino” (aluna 6);*

Entretanto, quanto a **integração do ensino teórico com a prática**, nove dos dez alunos referiram que esta integração é inexistente ou precária:

*“as atividades no IESC não ocorrem regularmente, seja por falta de preceptores ou de unidades básicas disponíveis. Muitas vezes há superlotação de alunos em uma mesma unidade, e, o que vemos na prática nem sempre acompanha o que vemos na teoria” (aluna4);*

*“a integração poderia ser melhor elaborada. Poderíamos ter prática no IESC como no módulo de percepção, consciência e emoção, que não aconteceu” (aluna 6);*

*“infelizmente, há cerca de dois meses que não temos ido à UBS e isso prejudica nosso aprendizado prático” (aluno 28).*

Em concordância com a assertiva anterior, 70% dos alunos afirmaram que o acompanhamento no IESC mereceria ser trabalhado de forma diferente. E, algumas falas enfatizam a preparação dos preceptores e o contato com a comunidade:

*“com melhor capacitação dos preceptores de modo que os conteúdos teóricos pudessem estar mais relacionados dentro do IESC” (aluna 6);*

*“maior cumprimento da real proposta do IESC como atividade prática em contato com a comunidade” (aluna 7);*

---

*“maior comprometimento dos preceptores,... maior integração com a comunidade (nos sentimos mais atrapalhando do que prestando qualquer serviço à ela)” (aluno 8);*

Num outro plano, os alunos se reportaram à questão de organização e planejamento do ensino:

*“integrar os assuntos dos módulos em paralelo (temporalmente) com as práticas do IESC; estipular objetivos de aprendizagem para que ao final de um ciclo se verifique o que foi cumprido e planejar melhor as ações” (aluna 9).*

*“os preceptores deveriam adotar no mínimo um roteiro para que não exista tanta diferença entre os grupos” (aluno 22);*

*“deveria haver apenas sistematização do ensino” (aluno 28);*

*“melhor organização e distribuição dos alunos para UBS que estejam preparadas para receber esses alunos. Preparação dos preceptores para introduzir os alunos na prática” (aluno 30).*

Indagados se **estaria sendo proveitoso acompanhar as equipes de saúde da família desde o início do curso**, 60% responderam positivamente e 40% responderam negativamente. As explicitações referentes à negativa para a questão mencionaram as falhas na organização do IESC, originando interrupções nas atividades:

*“a teoria é inteligente, mas não existe isso na nossa realidade, o IESC é o ponto mais fraco do nosso curso” (aluno 8)*

*“não estamos acompanhando [as equipes] devido falhas no funcionamento, principalmente no IESC” (aluno 30)*

Dentre as falas positivas, os alunos mencionaram:

*“é proveitoso, pois proporciona vivência em determinada área, mas poderia ser melhor se fosse cobrada participação mais ativa nas UBS” (aluna 3);*

---



*“é proveitoso quando as atividades são coerentes e contemplam os assuntos das aulas teóricas. Porém, isso não tem acontecido de forma proveitosa, o que prejudica nosso aprendizado e nos desestimula” (aluna 4);*

*“estabelecemos vínculo com uma comunidade e acabamos entendendo melhor o serviço” (aluno 1);*

*“incentiva a relação médico-paciente” (aluno 28);*

Reforçando o papel estratégico do preceptor nestas atividades eles apontam:

*“algumas vezes, dependendo do preceptor, temos boas experiências acompanhando as equipes, mas outras vezes, a maioria, acredito não ter um planejamento que torne o aprendizado melhor aproveitado” (aluna 9);*

*“o único semestre proveitoso foi o terceiro [pois] tive a sorte de ter como preceptora uma médica extremamente ativa e atenciosa quanto a correlacionar o que víamos nos tutoriais e o que poderia ajudar sendo visto no IESC” (aluna 7).*

*“acompanhamos a abordagem a diversos pacientes, além de presenciar a aplicação do SUS. Entretanto em alguns semestres não foi muito proveitoso em decorrência do desinteresse ou do desconhecimento sobre o método por parte dos preceptores” (aluna 6).*

*“o IESC teve um funcionamento constante por aproximadamente seis meses e mesmo assim os preceptores não sabiam direito como nos conduzir” (aluno 22)*

Questionados sobre **“O que deveria ter sido visto no IESC sobre o SUS, por referência aos módulos já executados”**, foram observadas três ordens de explicitações.

---

Algumas respostas remeteram a questões ligadas às políticas de saúde e princípios do SUS:

*“as políticas de promoção à saúde” (aluno 3);*

*“os principais programas do MS, caderno a caderno, até as práticas complementares, para ter uma visão mais abrangente do SUS” (aluno 9);*

*“a vivência prática do que se observa nos princípios da equidade, universalidade e integralidade” (aluno 28);*

Outras se referiram à necessidade de ser explicitado o funcionamento prático das atividades desenvolvidas nas unidades de saúde:

*“o papel do médico diante das equipes de ESF, atendimentos domiciliares, como fazer os atendimentos básicos às crianças, gestantes, idosos e como ajudar na prevenção das doenças” (aluna 4);*

*“sobre o funcionamento de uma UBS, os programas do MS, referência e contra referência” (aluno 8);*

E finalmente, os demais, se referiram ao IESC enquanto possibilidade de viabilizar a aplicabilidade nos cenários de prática, do conteúdo teórico abordado nos tutoriais:

*“os diferentes serviços que possam auxiliar as temáticas abordadas” (aluno 1);*

*“melhor exploração sobre os módulos de Funções Biológicas, Percepção, Consciência e Emoção, Processo de Envelhecimento e Saúde da Mulher, além de maior aplicação da anamnese” (aluna 6);*

*“acredito que o principal foi visto” (aluno 7).*

---

Todos os alunos consideraram importante a **participação da comunidade no aprendizado do SUS:**

*“é a comunidade que nos indica suas necessidades e é baseado nelas que devemos aprimorar nossa prática e conhecimento teórico” (aluna 3);*

*“os programas do SUS são feitos para promover saúde à comunidade; sendo indispensável o contato com as famílias” (aluna 4);*

*“a população é a clientela do SUS. Sem ela, o modelo não funciona e não podemos vivenciar a aplicação dos princípios e diretrizes do SUS nem mesmo acompanhar o atendimento médico” (aluna 7);*

*“pois cada região ou microrregião pode ter uma realidade diferente em eu seja necessário de adaptar determinados programas à situações específicas locais. Neste caso, a comunidade participa com informações e como multiplicadores de conhecimento” (aluna 9).*

### **Metodologia do aprendizado**

Sobre **“O modelo adotado onde o aluno entra em contato com a comunidade desde o início do curso, foi indagado se contribui para a formação de médico com visão integral das necessidades do cidadão”**. Oito alunos responderam positivamente, um respondeu negativamente e outro não respondeu. No caso da resposta negativa, o aluno referiu:

*“Não! Porque é descontínuo e não integra a prática com a teoria, sendo observado ainda de forma insipiente as necessidades do cidadão e não em sua integralidade. No entanto, não sei se o problema é o modelo ou a execução dele” (aluno 9).*

Na **“Contribuição para um perfil profissional com formação inovadora e preparados para o trabalho interdisciplinar”**, oito alunos responderam afirmativamente e dois responderam negativamente.

---

Na sequência, enquanto **“contribuição para a formação do egresso como um profissional com conhecimento da realidade local”**, todos os dez alunos responderam afirmativamente a essa indagação.

E finalmente, considerando ainda o contexto de **“O aprendizado pela prática desde o início do curso, como um recurso que contribui para um perfil de médico que valoriza a atenção primária”**, 80% deles concorda que “sim”.

Numa projeção de futuro, nove dos dez alunos consideraram importante a **aprendizagem e as vivências no SUS na graduação para o seu futuro profissional** (um aluno não respondeu a esse item). As falas a seguir explicitam estas disposições:

*“sem dúvida, pois um dos problemas que prejudicam e impedem o SUS de funcionar de forma plena é a falta de conhecimento e comprometimento dos próprios profissionais sobre seu papel nesse sistema” (aluna 4);*

*“é passando pelo SUS que somos informados e sensibilizados a respeito das necessidades maiores, bem como, podemos ter acesso aos dados epidemiológicos da nossa população, principalmente a local” (aluna 7);*

A despeito das falas positivas, algumas delas reportavam ressalvas:

*“desde que sejam dados de forma coordenada, objetiva, planejada, em sequência lógica de acontecimentos, integrada à teoria, em lugares que obedecessem aos preceitos do SUS e com carga horária mais intensiva; desde que apresente a realidade em que teremos que trabalhar” (aluna 9).*

Diante do questionamento se **“acreditavam que a formação articulando a teoria com a prática permitiria o desenvolvimento de habilidades e competências para trabalhar em equipe, transformar realidade local e melhorar a saúde da população”**, 6 respondem afirmativamente e 3 negativamente. Dentre os que responderam afirmativamente foram expressivas as seguintes falas:

---

*“sim, mas não somente com a formação teórico-prática oferecida, que por enquanto ainda acho insuficiente. Acredito nisto com esforço próprio e superação de déficits que o curso tem... tenho esperança que sejam sanados” (aluno 9).*

*“sim, mas apesar de haver falhas, procuro aproveitar o melhor do conhecimento do que está me sendo repassado e com certeza, espero ao formar, valorizar o trabalho em equipe além de buscar o melhor para o meu paciente” (aluna 7).*

*“sim, o curso está oferecendo a formação necessária para nos tornarmos médicos mais humanos e voltados para a temática do SUS, valorizando não só a medicina curativa, mas também a medicina preventiva” (aluna 6).*

*“sim, pois a metodologia exige muito dos alunos enquanto grupos até mesmo pelas atividades de tutoriais, os quais são muito proveitosos quando o grupo se entrosou bem” (aluna 4).*

Dentre as respostas negativas para essa questão, registraram-se as seguintes falas:

*“não. Infelizmente, acredito que precisamos de mais práticas através do IESC” (aluno 3).*

*“Não, precisa ser melhor trabalhado” (aluno 8).*

Finalizando o questionário, foi indagado **“em que nível de atenção à saúde pretendia trabalhar enquanto profissional médico”**. Entre as respostas, 5 (50%) pretendiam atuar na atenção terciária à saúde, 4 pretendiam atuar na atenção secundária e somente 2 na atenção primária à saúde, sendo que um dos alunos respondeu que pretendia atuar tanto na atenção primária quanto na secundária. Tais resultados evidenciam a aspiração sempre presente da formação para atender na assistência da média e alta complexidade, ainda que nenhum deles tenha se negado a contribuir para a melhoria da assistência no SUS. Mantém-se entretanto, ao lado da dissociação entre os três níveis de assistência, a valorização da atenção terciária.

---

**Resumo**

Os conteúdos do SUS estão presentes no universo dos alunos aliado ao consenso de que não é realizável na prática. A integração entre os módulos e o IESC está aquém do devido, caracterizando a presença de um desafio a ser superado na organização curricular.

Nem sempre o IESC viabiliza a aplicação na prática dos conteúdos vistos na teoria, o que se apresenta para os alunos como um sinal de descompasso entre teoria e prática.

O estudo revelou ainda insatisfação com a prática do IESC, atribuída à falta de organização do módulo, apontando para um planejamento que deixa a desejar.

Ao lado da estrutura deficiente nos cenários de prática os alunos consideram a formação deficiente dos preceptores como um agravante na possibilidade em articulação entre teoria e prática.

Os alunos parecem estar cientes de que se trata de um momento inicial do processo de implantação do IESC. Ao mesmo tempo em que evidenciam limites no cumprimento das metas anunciadas, eles apontam para o insucesso do ensino referenciado a proposta do estabelecimento de vínculo com a comunidade. Isto não só compromete o desenvolvimento do interesse pela atenção primária como, também, deixa espaço aberto para a valorização das práticas especializadas, vigentes na formação médica do ensino tradicional.

---

## 4.4.2 Grupos Focais

### 4.4.2.1 Grupo Focal I

Estimulando o desencadeamento da dinâmica foi colocada a indagação: ao final do quarto semestre os alunos consideravam terem sido satisfatoriamente esclarecidos sobre a “**Organização e funcionamento do SUS**”? A maioria deles respondeu que a parte teórica foi boa, tendo sido criticado o aprendizado prático do tema:

*“foram nossos primeiros módulos [e] teoricamente, a gente teve sim uma base bastante até completa sobre isso. Tudo o que a gente podia sobre SUS... o que era, como funciona, diretrizes... a gente conhece bem. A crítica fica mesmo em relação às práticas, de ver como isso funciona”(A8).*

*“acredito que nós vimos o suficiente para entender a organização e funcionamento sobre o SUS, entretanto, houve carência nas atividades práticas... em conhecer exatamente a estrutura do SUS, como, quem trabalha, como deve funcionar [e] quais as condições”(A9).*

*“a gente viu bastante coisa do SUS [e] não se restringiu só ao primeiro módulo. A gente acabou vendo algumas coisas no decorrer dos outros módulos apesar do IESC não funcionar da maneira que deveria funcionar na nossa faculdade”(A10).*

Além disso, alguns alunos consideraram que o aprendizado teórico foi insuficiente, ao lado da ausência do aprendizado prático. Um aluno explicitou que sentiu um choque causado pela metodologia de ensino empregada no curso, o que prejudicou para ele o entendimento da importância da temática. Dentre estes desdobramentos seguiram-se as seguintes frases:

*“o módulo relativo ao ensino do SUS na verdade [foi] igual a qualquer outro módulo. É pouco tempo a meu ver [e] não é satisfatório para mim. A gente teve a parte mais teórica... mas esse conhecimento teórico deveria ter sido aliado à prática. A gente não teve essa prática de organização do SUS e essa insatisfação poderia ter sido resolvida no IESC, o que não aconteceu”(A4).*

---

*“considero o conhecimento adquirido sobre o SUS até o quarto semestre insuficiente. Não no sentido de que não tenha sido passado, mas no sentido de que quando a gente entra na faculdade, a gente é apresentado ao modelo PBL.... isso é um choque de realidade! [...] a gente sente muita dificuldade em entender esse método.... e infelizmente essa dificuldade acontece justamente no módulo em que a gente aprende sobre o SUS. [...] a gente não sabe que aquilo é realmente importante, a gente vai entender no decorrer da faculdade ”(A6).*

No decorrer da discussão outros alunos consideraram terem visto bem a teoria sobre o SUS, porém, mesmo com a abordagem teórica boa, havia desinteresse pelo tema por parte dos alunos:

*“a gente viu bastante coisa do SUS e não se restringiu só ao primeiro módulo. [...] o que eu acho que aconteceu em relação ao SUS [foi], talvez um preconceito por parte de alguns alunos em querer aprender isso. Alguns alunos não querem aprender, acham chato estudar isso... acham que não é importante... eles expressam que o módulo é chato! Então, isso acaba influenciando no que a gente acaba realmente aprendendo, porque você aprende o que você realmente quer aprender. Por isso [talvez] algumas pessoas não tenham aprendido tanto quanto a faculdade pôde oferecer”(A10).*

Outro aluno explicitou que quando há articulação da abordagem teórica com a prática médica, o tema desperta o interesse do aluno:

*“a parte teórica foi dada, mas o que não foi dado foi a parte prática... eu acho que não há muito interesse dos alunos de medicina quando se relaciona ao SUS. Por exemplo, o módulo de ginecologia, o módulo de imunologia... o SUS está um pouco presente nele [porque] assim a gente se sente um pouco mais estimulado”(A12).*

Sobre a **importância que os alunos atribuíam aos ensinamentos sobre o SUS**, dois reconheceram que, compreender como o sistema funciona é fundamental para que se sintam fazendo parte dele, desde o início da graduação e esse sentimento se estenda para o futuro, instrumentalizando-os para contribuir na melhoria do sistema quando atuarem como profissional:

---



*“a importância disso é de entender o sistema que a gente vai fazer parte... na verdade já faz como estudante... e deveria conhecer ele por completo até o final da graduação, para chegar como um completo entendedor do que está fazendo... do que pode contribuir para esse sistema, do que pode fazer como profissional para melhorar isso tudo”(A4).*

*“todo mundo tem que aprender isso mesmo! Quando a gente começa a entender o que é o SUS, como funciona... a gente começa a se sentir um pouquinho inserido nesse meio. Impossível começar estudar medicina sem conhecer os conceitos... o que é... como funciona... para que serve, [porque] a gente perde um pouco da visão, a gente idealiza muita coisa e não sabe como funciona [e] associar a prática à teoria, é excelente mesmo. Ver as coisas mais na prática”(A8).*

Outros alunos apontaram a importância em aprender sobre o SUS, voltando-se par as questões de: **gestão dos recursos destinados ao SUS** visando melhorar a funcionalidade prática do sistema, sobre a **valorização do atendimento multiprofissional** prestado ao cidadão, na perspectiva de garantir uma atenção integral e, relacionado à mudança no perfil do profissional médico e sua postura diante das situações:

*“importante saber [sobre] o direcionamento dos recursos e a questão da funcionalidade do SUS. A questão é que não é feito na prática o que é colocado teoricamente... e isso se vê muito, não só aqui em Macapá. Assuntos sérios não são realizados, por exemplo, aqui na nossa cidade há mais de um ano não é realizado o Papanicolau [que] é preconizado pelo Ministério da Saúde... e é um dos estados com maior índice de câncer de colo de útero. Então é uma coisa muito grave e as pessoa ficam sabendo, mas não fazem nada... então, teoricamente é tudo muito bonito, mas na prática não é bem assim”(A10).*

*“na questão da interação entre os profissionais da equipe multidisciplinar, multiprofissional, que a gente bateu muito nos nossos tutoriais, (...) alguns profissionais trabalham assim e outros não. A gente percebe na prática que quando essa interação é efetiva... o cuidado do paciente é melhor. Eu consegui ver isso ver quando eu acompanhei não só dentro do IESC, que o cuidado é melhor quando o médico conversa com o enfermeiro, com o farmacêutico para tirar dúvida sobre medicamentos e vice-versa”(A10).*

---

*“a importância disso [é] que toda essa organização vai refletir na carreira do médico, no perfil dele... de como ele vai atender os seus pacientes, como ele vai se comportar, como ele vai idealizar isso. Afinal de contas o SUS é um sistema visto como referência até mesmo fora do País [e] mesmo que não haja condições em muitos lugares, mesmo que o governo não dê condições estruturais... cabe ao médico seguir o seu próprio ponto de vista, a importância desse conteúdo”(A9).*

Foi identificado também pelos alunos que é importante conhecer os protocolos definidos para serem aplicados nos atendimentos aos usuários do sistema público de saúde, bem como as possíveis alternativas de atender às necessidades dos pacientes, quando o SUS não viabilizar a aplicação do protocolo estabelecido. Nesta linha, atribuem aos preceptores o papel de orientar as alternativas existentes:

*“de conhecer esses protocolos e tabelas que parecem chatos à primeira vista. A gente aprende que um exame é melhor que o outro em detectar tal coisa, mas a gente não sabe se vai se possível aplicar na prática. [entretanto] a gente tem que aprender meios de desviar do que seria melhor e atender o paciente com aquilo que a saúde pública oferece”(A12).*

*“eu acho que além de partir do interesse dos alunos, devia partir dos preceptores, que nos tutoriais não passam para a gente como são importantes esses protocolos e tabelas, por exemplo, olha a ressonância é importante, mas se você puder tirar só um raio x, você pode ver isso e isso... eles poderiam despertar mais isso na gente”(A12).*

Em meio às colocações em andamento emerge uma reflexão no sentido de que o curso preconiza uma mudança no estilo tradicional de aprendizagem, porém os profissionais que recebem os alunos nos cenários de prática são médicos formados no método tradicional e que não transmitem a importância do SUS, porque não foram formados a partir desses fundamentos:

*“a importância é com relação à formação acadêmica. Essas diretrizes são importantes porque eles querem mudar o estilo tradicional, passar para um médico mais no sentido holístico... só*

---

*que eles [coordenação do curso] esquecem que quem aplica isso são os médicos tradicionais. Quando a gente chega na UBS é um médico que não quer saber disso, que não leu isso e não se interessa por isso”.*

*“a gente tem professores bons mas tem professores que não passam [a importância do aprendizado do SUS] para a gente. Na teoria tudo é bonito... o modelo assistencial do Brasil é copiado no mundo inteiro... mas na prática e principalmente, na nossa prática aqui em Macapá, é muito deficitária”(A7).*

Os alunos foram solicitados a apresentar **sugestões para melhoria do ensino sobre o SUS no curso**. Um aluno sugere que a coordenação do curso traga gestores do SUS que atuam no Estado para que demonstrem dentre outras questões, como se administra o orçamento público do SUS, quais as regras para o uso dos recursos. Os alunos querem entender melhor a gestão no SUS. Consideram importante que os conferencistas sejam bem preparados, e que tenham experiência prática no SUS:

*“conhecer na prática um pouco mais dessa organização de fato.... como se dá a política! Trazer representante do governo para dar palestra para gente... trazer o secretário de saúde para ele mostra o que pode ser feito com o orçamento que ele tem [e] que regras ele pode lidar para dizer para onde vai determinado dinheiro.... sabe.... essas coisas mais práticas, de governo mesmo... falta isso pra gente!” (A4).*

*“que os profissionais que venham dar as palestras para a gente, têm que ter uma preparação melhor... tem que conhecer o sistema”(A12).*

Um aluno sugere a necessidade de reforçar, periodicamente, a **integração dos conteúdos estudados sobre o SUS**, independente do recurso pedagógico utilizado para o ensino, reforçando na prática o que se aprendeu na teoria:

*“primeiro: reforçar sempre, pelo menos de tempos em tempos, a integração entre todas as matérias envolvidas com o SUS, sendo palestras, conferências ou novidades sobre o SUS; segundo: o reforço na prática daquilo que se aprende na teoria sobre o SUS, no nosso dia-a-dia”(A9).*

---

*“para melhorar o ensino sobre o SUS precisa conscientizar mais e tentar partir mais para a prática e não só para a teoria” (A10).*

Esgotadas as sugestões para melhorar o aprendizado sobre o SUS, emergem os questionamentos envolvendo a **“importância do IESC para o desenvolvimento do ensino sobre o SUS”** considerando que as suas atividades práticas constituem o espaço que viabilizaria o aprendizado visto na teoria. Dois alunos afirmaram, a propósito, as dificuldades decorrentes da organização do módulo IESC especificando a questão da integração e da ausência de padronização no desenvolvimento do módulo:

*“na minha compreensão o IESC seria a parte prática para direcionar tudo o que a gente aprendeu na teoria durante o primeiro e os outros módulos, porém, isso não acontece! Acho que por despreparo até da organização de como o IESC está sendo formado” (A1).*

*“uma das dificuldades que eu mais enxergo é que não há uma padronização das atividades. Alguns alunos já fizeram visita domiciliar, outros não, só observam o profissional que está ali a realizar as tarefas [...] não ocorre nenhum aprendizado. Às vezes nem o preceptor sabe o que é para fazer ou quem são os alunos”(A9).*

Na sequência, os alunos remetem a dificuldades envolvendo a baixa qualificação dos preceptores que acompanham os alunos nos cenários de práticas, podendo, inclusive, ser esta a causa do desinteresse de alguns alunos pelas atividades do IESC:

*“Alguns preceptores não são bem preparados... talvez falte um treinamento para eles” (A1).*

*“o IESC caminha de forma irregular. Alguns alunos trabalham em condições melhores e outros em condições piores. Os preceptores são convidados [a participar do processo], recebem treinamento, só que chega lá e eles não sabem desenvolver as atividades com os alunos... a gente vai tendo esse impasse... então o desinteresse talvez venha daí” (A1).*

---

Outras reflexões foram feitas no sentido de que talvez os preceptores dos serviços não tivessem experiência na relação com a academia, constituindo uma das causas para essa dificuldade que o curso tem quanto ao desempenho dos preceptores:

*“o IESC é uma parte do nosso curso que não funciona de jeito nenhum... não está dando certo! Até onde sei os preceptores do IESC são meio que voluntários... IESC não tem que ser serviço de caridade pra gente [pois] faz parte da nossa grade... tem que funcionar!”(A8).*

*“andei pesquisando em outras universidades PBL. A preceptoria no IESC é de cunho voluntário para os preceptores de todos os lugares. Eu acho que o que falta aqui é a rotina... falta eles se acostumarem com isso, falta todo o histórico que as outros lugares têm”(A6).*

Uma aluna ratifica a deficiência na aprendizagem diante das condições precárias de trabalho e refere que se sentiu incomodada com profissionais que não tomavam atitude diante de situações consideradas insatisfatórias para o exercício digno de uma profissão:

*“encontrar o IESC tão deficitário é uma grande frustração para nós alunos. [...] o que mais me frustra como estudante de medicina não é só as condições precárias que a gente encontra de estrutura da saúde em geral... mas os profissionais que a gente encontra nos serviços. Tem profissional que se sujeita a trabalhar anos e anos no posto que não tem água potável, que não tem gaze para atender o paciente! Por quê ele não vai atrás dos recursos? Ele sabe que tem verba! O que falta é empenho, é o médico ir atrás... não pode só jogar a culpa no governo!”(A4).*

Seguindo a linha crítica, as falas abaixo revelaram **limitações nas condições de aprendizado prático do IESC** relacionada ao vínculo com a comunidade bem como a falta de um vínculo formal do preceptor com a Universidade:

---

*“a palavra mais importante da sigla IESC é a comunidade. No terceiro ano de IESC nenhum aluno dessa turma tem vínculo com o paciente, e isso é desestimulado pelos próprios profissionais que a gente encontra. Acho que não tem um profissional que tenha vínculo com família, que saiba por nome os pacientes... e isso é tão estimulado pelo PSF... Médico não faz visita domiciliar... se faz é mínimo” (A4)*

*“ao final do segundo ano, até hoje eu não sei o que é uma comunidade direito... eu não tive e não observei uma boa relação médico-paciente com meu preceptor”(A1).*

*“acho que uma limitação e o preceptor ser voluntário! Não tem como nós alunos cobrarmos de fato os nossos preceptores do IESC, não tem como exigir deles uma responsabilidade que a gente exige de um professor, por exemplo...” (A6).*

Mantido o foco em torno dos preceptores, os alunos referem que eles não têm claro o papel que desempenham no ensino, incluindo o descumprimento da carga horária:

*“É a primeira faculdade de medicina do estado [e] eles [preceptores] não vêm a importância disso, como isso pode ajudar daqui a dois anos quando sair a próxima turma. Acho que falta conscientizar os preceptores da importância que eles têm na nossa profissão... porque infelizmente a gente depende mais deles que estão na prática do que da nossa teoria” (A6).*

*“Muitas vezes o nosso horário de IESC é de oito ao meio dia... os preceptores atendem de oito à nove... o SUS não funciona na prática e o nosso IESC também não funciona na prática” (A12).*

Como contraponto do voluntariado considerado condição negativa, uma aluna aponta sua importância na vida profissional do médico:

*“quando se é voluntário, a participação de um preceptor na nossa graduação... eu acho isso lindo! Acho isso perfeito! Sabe... que profissional é esse que não pode dispor de uma tarde, de um turno no seu próprio ambiente de trabalho para ensinar? É só receber a gente e mostrar como ele trabalha... porque ele sabe que se o negócio fluir certinho a gente aprende, mas a gente acaba ensinando, estimulando ele a aprender mais...[...] se não acontece isso é porque infelizmente é porque a cultura é muito pobre ainda... como colocaram, o curso é novo ainda... isso vai mudar, vai melhorar, vai chegar num nível muito bom, mas vai demorar” (A4)*

---

Nesta toada é destacada a hostilidade manifestada por alguns profissionais que compõem as equipes de UBS, no acolhimento dos alunos:

*“no IESC às vezes o médico não está preparado, mas ele se esforça, mas o resto da equipe não está... aí o médico sozinho não faz nada...[...] agora quando o médico queria ficar um pouco mais do horário por conta de estar com os acadêmicos ou para fazer uma anamnese melhor para explicar aos acadêmicos, a própria unidade se revoltava contra o médico. Normalmente os pacientes, depois que são atendidos, conseguem compreender. Agora, a própria equipe... grande parte dela até tratavam mal os alunos por conta de saber que se os alunos estão lá, o dia ia ser mais longo ou ia ter que trabalhar mais... às vezes ate a gente ficava sem sentar. Tipo assim, a hostilidade do próprio ambiente da unidade” (A5).*

Numa variante dessa falta de receptividade, os alunos apontam o desinteresse do profissional médico:

*“Nas unidades em que eu tive contato, o que está fazendo a unidade desandar, o que está trabalhando mal, é o médico. Às vezes tem profissional enfermeiro excelente, agentes comunitários de saúde excelentes que conhecem e compreendem bem os problemas da população, mas não tem um profissional médico capacitado ou com vontade de mudar aquela realidade... Talvez, até é uma fala meio anti-médica... mas o que eu tenho observado é isso” (A4).*

Numa dimensão complementar, os alunos ponderam sobre as mudanças de coordenação do IESC como um dos fatores que pode comprometer o bom desempenho na UBS:

*“no começo do curso a gente até lutava pelo IESC... a gente ia falar com a coordenação, conversava com os professores, mas os coordenadores foram mudando, passando propostas diferentes,... a gente acreditava que ia mudar. E o que a gente via era, que ia ficando cada dia pior. Os preceptores não apareciam. A gente ligava para os coordenadores e eles não atendiam” (A11).*

*“é natural do ser humano colocar a culpa nos outros... a gente esquece a nossa realidade. A gente botou a culpa na população... que não é acostumada... a gente botou culpa nos médicos aqui,*

---

*mas a gente esquece que nossos próprios professores, eles não fazem nada pela gente, e vários professores que já foram de secretaria pública, de cargos importantes e não teve nenhum retorno pra gente. Professores que são médicos da família, que fazem isso diariamente, eles abandonaram a gente. As próprias pessoas encarregadas de fazer isso, que podem fazer isso pela gente, não fazem... [...] então, dentro da faculdade ainda falta muito” (A7).*

Por fim, os alunos ratificando estas disposições assumem sua parte no mal funcionamento do IESC:

*“Então a culpa também acho que é um pouco nossa... a gente desistiu do IESC. Eu não ouço mais ninguém falando que não tem IESC, ninguém mais conversa com professor, ninguém mais foi atrás da coordenação sobre o IESC... eu vi que não adianta correr atrás, a gente desistiu, desestimulou completamente!” (A11).*

Ao lado do plano relativo à coordenação e preceptoria, emerge a questão da qualidade da estrutura física das UBS e da quantidade de profissionais médicos para trabalhar na Atenção Primária à Saúde:

*“queria complementar que eu acho o que dificulta muito para a gente trabalhar é tanto a estrutura física quanto a humana porque falta muito profissional [...] principalmente médico da família. Eu vejo em Tocantins, que tem muito médico da família lá, e eles têm muito contato na faculdade”. (A5).*

*“O preceptor tem que prender o aluno, como um instrumento mesmo para ele. Porque um aluno bem treinado, ele se torna útil dentro de uma UBS. [...] então [...] a gente está aprendendo, mas depois que a gente aprende a gente pode ajudar ali dentro da UBS, dentro de nossas limitações é claro! Então falta [essa] consciência...” (A8).*

Solicitados a pesar as **potencialidades para a melhoria do ensino sobre o SUS a partir do IESC**, os alunos responderam:

*“eu acho que a grande potencialidade do IESC é o que ele é no papel. A proposta é maravilhosa e só falta ser executada. Eu acho que um dia ele vai ser. Acho que a responsabilidade por parte deles*

---



*[preceptores] não vai vir de um dia para o outro, infelizmente... Isso vai estar implícito só daqui a uns dez anos quando o curso de medicina for uma coisa natural para qualquer médico” (A6).*

*“o IESC foi o primeiro contato que eu como aluna de medicina tive com uma UBS. Eu acho que se tudo o que é pregado, fosse feito na prática, o nosso entendimento do SUS hoje ia ser muito melhor. Antes d conhecer a realidade, eu não sabia o que era uma UBS, não sabia que paciente era indicado para uma UBS ou para um hospital, então foi... justamente no IESC que a gente começou a ter esse contato... pra mim, parou ali no início, no calendário vacinal... em algumas anamneses pobres... hoje em dia, nada disso” (A3).*

Evidenciando uma vivência prática negativa no curso até o momento, um aluno refere que atribui ter sido importante o ensino do SUS até o momento. Um aluno refere que deseja ser diferente do profissional médico que teve contato na atenção primária à saúde, norteado pelo desejo de ser um medico que desempenhe melhor o seu papel na relação com o paciente:

*“o que eu vou querer levar para minha vida médica é [que] eu não vou querer ser igual, porque eu ia pro posto de saúde e acompanhava uma médica que atendia dez pacientes em uma hora... não fazia nem um exame físico direito, nem uma anamnese... nunca vi no meu IESC um médico fazer uma anamnese completa, como a gente aprendeu no curso de medicina. Então o que eu levo... é que eu vou ser diferente” (A11).*

O mesmo aluno afirma que até no início do curso tinha a ideia de não trabalhar no SUS e, considerando a prática por ele vivenciada até o momento, esse pensamento não foi mudado:

*“então, eu vou terminar o curso de medicina... com a mesma ideia que eu tinha antes, de não querer trabalhar no SUS porque não funciona... a teoria é muito bonita, mas na prática não funciona” (A11)..*

Outros expressam o desânimo com relação ao aprendizado sobre o SUS, considerando abaixo do necessário, levando-os ao questionamento sobre a qualidade do profissional que eles serão ao final do curso:

---

*“eu acho que o que a gente aprendeu está bem abaixo do básico. A gente sabe o que deveria saber para atender o paciente, mas não sabe... por que aquele paciente está ali... por que não pode ser para outro nível de complexidade?... no geral, a gente não sabe o por quê é daquele jeito” (A5).*

*“eu acredito que o aprendizado que a gente teve até agora sobre o SUS foi considerado em parte suficiente teoricamente... porém deficitário na prática, e isso é extremamente desestimulante. No quesito importância pra minha carreira... se vai repercutir na minha vida toda... como é que eu vou gostar de algo que eu nem aprendi na faculdade?... se eu não aprender no início como eu levar pra vida toda??”(A9).*

*“a importância é total! Talvez a maior do curso [...] quando a gente se formar a gente vai sair clínicos... Pensando em longo prazo... na minha vida... infelizmente o que eu aprendi na teoria e na prática eu não consigo chegar nem perto de ser um médico mediano [...]” (A7).*

Dentre as variantes de nuances das apreciações, alguns alunos manifestaram que consideraram o conteúdo sobre o SUS importantíssimo, comentando inclusive, uma empatia inicial para o aprendizado. Uma delas relata que o curso não só não a estimulou para tal, como desestimulou a trabalhar na atenção primária. Segundo ela, esse desestímulo não depende apenas do IESC, mas da faculdade como um todo.

*“eu era uma das alunas que pensava em fazer medicina da família. Hoje eu posso falar [que] praticamente desisti. Não sei se por todo esse trauma que agente está passando no IESC, a gente está criando um bloqueio e sabe-se que poucas pessoas já queriam essa área... Eu já escutei de outras pessoas que pensavam em fazer medicina da família e hoje em dia não vão mais fazer... Acho que não só devido o IESC... [...] acho que devido algumas outras coisas da faculdade, que acabam desmotivando as poucas pessoas no curso de medicina querendo seguir a área de medicina da família” (A10).*

*“eu considero essa teoria importantíssima! Eu cheguei aqui e sei o básico do que é o SUS, do que é uma UBS... [e] entender o SUS é entender o nosso ambiente de trabalho... entender o serviço que a gente vai oferecer aquela população. Infelizmente meu conhecimento é baixo e [a meu ver] isso não é um problema só da minha carreira, mas principalmente para os pacientes que irei atender e a comunidade que irá ter esses serviços” (A01).*

---

**Resumo**

Desencadeada a dinâmica do grupo, os alunos referiram que tiveram conhecimento do SUS, teoricamente, apresentando problemas com a prática.

Eles estão cientes da importância do SUS na formação médica e acham que diante da precariedade dos serviços é fundamental conhecer como funciona a gestão do SUS, saber sobre o financiamento dos recursos, conhecer como se processa o trabalho em equipe multidisciplinar, na perspectiva futura de contribuir para a melhoria da atenção prestada ao usuário.

No decorrer das discussões os alunos exprimiram a necessidade de conhecer os protocolos de condutas preconizadas pelo Ministério da Saúde, assim como as alternativas existentes para atender ao paciente diante da impossibilidade de executar o definido protocolarmente.

Conforme comentários relativos aos limites dos avanços no plano da prática, os alunos referem que os atuais preceptores do IESC foram formados no modelo tradicional de ensino. Isto compromete o desencadeamento de referências positivas no tocante ao trabalho em equipe e valorização da atenção integral.

Os alunos elencaram dificuldades encontradas no ensino do SUS, citando que o IESC não funciona enquanto cenário de prática adequado devido às precárias condições estruturais da UBS, o fato dos preceptores não conhecerem a metodologia utilizada para o ensino, bem como a importância do seu papel nesse processo – isso, sem contar na hostilidade ao acolhimento dos alunos por parte de profissionais de serviço de algumas UBS. Aliado a estas dificuldades, os alunos citaram ainda, as várias mudanças ocorridas na coordenação do IESC, como fator dificultador para o aprendizado. Neste contexto os alunos referiram terem desistido de lutar por melhorias referentes ao processo do aprendizado na prática, emergindo inclusive a desmotivação para participar dessas atividades de atenção primária à saúde, assim como na perspectiva futura de trabalhar no SUS.

---

#### 4.4.2.2 Grupo focal II

Desencadeando a dinâmica grupal foi indagado aos alunos se ao final do quarto semestre eles consideravam terem sido satisfatoriamente esclarecidos sobre a “**Organização e funcionamento do SUS**”. A propósito, um aluno referiu:

*“eu acredito que nós vimos o SUS apenas nos primeiros módulos do primeiro ano e depois isso foi praticamente esquecido dentro do curso. Não vi mais uma interrelação após os primeiros módulos do primeiro ano, nada que se relacionasse ao SUS” (A 1).*

Alguns alunos discordaram dessa opinião. Na visão deles, o conteúdo teórico referente à organização e funcionamento do SUS foi bem explorado não só nos primeiros módulos, ressaltando, outrossim, a escassez de atividades práticas:

*“eu discordo um pouco! acho que nós vimos os tutoriais relacionados à teoria... por exemplo, a parte de vigilância epidemiológica e situações de acidentes de trabalho, posto de saúde, papel do médico,...acho que isso está relacionado ao papel do SUS que é o papel do médico e o papel do estado. Eu acho que a gente viu só em teoria...eu acho que no primeiro ano nós tivemos prática e teoria e no segundo ano só tivemos a teoria nos tutoriais e a prática não...” (A 7).*

*“eu concordo! Eu acho que a gente viu o SUS na teoria e de uma maneira satisfatória, não vendo somente esse assunto, mas vendo de maneira suficiente na parte teórica. Já na parte prática ficou bastante a desejar pelo fato do IESC,... pelo fato de a gente ter sido encaminhado para acompanhar preceptores em postos de saúde e isso não ocorreu. Tem alguns alunos que acabaram o segundo ano sem ter aprendido o fundamental que era a anamnese e exame físico, e isso não foi visto por problemas administrativos mesmo, como a ausência de preceptores disponíveis e pelo fato das UBS não terem estrutura suficiente para alojar os alunos” (A 9).*

*“basicamente, sobre a questão de organização e funcionamento do SUS... foi bem esclarecido teoricamente pra gente. Só a parte prática que ficou comprometida. Foi satisfatoriamente bem compreensível pra todos nós. A parte prática ficou comprometida pela falta de preparação...” (A 6).*

---

Na sequência, um aluno considerou que há dificuldades relacionadas a divisão da turma em grupos menores para conhecer espaços de atividades burocráticas na estrutura do SUS e na visão dele, conhecer teoricamente, é suficiente:

*“quanto a isso de envolver teoria e prática eu acredito que em muito, de fato, não possa ser feito... já que dividir grupo de trinta pessoas em grupos menores pra conhecer o que em alguns momentos é burocrático,.. conhecer teoricamente já é bastante útil” (A8).*

Outro aluno referiu que sentiu a ausência de uma abordagem prática referente à complementaridade dos níveis de assistência à saúde:

*“... quanto a coisas que poderiam ter sido feitas, por exemplo, entender o funcionamento de um hospital, por mais que a gente reconheça o que algumas áreas do hospital fazem em termos de saúde pública,... como ele funciona de uma maneira geral, acho que é uma coisa que falta. Eu não tenho uma visão de nenhum dos hospitais da cidade de uma maneira geral... somente daquilo que a gente foi ver naquele momento” (A 8).*

Concordando que o aprendizado teórico foi bem administrado, um aluno apontou deficiência na aplicabilidade prática no que se refere aos programas do MS:

*“quanto aos princípios e diretrizes do SUS... acho que isso foi visto sim quase que exhaustivamente no módulo um e dois. Lembro que a gente quase não aguentava mais falar sobre SUS e isso acho que não teria como ter uma prática, é um assunto unicamente teórico”.*

*“devido a gente não ter o IESC como deveria, a abordagem de tratamentos que o MS preconiza (as cartilhas, os programas), acabou sendo comprometido. Por exemplo, como é a abordagem do paciente com hipertensão e diabetes dentro do SUS? Essa prática foi comprometida” (A 2).*

---

Na visão de outra aluna, apesar da prática não ter sido abrangente, deu para ver as dificuldades que o SUS enfrenta e também para comparar a teoria estudada com a prática encontrada:

*“concordo quando se diz ter visto o aspecto teórico do SUS durante o primeiro ano, primeiro módulo... e acredito que apesar de a gente não ter tido uma prática tão abrangente, a gente ainda conseguiu ver as dificuldades que o SUS enfrenta. Nós conseguimos de alguma forma comparar aquilo que nós sabíamos na teoria pelo que tínhamos estudado naquele módulo e a prática,...insuficiente mas era prática... do que estávamos vendo naquele momento, principalmente no momento que o IESC mais funcionou que foi o primeiro ano” (A 3).*

Na opinião de outro pesquisado, a coordenação do curso deve organizar as atividades, no sentido de que as práticas no IESC sejam integradas aos conteúdos teóricos vistos nos tutoriais:

*“eu acho que em relação à aplicação desses princípios, da deficiência, [...] no primeiro ano a gente viu muito a questão do pré-natal do atendimento à grávida, da gestante, e foi batido muito isso o ano inteiro. Quando fomos passando para outros módulos no primeiro ano mesmo, continuou a mesma coisa, a gente não conseguiu fazer essa progressão do que a gente estava estudando do SUS, por exemplo, o HiperDia. A gente não conseguiu ver isso na prática, a gente não conseguiu ver os programas em ação, então eu acho que a organização do curso deve fazer com que nós tenhamos essa experiência no posto de saúde com o IESC” (A 7).*

Entrando agora no âmbito das limitações e sugestões para melhorar esse processo de aprendizagem, foi citada a necessidade de homogeneizar os conteúdos e sugerido o uso de roteiros pré-definidos a serem seguidos por todos os preceptores, pois a não padronização do ensino contribui para que alguns alunos vivenciem umas experiências e outros não:

*“a aluna... se deteve a dizer que não teve a prática do HiperDia mas eu lembro que outros grupos tiveram. Então isso eu acho que é extremamente complicado: Não tem uma organização de*

---

*ensino... algumas UBS viram isso. Eu, por exemplo, consegui ver uma prática de HiperDia e ela não conseguiu; no entanto eu também não consegui acompanhar nenhuma anamnese dentro do IESC do primeiro ano, mas outros grupos de outras UBS conseguiram. Eu acho isso muito prejudicial pra gente” (A 4).*

*“isso foi muito complicado! Eu, particularmente, no primeiro ano, passei por quatro UBS e os preceptores eram diferentes. Esses preceptores não tinham roteiro pra seguir e basicamente eles chegavam e perguntavam o que a gente estava vendo aqui na UNIFAP para eles poderem adequar a rotina da UBS pra gente. A avaliação era do modo que ele queria nos avaliar. Ele dizia “estuda tal coisa que eu vou te fazer pergunta na próxima semana”... enfim, isso era muito livre e, muitas vezes, não era correlacionado com o módulo que a gente estava levando” (A5).*

Outro depoimento afirmou que os preceptores eram prestativos; o que faltavam eram as ferramentas para fazer melhor a sua função:

*“Muitas vezes essas práticas ficavam muito falhas, não por culpa do preceptor, mas em algum momento ela estava sendo falha. Poderia ser melhor, porque todos eles eram muito prestativos para nos ensinar.... mas, em tese, eles não tinham essas ferramentas nas mãos deles” (A 5).*

Em meio à dinâmica das discussões, uma aluna apontou falha na conexão entre o conteúdo do módulo e a abordagem feita pelo preceptor do IESC, levantando, adicionalmente, a questão do vínculo do preceptor com a universidade:

*“acredito que basicamente houve essa deficiência na comunicação entre o módulo que estava rolando e o preceptor na época... A sugestão seria ter uma espécie de uma recompensa,... algo que ligasse o preceptor do IESC com a UNIFAP até para abordar essa temática SUS... porque, assim, todo mundo poderia seguir um cronograma pré definido para poder organizar e criar um certo [alinhamento de conteúdo] entre os alunos participantes” (A 3).*

---

---

Questionados sobre a “**importância que atribuíam ao aprendizado do SUS no curso**”, foi citado o novo direcionamento das diretrizes para a formação médica no Brasil, que preconizam a humanização no atendimento, assim como o desenvolvimento da habilidade de comunicação:

*“quando estudamos as diretrizes, observamos que existe uma mudança no foco da saúde no Brasil... seja pública ou privada. Quando a gente passa a ter contato com a saúde pública a gente deixa de ter uma visão unicamente comercial, da prestação do serviço, e passa a ter uma visão... acaba sendo retórico falar em visão humanizada,... mas essa visão é inegável! Esse contato permite que a gente perceba esse tipo de coisa; a gente acaba não elitizando e selecionando os melhores lugares, as melhores clínicas, os melhores hospitais, pra conhecer... os lugares com as melhores estruturas. O contato com a saúde pública na unidade de saúde do SUS, a gente consegue entrar em contato com aqueles pacientes que não tem estrutura nenhuma. A gente consegue viabilizar a nossa forma de comunicar com o paciente, entrando em contato com os pacientes da saúde pública, com as pessoas mais carentes... que tem nível de instrução menor. A gente consegue adquirir habilidades de comunicação melhor” (A 8).*

Concordando com a fala anterior, é apontada a descoberta da valorização da atenção primária à saúde em detrimento da atenção secundária e terciária:

*“Concordo (...). De certa forma isso é muito importante porque a gente tem percebido dentro das nossas práticas, tanto em ambientes hospitalares privados quanto em hospitalares públicos, uma mudança significativa em relação à atenção primária à saúde(...) o Ministério mesmo, preconiza que a gente dê mais atenção à saúde primária do que a atenção secundária e terciária. É melhor investir numa medicina preventiva do que numa medicina curativa. A gente estando em contato, desde o primeiro semestre na UBS, a gente vê isso e sabe como aplicar essa teoria que o SUS preconiza (...) seja conhecendo o tratamento da UBS, quanto saber encaminhar para um ambiente especializado para o possível tratamento dele” (A 5).*

*“(...) não é habitual um aluno de medicina entrar em contato com a saúde pública ou entrar com qualquer tipo de contato prático com o paciente no primeiro ano do curso. Mesmo que as nossas práticas sejam somente de visualização, ainda assim, isso é incrível para abrir horizontes...” (A 8).*

---



Na sequência, o IESC foi apontado como espaço para conhecer o SUS acentuando o comprometimento com o sistema para, inclusive, saber conduzir, com mais propriedade, as situações encontradas e orientar melhor o paciente:

*“eu acredito que a importância desses ensinamentos está na espécie de homogeneização de uma consciência comum para que no futuro, se tornem profissionais mais comprometidos com a saúde pública, coisa que a gente não vê muito hoje em dia. Muitos profissionais que estão atuando muitas vezes até desconhecem o SUS ou mesmo o próprio fluxo de encaminhamentos dentro do SUS... e acabam não repassando isso para o usuário criando um problema para o usuário porque ele não tem uma fluência dentro do sistema como promete a filosofia do SUS” (A1).*

*“concordo com este posicionamento! Inclusive, (...) os ensinamentos do SUS aprendidos no primeiro ano ajudam, de certa forma, a manter o senso crítico pra saber realmente até onde funciona e onde não funciona; e isso ajuda você saber para onde enviar, (...) como encaminhar o paciente, que você vai cuidar no futuro,... mas, também, a entender que há certos procedimentos que deveriam ser feitos e que você como aluno nunca tenha visto,... talvez pelo custo, por burocracia... mas o importante, é você saber que existe. E, com senso crítico, e também uma questão humanitária, você quer de alguma forma tentar proporcionar ao seu futuro paciente o direito que ele tem, e que infelizmente, por uma questão política ou burocrática, não é acessível à ele...” (A 3).*

Também foi considerada a diversidade de conhecimento prévio dos alunos, baseados em suas realidades regionais, como condição limitante das experiências vivenciadas no curso:

*“o que eu acho interessante é essa situação de que os acadêmicos entrem nesse meio e fiquem... [sabendo] como tudo funciona, e vai, progressivamente alterando a forma de pensamento deles, que têm origens diferentes, por serem procedentes de estados diferentes. Eles compõem uma turma que se divide em grupos distribuídos pelas UBS. Justamente isso, ao longo desses anos, vai ser alterado, vai se uniformizar, nivelar a ideia deles quanto ao funcionamento de verdade. Vai despertar o senso crítico neles pra que, quando eles saírem da academia eles saibam como aplicar todo o conhecimento... de como funciona todo o sistema. Embora tenham as falhas eles vão saber como lidar com aquilo porque já criaram um senso crítico na academia...” (A 6).*

---

---

Um aluno retoma a fala para acrescentar uma crítica em relação à situação de trabalho nos cenários de prática, em contraste com o ensinamento teórico discutido:

*“...Agora fica uma crítica em relação a essa questão,... filosoficamente, o que nos foi ensinado, mais teoricamente do que prático, quando a gente entra em uma unidade de saúde a gente se depara com uma coisa completamente distorcida. As salas são ocupadas por muitos profissionais e às vezes o paciente não tem a sua privacidade porque a infra-estrutura em si é deficiente. Então, filosoficamente, é muito bonito... Eu vejo a importância de formar uma consciência global, mas a gente tem ainda essa dificuldade entre teoria e prática, entre o que é o teórico e o que a gente vê lá no ambiente” (A 1).*

Solicitados a discorrer sobre a **“experiência que tiveram até o momento através do IESC”**, os alunos abordaram que a vivência nos cenários de prática possibilitou a reflexão sobre a inadequada execução das atividades por parte de alguns profissionais, sendo importante fonte de aprendizado para evitar atitudes inadequadas na futura prática médica:

*“é perceptível que alguns profissionais conseguem exercer uma atitude humanizada, proporcionando ao paciente aquilo que ele merece, o direito de receber um tratamento, de receber um cuidado como todo ser humano e cidadão merece. Agora, alguns profissionais... acabam até destratando o paciente ou sendo mal educados; e a gente percebe isso! Eu percebi que alguns médicos eram realmente atenciosos, atendiam bem todos os pacientes como deve ser no SUS, independente de raça, cor, situação socioeconômica. Enquanto outros, eram extremamente ríspidos dependendo de que pessoa era. Então a gente percebia isso! É importante justamente essa prática para você refletir sobre o comportamento daquele profissional, e diferente. Então, isso que eu acho importante” (A 7).*

*“eu achei muito interessante porque nesse período, embora tenhamos tido dificuldades no IESC, nós conseguimos ver a diferença entre a prática e a teoria. A gente pôde ver o que é certo e o que é errado, e não devemos fazer. Na UBS da Policlínica, um dia, eu cheguei a ver (...) uma técnica verificando a glicemia de uma senhora idosa e em meio aos aparelhos para a coleta e tudo o mais, tinha lanche, coisas que não podiam... Isso, é falta de treinamento” (A 6).*

---

*“exatamente isso! A despreocupação com os instrumentos de proteção individual é muito frequente também. A pessoa não usa luva, máscara, touca... Muitos profissionais antigos vão com sapato aberto quando deveriam ir com sapato fechado. Então se você está fazendo um procedimento como medir a glicemia ou fazendo coleta de preventivo e você não está com seus instrumentos de proteção, você está colocando em risco você mesmo. Realmente, você percebe que a prática é diferente da teoria” (A 7).*

A dinâmica seguiu para a questão da **importância do IESC para o desenvolvimento do ensino sobre o SUS**, sendo este, considerado um espaço para a consolidação do conhecimento pela prática quando mostra o real problema da comunidade:

*“eu acho que eu sempre fui muito categórico quanto a esse pensamento de que o nosso método de ensino, o PBL, não funciona sem o IESC, não existe sem o IESC. De tudo o que a gente acaba fazendo na faculdade, de certa forma, vai por água abaixo sem o IESC, porque é o grande recurso para você compreender o ensino baseado no problema... o IESC trás essa grande qualidade” (A 8).*

*“a proposta do IESC é muito interessante porque... essa capacidade de adaptação e o desenvolvimento de uma capacidade crítica de forma precoce é que contribui para a interiorização desse ensino do SUS. O IESC vai facilitar todo esse procedimento, todo o andamento durante a academia no caso do nosso de medicina...” (A 6).*

*“o IESC é o elo entre a universidade, o conhecimento teórico, e a prática, propriamente dita. Então pelo pouco que nós tivemos de prática, se bem ou mal conduzido, a importância é grande pelo fato de nós adentrarmos cedo no ambiente de saúde e realmente podemos fazer essas comparações entre o que o SUS diz e o que é aquele ambiente de saúde. Se constrói também uma consciência crítica sobre como o ensino está sendo oferecido. Então o IESC é bom porque desde cedo ele vai amadurecendo essa consciência” (A 1).*

Outro aluno explicita a importância do IESC no sentido de que aprende a valorizar a escuta, o que acaba contribuindo para o direcionamento da possibilidade diagnóstica:

---

*“o IESC acaba sendo essencial para o PBL. Ele possibilita que o aluno, mesmo no primeiro ano, passe a ter uma visão de como que é que funciona o SUS, como que é dentro de uma UBS! E, eu acho isso extremamente importante para todos os alunos porque a história da humanização é sim, muito importante... porque o que mais tem é médico maltratando paciente. Não adianta, a gente sabe que existe! Muitas vezes o paciente quer só ouvir a gente”.*(A4).

*“Eu estou num projeto em que eu sempre faço entrevistas como se fosse anamnese com os pacientes, e às vezes eu pergunto uma coisa e elas falam de toda a vida delas, elas acabam falando muitas informações importantes... Iria facilitar meu diagnóstico clínico! Enfim, eu acho extremamente importante o IESC, infelizmente não funciona direito”* (A 4).

Um aluno apontou que o IESC é fundamental para que eles conheçam as diferentes realidades sociais a que pertencem os pacientes do SUS:

*“eu acho importante a questão da diversidade! Você aprender a lidar com diferentes pessoas e acabar com seus preconceitos. (...) cada aluno vem de uma realidade diferente, e lidar com as diferenças é sempre mais difícil, dependendo da pessoa. Eu acho importante o IESC porque ele faz com que a pessoa conheça realidades..., poxa, eu não imaginava que tivesse alguém que não soubesse ler nem escrever, não tivesse o que comer, que andasse descalça, o seu filho descalço, com as unhas sujas... Olha! Eu particularmente achei isso muito importante pra mim. Quando a gente foi para as áreas de pontes ou quando a gente estava mesmo nos postos de saúde,... lidamos com tantas diferenças, social e econômica, [...] porque é perceptível como a questão da escolaridade interfere nas próprias doenças que as crianças adquirem. Eu achei o IESC extremamente importante pra isso”* (A 7).

O IESC também foi considerado como o local essencial para desenvolver a habilidade do “ser médico”:

*“vejo o IESC também como uma oportunidade pra você melhorar o aspecto pessoal como futuro médico, porque o IESC proporciona um contato direto com o paciente desde o primeiro ano do curso. E, é nesse contato que você vai ter que verificar, por exemplo, que não é tão fácil fazer uma anamnese, que não*

---

*fácil como seguir o roteiro que está no papel,... é saber, por exemplo improvisar e direcionar as informações que o paciente fala para poder organizar o que realmente importa para o teu diagnóstico. Então, trabalhar o IESC desde o início do primeiro ano é desenvolver diretamente a habilidade médica” (A 3).*

*“o IESC além de consolidar o aprendizado e de familiarizar a gente com o SUS também possibilita a intervenção do aluno de uma forma bem ativa. Trabalhar em ações preventivas, (...) na minha vivência extra curso, eu acho que o profissional médico ainda peca por não trabalhar muito na prevenção. Isso já seria um aprendizado para ele levar para a vida profissional” (A 2).*

Sobre os **limites e potencialidades do ensino teórico e das práticas por referência ao SUS** foi levantado desde logo, a ausência de vinculação com a família na comunidade e com os profissionais das equipes de ESF, propiciado pela rotatividade nos serviços, o que agiu como um limitador para o aprendizado a partir do IESC. Assim como foi referido que a coordenação do curso deve valorizar mais a organização das atividades do IESC:

*“para mim, o rodízio nas unidades básicas de saúde, foi um ponto negativo dentro do IESC. Essa forma de distribuir os alunos rompe com a filosofia do IESC de integrar ensino serviço e comunidade. Minha expectativa no primeiro ano do IESC era me vincular com a comunidade, fazer parte daquela equipe de saúde, ser reconhecido pelos profissionais de saúde da UBS e saber reconhecer também os profissionais. Num modelo em que eu tenho contato com a comunidade uma única vez por semana através do IESC, e tendo que mudar de UBS no semestre seguinte,... eu nunca pude ver um paciente duas vezes. Eu não tive a oportunidade de ver se aquele paciente que eu fiz a anamnese e que estava com uma crise hipertensiva, que se alimentava errado,... se um mês depois quando ele voltou à UBS, se algo tinha mudado. Então eu não criei vínculo com a comunidade nem com as equipes de ESF. A prática aluno/comunidade funciona porque a gente está em várias comunidades diferentes, mas a integração fica prejudicada” (A 8).*

*“eu concordo com tudo que o aluno falou e acrescento que o IESC tem que ser valorizado também pela própria coordenação do mesmo. Eu acho que você não pode colocar qualquer atividade prática para os alunos achando que você está proporcionando uma interação de ensino e comunidade. Foi o que aconteceu quando a*

---

*gente ficou um período longo sem IESC. Começaram a jogar a gente para tal lugar pra fazer tal atividade prática e era só... “encheção de linguiça”, porque a gente acabava não tendo prática. A gente não conseguia exercer nada do módulo! Isso chateou a gente, porque o PBL estava sendo falho, já que o IESC é muito importante para nós, para integração do aprendizado!” (A 7).*

*“acho que as limitações seriam voltadas para a falta de planejamento em relação as nossas atividades no IESC como para o treinamento dos profissionais no sentido de integrar os alunos à consulta que ele realiza na UBS. Os preceptores deveriam explicitar aos alunos sobre a atuação deles” (A 6).*

Nesta linha crítica, ao lado da hierarquização do trabalho em equipe multidisciplinar, colocando outros profissionais em plano secundário, foi apontado a falta de um planejamento evidenciando seu deslocamento da formação precípua do médico:

*“... Todo conhecimento é bem vindo, mas não é o foco para um acadêmico de medicina passar uma tarde inteira observando um nutricionista falar, um fisioterapeuta falar,... não menosprezando de maneira alguma. Aluno de medicina tem que acompanhar basicamente o médico na maioria das vezes pra aprender a anamnese e exame físico. Eu acho que faltou mais objetividade para o IESC se tornar útil. Eu acredito que se o aluno passar uma tarde inteira com o médico fazendo anamnese e exame físico ele vai aprender o que ele tem que aprender, porque a gente tem que sair daqui médico generalista, tem que sair sabendo ser médico e não, aprender certas atividades profissionais de outro técnico da saúde” (A 9).*

*“no CRTN nós éramos divididos para vários setores. A questão é que era destinado mais tempo para atividades com outros profissionais e nem todo mundo passava na clínica médica. Por exemplo, eu não passei na clínica médica, então pra mim não foi proveitoso porque eu fiquei na fisioterapia, no pilates e na acupuntura. Foi produtivo acompanhar a acupuntura, mas eu passei uma tarde só olhando o fisioterapeuta fazendo as coisas e eu não aprendi nada com relação ao meu ser médico... então eu fiquei triste, chateada por não ter participado da clínica médica e... tenho certeza que muita gente da minha sala não fez parte da clínica médica” (A 7).*

*“eu acho isso interessante! No módulo de psiquiatria a gente vai ver que muitas das vezes no tratamento do paciente é obrigatório realizar uma abordagem multidisciplinar. O psicólogo, certas*

---

*vezes é mais importante que o médico no tratamento de um paciente psiquiátrico, esquizofrênico, uma pessoa com depressão. Mas, para uma doença física, orgânica como a pneumonia, eu tenho certeza que o mais importante basicamente é o médico, para saber dar o diagnóstico, escolher a antibioticoterapia, (...) então, o foco do acadêmico tem que ser no acompanhamento de um médico e em segundo plano a terapia multidisciplinar focalizando certos pacientes que são foco. Já o psiquiátrico, ele é geralmente foco de atenção do médico, psicólogo, terapeuta ocupacional... Os pacientes com uma doença orgânica já não tem tanta importância uma tarefa multidisciplinar” (A 9).*

Na evolução das falas, um aluno referiu que o planejamento das atividades do IESC poderia contemplar o aprendizado de atividades feitas pelo profissional da enfermagem, como forma de integrar o aluno de medicina com os demais profissionais da saúde:

*“Acho que deveria ser revisto a questão do IESC no sentido da aprendizagem prática. Tem tanta coisa que a enfermagem faz... como medir ou pesar uma criança, sendo viável a um aluno de primeiro ano fazer e que integra muito mais o aluno à equipe, levando a um estreitamento de relações do aluno de medicina com a equipe multiprofissional. Porém, isso não é permitido fazer no primeiro semestre. Isso funciona como estreitamento entre o aluno e a equipe. Nosso aprendizado com os profissionais médicos deve ocorrer com uma carga horária prática maior, para que, efetivamente, nós possamos nos munir dessa identidade de médico de uma comunidade” (A 1).*

*“No primeiro semestre do curso, nós tivemos um problema com nosso primeiro preceptor médico. Ele não entendia a metodologia do IESC, e não sabia o que ele precisava fazer para desenvolver os conteúdos do IESC e nem como se comportar com os alunos de PBL, uma vez que ele era formado na metodologia tradicional. No segundo encontro ele solicitou ao coordenador do IESC a sua exclusão do projeto da universidade. O fato levou a que os alunos passassem o semestre todo acompanhando o chefe da enfermagem. Foi muito bom pra mim! Fazíamos acompanhamento de grávidas. Esse foi meu primeiro contato com a enfermagem. Era necessária a avaliação do ginecologista, mas mesmo assim, o enfermeiro alertava para as situações em que só o ginecologista poderia avaliar. Foi muito importante para nosso aprendizado, essa relação que a gente tinha com outros membros da equipe multidisciplinar. Eu comecei a dar bem mais valor a essa questão da interação com a equipe” (A 5).*

---

Esta última fala remete, outrossim, à ausência de critérios para admitir preceptores para o IESC, situação que possibilita a participação de médicos não preparados para receber alunos ou com a possibilidade de que o preceptor não se sinta à vontade em receber os alunos para a atividade acadêmica:

*“quanto ao fato de que um dos preceptores se desvinculou do IESC, a gente percebia que nossos coordenadores conversavam com amigos que se dispunham a nos receber. Não existia nenhum vínculo com a universidade e não tinha nenhum tipo de avaliação para saber se aquele médico tinha um preparo para receber um conjunto de acadêmicos, porque boa vontade acaba não sendo tudo. O profissional pode ser um ótimo médico e não ser um bom professor. A gente vê que os outros professores quando se vinculam à universidade passam por uma avaliação didática,... ser professor tem que ter talento e tem que, de uma forma ou de outra, ter o dom pra isso. Como não existe essa avaliação, esse filtro para os professores do IESC a gente fica suscetível a ir pra uma UBS que tenha um preceptor que talvez não esteja muito contente em nos receber (A8).*

*“só complementando,... o limite do IESC, eu acho que deveria haver um treinamento com certificado do Ministério da Saúde para esse profissional, uma motivação. [Porque] a gente fica a mercê de um profissional que não quer nos receber ali, que está com mal humor. É difícil encontrar profissionais que queiram ensinar, que estejam dispostos a ter acadêmicos do lado dele observando. Às vezes os próprios pacientes se sentem incomodados e não querem que os acadêmicos estejam ali. Mas, eu acho que o maior obstáculo mesmo é encontrar preceptores que estejam dispostos” (A 7).*

Aliado à questão acima, surgiu ainda a limitação relacionada à estrutura física das UBS, apesar da boa vontade da equipe em realizar as atividades acadêmicas:

*“outra limitação na prática foi quanto à estrutura das UBS. Na UBS do Santa Rita, era totalmente deficiente de estrutura física. Tinha uma médica muito boa, que gostava de ensinar; éramos quatro alunos; depois éramos cinco. A sala era tão pequena que parecia um banheiro. Não existia maca! A médica tinha que escolher um aluno por vez o que impedia que todos*

---



*acompanhássemos vários pacientes e diversas situações clínicas. (...) Às vezes a equipe está preparada, a médica tem boa vontade, porém, há limitação estrutural mesmo” (A 3).*

Sobre a **compreensão que os alunos têm da importância do aprendizado sobre o SUS até o momento do curso e suas expectativas profissionais futuras** foram levantadas, inicialmente, pretensões em avançar na medicina preventiva:

*“é muito importante o aprendizado do SUS para a expectativa profissional futura. Se aprende que se resolve mais problemas da saúde, quando se avança na medicina preventiva e é isso que se quer. Nós sabemos que boa parte dos problemas poderiam ser resolvidos preventivamente, assim se avança em saúde. No futuro... nós queremos resolver o problema do paciente, nós queremos nos sentir útil pra sociedade, então esse entendimento que se tem do SUS é importante para que nós alcancemos nosso objetivo que é ser útil para o paciente e para a sociedade” (A 1).*

Outra fala expressou o desejo de trabalhar futuramente no SUS, esperando da universidade uma boa base na construção do seu conhecimento sobre o tema:

*“eu tenho a grande intenção de ser um médico do SUS, de trabalhar no serviço público! A gente vê que comparando o SUS do Brasil com o serviço de saúde de outros países, o SUS é lindo. Na teoria o SUS é lindo! E, a gente pode fazer com que o SUS, na prática, também seja lindo. O que falta é exatamente isso: a preparação para sair da universidade e poder ser um médico eficiente no serviço público de saúde. Eu acho que aqui a gente pode sair preparado para não ter que aprender isso de maneira errada. No fim das contas, o que falta é essa resposta à nossa expectativa de trabalhar com o SUS” (A 8).*

*“eu também tenho pretensão de trabalhar no sistema único de saúde do país. A gente vê até na vivência, desde a faculdade no primeiro semestre. A gente acaba se habituando com os protocolos, com todos os procedimentos, com os tratamentos com o calendário vacinal, com todo o nosso conhecimento teórico na prática. Então eu acho que vai ser muito mais fácil a nossa inserção nesse sistema depois que a gente ganhar o diploma. Eu acredito que o IESC é importante para que a gente*

---

*tenha essa prática, e o conhecimento no SUS é importante para o nosso ser médico porque você aprende que todo mundo tem o direito de receber o tratamento e você deve tratar de acordo como deve ser. Você tem que garantir a equidade, cada paciente tem uma necessidade e você deve supri-la. Você tem a obrigação, você é o médico, você tem o dever de atendê-lo e o estado tem o dever de proporcionar estrutura pra você, o que na prática nós percebemos que não acontece...” (A 7).*

Um aluno reconhece que a saúde pública está em situação deficiente, o que desperta nele um desejo de engajar de forma política na saúde, para tentar melhorar essa situação:

*“eu tenho vontade de ser parte do SUS! As minhas expectativas não são das melhores pelo fato de que infelizmente a gente mora num país que tem uma saúde pública deficiente... então a minha expectativa futura é de encarar muita dificuldade, ter que trabalhar muito... tentar se engajar politicamente, o máximo possível, para tentar melhorar essa questão da saúde pública no país”(A 2).*

Outro aluno demonstra interesse em trabalhar no SUS e explicita a importância da compreensão de que o médico deve trabalhar em equipe, que não deve tomar decisões sozinho:

*“eu também tenho a perspectiva de trabalhar no SUS. E, a partir do momento que eu tive o conhecimento, da visão do SUS viabilizado pela faculdade, eu percebi que o SUS é uma integração entre uma equipe multiprofissional em que você, como futuro médico, vai trabalhar com equipe de enfermagem, fisioterapia, nutrição, e tudo mais. Por aí eu posso verificar essa importância. Consigo perceber que ser médico não é trabalhar sozinho, não é tomar a decisão sozinho, é saber que tem alguém tanto no hospital como na UBS, em outros hospitais... enfim, tem uma rede conveniada para cuidar do paciente” (A 3).*

*“eu acredito que a expectativa de todos é que sejamos bons médicos no sistema, que consigamos contribuir com o sistema público, que tratemos bem os pacientes e eu acho que a gente vai conseguir proporcionar que cada um de nós respeite todos os pacientes que tratarmos no SUS” (A 7).*

---

Concluindo as falas, um aluno considera que tem o desejo de, com sua atuação no SUS, o sistema de saúde seja fortalecido, beneficiando a atendimento à comunidade:

*“no final das contas, o que se quer é justamente isso. O propósito é: a gente ficar feliz de ver, de ter a ideia de dever cumprido, de fazer a diferença, de tentar mudar um pouquinho a sociedade que tem muito individualismo. Acho que se a gente sair daqui com esse pensamento, mesmo que a gente tenha tido mais embasamento teórico e tenhamos todas essas deficiências. Mas só pela fala de todo o grupo, dessa mentalidade em comum, vai fortalecer, lá na frente, o sistema único de saúde e vai ser benefício para todo mundo, para todos os alunos que mais tarde, vão ser profissionais, para a comunidade e é esse o objetivo mesmo!!” (A 1).*

---

**RESUMO**

Iniciada a dinâmica de grupo, os alunos referiram que teoricamente, foi esclarecedor o conhecimento sobre organização e funcionamento do SUS, ressaltando as falhas na abordagem da prática. Alertados para a importância da atenção primária à saúde, o contato com a saúde pública através do IESC permitiu a ampliação do contato com os pacientes do SUS favorecendo o aprendizado na habilidade de comunicação para a relação com as pessoas da comunidade. Os alunos relataram que o convívio com outros profissionais da saúde propicia o estreitamento entre o aluno e a equipe multiprofissional, mas eles cobram maior tempo de atividades com o médico como forma de construir a identidade do ser médico. Tais aprendizados contribuem para a formação de profissionais mais comprometidos com a saúde pública, assim como esclarece sobre a distância entre o que é o SUS na teoria e o encontrado na prática.

No decorrer das falas, os alunos destacaram a importância do IESC para o aprendizado sobre o SUS, indicando como ponto positivo dessa vivência a adaptação ao sistema de saúde. Somando-se a isso, eles consideram que o IESC é fundamental para conhecerem as diferentes realidades sociais das pessoas assistidas e aprenderem a lidar com isso. Nesta linha, a vivência no IESC consolida o aprendizado teórico; possibilita a intervenção ativa do aluno desde cedo em ações preventivas junto à comunidade; além de oportunizar o crescimento pessoal para o papel de futuro médico.

Ao lado dos fatores positivos, eles elencaram fatores negativos. A experiência vivida não viabilizou o estabelecimento do vínculo dos alunos com as famílias da comunidade; observaram a inexistência de aprendizado prático sobre os três níveis de assistência; insuficiência de preceptores aliada à falta de preparação para o papel de facilitadores do aprendizado; e, ainda, a presença de UBS com estruturas deficientes. Esse funcionamento deficiente inviabilizou o aprendizado dos protocolos e programas do MS, bem como reflete, no dizer deles, a falta de planejamento nas atividades do IESC.

---

Algumas reivindicações foram citadas pelos alunos para melhorar o aprendizado. Eles sugerem a definição de critérios para eleger preceptores mais bem preparados para a função e que exista uma remuneração para eles, como motivação para um maior compromisso nas atividades junto aos alunos. Também sugeriram que os preceptores utilizem roteiros pré-definidos para orientar os alunos nas atividades práticas. Finalizaram sugerindo que a organização das atividades precisa melhorar para oportunizar o aprendizado dos programas do MS.

Os alunos concluem que é muito importante o aprendizado sobre o SUS para o futuro profissional. A expectativa de trabalhar na saúde pública veio após se darem conta de que no SUS se trabalha em integração. O médico não trabalha sozinho, sabe que tem uma rede de assistência em diferentes níveis e que se complementam na atenção à saúde do paciente. Acreditam que o aprendizado através do IESC permitirá a construção de uma boa formação médica para o fortalecimento do SUS no futuro.

---

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

---

O **PPC** do curso de medicina da UNIFAP (2008) preconiza o ensino voltado para a atuação do aluno no SUS. Recorrendo a metodologia do Ensino Baseado em Problemas, ele sinaliza para a valorização do ensino a partir da prática, fundamentada no rigor técnico e científico, preconizando o desenvolvimento de postura humanística na construção de uma conduta ética profissional - neste sentido, o PPC (2008) atende às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN, 2001).

A matriz curricular estruturada em torno da configuração de módulos, ao invés da organização disciplinar, prevê a integração de conhecimentos, condicionada aos cenários de prática vinculados ao SUS. Nos primeiro e segundo anos, os módulos de ensino disponibilizam os conteúdos relacionados com o SUS. No terceiro e quarto anos prevalece a abordagem clínica da medicina, ficando por conta das atividades do IESC fazer a remissão ao trabalho médico nas equipes de SF. No quinto e sexto anos do curso as atividades são prioritariamente de cunho prático, desenvolvidas através dos estágios nas especialidades, mais voltadas para a participação nos ambulatórios de especialidades e ambiente hospitalar, reatualizando a atuação no âmbito da atenção primária à saúde através do estágio em PSF e Internato Rural.

O **reitor**, entusiasta do modelo adotado, afirma que o PBL é uma alternativa ao modelo tradicional que favorece a aproximação ao SUS. No entanto, ele aponta dificuldades em relação aos cenários de prática, afirmando a necessidade de ampliação dos mesmos, o que envolve questões administrativas no sentido da disponibilização de docentes no espaço da interlocução da academia com os serviços de saúde – este é o desafio a ser superado.

---

Na visão da **coordenadora**, o modelo integrado de ensino ainda não está concretizado. As áreas básicas ainda não conversam com as áreas clínicas, apontando para dificuldades de execução da metodologia por falta de entendimento de parte dos docentes. Há entraves na compreensão da estratégia de integração dos conteúdos modulares de ensino, por parte dos preceptores, sem falar nas limitações estruturais das UBS onde se desenvolvem as atividades práticas. A temática do SUS é bem aceita pelos alunos, ficando claro que, construir a aceitação ao SUS implica em desconstruir a ideia de que ser médico é atuar no nível terciário de assistência. Apesar das dificuldades existentes, no entanto, é possível perceber que os alunos estão desenvolvendo habilidades para atuar nos diversos níveis de atenção.

Os **tutores** reconhecem a proposta do ensino do SUS no PPC (2008) e concordam que o modelo favorece a aproximação ao tema. A metodologia, apesar das dificuldades iniciais, proporciona um interesse maior por parte dos alunos do que no ensino tradicional, ressaltando-se a propriedade da transversalidade da prática desde o início do curso através do IESC.

A maioria dos tutores refere que até o quinto semestre do curso os alunos já incorporaram noções sobre a organização do SUS. Ao lado da valorização da atenção primária, os tutores apontam, entretanto, pontos frágeis em relação à integração dos módulos com a prática do IESC, envolvendo a escassez e qualificação dos preceptores de um lado e a deficiente estrutura dos cenários de prática, em meio à fragilidade da parceria com os serviços municipais de saúde, que está por ser aprimorada.

Os conteúdos do SUS estão presentes no universo dos **alunos**. De forma geral, no âmbito da atenção primária, eles referem a valorização do trabalho em equipe, desenvolvimento de habilidades de comunicação, aproximação à população e atendimento integral do cidadão, revelando, entretanto, que

---



necessitam aprender mais, na prática, sobre os protocolos do MS, o sistema de financiamento do SUS e sobre a rede hierarquizada de atenção.

A propósito, os alunos afirmaram que nem sempre o IESC viabiliza a aplicação na prática dos conteúdos vistos na teoria, o que se apresenta como um sinal de descompasso entre teoria e prática. Eles valorizam o IESC pelas vivências que proporcionam junto ao SUS, mas levantaram críticas a respeito do seu funcionamento. Resguardadas as oportunidades diferenciadas de aprendizado nos diferentes grupos de alunos, eles destacaram, igualmente, problemas relativos à disponibilidade e preparação dos preceptores para a função de facilitadores do ensino prático, bem como os problemas de acolhimento nas unidades de saúde. Projetando suas aspirações, eles evidenciam a necessidade do ensino se voltar mais para a atuação médica, considerando o foco central de sua formação.

Quanto à perspectiva de trabalhar no Sistema Único de Saúde, futuramente, afloraram posições divergentes, consoante com experiências vivenciadas no ensino. Numa vertente, as experiências resultaram no descrédito em relação ao SUS, sendo acentuada, inclusive, sua incompatibilidade com o exercício profissional da medicina. Em outra vertente, a experiência de ensino constituiu estímulo para a construção e fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Tais resultados reforçam a necessidade de revisão do currículo no sentido de potencializar a efetiva aproximação ao SUS – como preconiza o PPC.

A proposta explicitada no PPC é coerente com as DCN (2001), no sentido da organização de um currículo que promove a aproximação ao SUS, estruturado na metodologia do PBL com base na participação ativa do aluno.

Foi consensual a consideração de que a metodologia favorece o aprendizado do SUS por referência ao modelo tradicional, o que não exclui problemas relacionados com a execução do projeto – de acordo com as informações tanto dos docentes quanto dos alunos. Há problemas em relação à

---

interlocução entre os módulos e entre teoria e prática ao longo do currículo, o que requer um esforço de reconsideração da execução da proposta no âmbito do planejamento.

Quanto ao exercício da prática, docentes e alunos apontam problemas em relação à disponibilidade e preparo de preceptores e inadequação das condições de recebimento de alunos nos serviços, reveladores de uma parceria entre a academia e os serviços que está por ser construída.

A título de conclusão, vale dizer que o ensino do SUS consta no PPC da graduação em Medicina da UNIFAP, que contempla um modelo renovado de ensino, voltado para a preparação dos alunos para atuarem no SUS.

A implantação do Projeto, entretanto, ainda é incipiente. A interdisciplinaridade dos conteúdos, não alcançou superar a estrutura tradicional de ensino, apesar dos avanços alcançados neste sentido, ressaltando-se que a integração ensino-serviço-comunidade deixa a desejar.

Preceptores e docentes demandam por um aprimoramento condizente. Os alunos expressam, por sua vez, angústias diante das novidades metodológicas em curso. Embora se possa notar a valorização do SUS entre eles, muitos tecem críticas ao ensino nas UBS, explicitando que o SUS visto na teoria não é o SUS que vêem na prática.

O estudo aponta para a necessidade de institucionalização dos processos de autoavaliação capazes de subsidiar a dinâmica da construção e reconstrução do projeto.

Diante do exposto, fica a sugestão (implícita) da necessidade de realinhamento do projeto, particularmente, em relação à integração de conhecimentos e sua vinculação com a prática, destacando-se o IESC como espaço fundamental para esse aprendizado. Neste sentido, se coloca a proposta de realizar uma apresentação dos resultados junto ao corpo docente, preceptores e gestores dos serviços, visando desencadear um movimento de reavaliação do processo de implantação do projeto pedagógico, ao lado das medidas já em andamento.

---

## **6 REFERÊNCIAS**

---

---

---

ALMEIDA, M. J. et al. **Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais na Graduação em Medicina no Paraná.** Rev. Bras. Educ. Med. vol.31 n.2. Rio de Janeiro, 2007, p 156-165.

BATISTA, N. **Desenvolvimento Docente na Área da Saúde:** uma análise. Trabalho, Educação e Saúde. Rio de Janeiro, v.3, n.3, set. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde / Ministério da Educação. **Programa Nacional da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde / Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE):** Objetivos, Implementação e Desenvolvimento Potencial. Brasília: Ministério da Saúde/ Ministério da Educação, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996** (Quinquagésima Nona Reunião Ordinária, realizada nos dias 09 e 10 de outubro de 1996).

CAMARGO, M. **O Ensino de ética Médica e o Horizonte Bioética.** Revista Bioética, Brasília, v.4, n.1, 2009. Disponível em: [http://seer.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/395/358](http://seer.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/395/358). Acesso em 31.Dec.2011

CNE/CES - CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. Resolução CNE/CES 4/2001. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.** Diário Oficial da União, Brasília 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon (orgs.). **Saúde no Brasil: políticas e organização dos serviços.** São Paulo: Cortez/Cedec, 1996, 117p. (2ª ed: 1998; 3ª ed. revista e ampliada: 1999, 133p.; 4ª ed: 2001; 5ª ed: 2003; 6ª ed: 2005).

EDLER, Flávio Coelho. **Um lugar para a História no currículo Médico.** Cadernos ABEM. v.4, p. 06-10, outubro 2008.

ELIAS, Paulo Eduardo. **Estado e Saúde: os desafios do Brasil contemporâneo.** Revista São Paulo Perspectiva, v.18, nº3. São Paulo, july/sept. 2004.

FÁVERO, M. L. A. **A Universidade no Brasil: um itinerário marcado de lutas.** Revista Brasileira de Educação Médica, nº 10, p.16-32 Rio de Janeiro jan/abril, 1999.

FREIRE P. **Pedagogia da Autonomia.** Saberes Necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

---

- 
- MALTAGLIATI, Luciana Ávila; GOLDENBERG, Paulete. **Reforma curricular e pesquisa na graduação em odontologia: uma história em construção**. Hist. cienc. saúde-Manguinhos. 2007, vol.14, n.4, pp. 1329-1340. Rio de Janeiro. Out/dez. 2007.
- MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. 2ª Ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.
- MINAYO, M.C.S., O desafio do conhecimento – Pesquisa Qualitativa em saúde. São Paulo. HUCITEC, Abrasco. 6 ed. 1998.
- MINAYO, M.C.S., Sanches Odécio. Quantitativo- Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? Caderno de saúde Pública, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set, 1993.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. (Coleção temas sociais).
- MOREIRA, Antonio F. B. **Currículos e programas no Brasil**. 10ª ed. Campinas: Papirus, 2003.
- MOTOYAMA, Shozo (Org.) **50 anos de CNPQ: contados pelos seus presidentes**. São Paulo: Fapesp. 2002.
- NETO, O. C. et al. **Grupos Focais e Pesquisa Social Qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação**. FIOCRUZ/ENSP, nov 2002.
- OLIVEIRA, NEILTON ARAÚJO DE. **Ensino Médico no Brasil: Desafios e prioridades, no contexto do SUS- um estudo a partir de seis estados brasileiros**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. Tese de Doutorado em Ensino de Biociências e Saúde do Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.
- PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M.A. **O Relatório Flexner: para o bem e para o mal**. Revista Brasileira de Educação Médica, n. 493, 32(4): 492-499; 2008.
- PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148 p.
- PAULUS JUNIOR, A.; CORDONI JUNIOR, L. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil**. Rev. Espaço para a Saúde. Vol.8 nº1. Londrina, p.13-19, dez 2008.
- SILVA, I. F. Dicotomia Básico-Profissional no Ensino Superior em Saúde: Dilemas e Perspectivas. In: BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. (Org.). **Docência em Saúde: temas e experiências**. São Paulo: Senac São Paulo, 2004. p.135-152.
- UNIFAP. **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina**. Pró-Reitoria de Ensino de Graduação/UNIFAP. Macapá. 2008.
-

## **BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR**

---

---

ABENSUR, Silvia Itzcovici, TAMOSAUSKAS, Márcia Rodrigues Garcia. **Tecnologia da Informação e Comunicação na Formação Docente em Saúde**: Relato de experiência. Revista Brasileira de Educação Médica. V. 35, nº 1, Jan./Mar. 2011. P.102-107

ALMEIDA, Maria Tereza Carvalho, BATISTA, Nildo Alves. **Ser Docente em Métodos Ativos de ensino-Aprendizagem na Formação do Médico**. Revista Brasileira de Educação Médica. V. 35, nº 4, Out./Dez. 2011. P.468-476

ARAÚJO, F. Q.; PRADO, E. M. **Análise das DCN do curso de graduação em Farmácia**. Aprovado para publicação em julho de 2008.

AZEVEDO, Cristina Camelo de e BATISTA, Sylvia Helena. **Humanismo na formação médica**: olhares de estudantes de medicina na UF Alagoas. 2007.

BERBEL, N. N. **A problematização e a aprendizagem baseada em problemas**: diferentes termos ou diferentes caminhos? Interface – Comunicação, Saúde, Educação, 1998; 2 (2): 139-154.

FORNAZIERO, Celia Cristina, GORDAN, Pedro Alejandro e GARANHANI, Mara Lucia. **O Processo de Ensino e Aprendizagem do raciocínio Clínico** pelos Estudantes de Medicina da Universidade Estadual de Londrina. Revista Brasileira de Educação Médica. V. 35, nº 2, abr./jun 2011. P.246-253.

GARCIA, M. A. A; SILVA, Ana L. B. da. **Um Perfil do Docente de Medicina e sua Participação na Reestruturação Curricular**. Revista Brasileira de Educação Médica. vol 35 nº1: p 58-68, Rio de Janeiro jan/Mar, 2011.

GOMES, A.P., REGO, S. **Transformação da Educação Médica**: É Possível Formar um Novo Médico a partir de Mudanças no Método de Ensino-Aprendizagem? Revista Brasileira de Educação Médica 2011; 35 (4): 557-66.

GONDIM, Sônia Maria Guedes. **Grupos Focais como Técnica de Investigação Qualitativa**: Desafios Metodológicos. Paidéia, nº12 (24), p.149-161, 2003.

GONTIJO, Eliane Dias, SENNA, Maria Inês, LIMA, Luciana e DUCZMAL, Luiz. Cursos de Graduação em Medicina: uma análise a partir do SINAES. Revista Brasileira de Educação Médica. V. 35, nº 2, abr./jun 2011. P.209-218.

GORDAN, Pedro A. Currículos Inovadores: o desafio da inserção docente. In: BATISTA, Nildo Alves; BATISTA, Sylvia H. S. (Org.). **Docência em Saúde: temas e experiências**. São Paulo: SENAC São Paulo, 2004.

GUIMARÃES, M. V. **Ensino Médico no Brasil: 200 anos**. Sociedade Brasileira da História da Medicina, janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.sbhm.org.br/index.asp?p=noticias&codigo=133>. Acesso em 31.jan.2012.

---

GUSMÃO, S. S. **História da Medicina: Evolução e importância**. Sociedade Brasileira de História da Medicina. 13.nov.2007. Disponível em: <http://www.sbhm.org.br/index.asp?p=noticias&codigo=133>. Acesso em 31.jan.2012.

HAGUETTE, Tereza Maria F. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. 5 ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

KLEIN, A. M., GURIDI, V. **Construtivismo, ABP e Formação de Professores**. Rev. Elet. de Jornalismo Científico. 2010. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v1n3a21.htm>

KOIFMAN L. **A Função da Universidade e a Formação Médica**. Revista Brasileira de Educação Médica 2010; 35 (2): 145-6.

LUCCHESI, R., VERA, I., PEREIRA, W.R. **As políticas públicas de saúde - SUS – como referência para o processo ensino-aprendizagem do enfermeiro**. Rev. Eletr. [Internet]. 2010; 12(3):562-6. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v1n3a21.htm>

MAIA, J. A. O Currículo no Ensino Superior em Saúde. In: BATISTA, Nildo Alves; BATISTA, Sylvania H. S. (Org.). **Docência em Saúde: temas e experiências**. São Paulo: Senac São Paulo, 2004.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa**. 6 ed. São Paulo. Editora Atlas, 2006.

MASSOTE, Alice Werneck, BELISÁRIO, Soraya Almeida e GONTIJO, Eliane Dias. **Atenção Primária como Cenário de Prática na Percepção de Estudantes de Medicina**. Revista Brasileira de Educação Médica. V. 35, nº 4, Out./Dez. 2011, P.445-453.

MEZZARI, Adelina. **O uso da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) como Reforço ao Ensino Presencial Utilizando o Ambiente de Aprendizagem Moodle**. Revista Brasileira de Educação Médica. V. 35, nº 1, Jan./Mar. 2011. P.114-121.

MORAN, José Manuel. Caminhos para a Aprendizagem Inovadora. In: \_\_\_\_\_. **Novas Tecnologias e Mediação Pedagógica**. 15ª ed. São Paulo: Papiros, 2009. P. 22-24.

MORENO, L. R.; HORTA, F. M. B. **Atributos do Tutor que Influenciam a Sessão Tutorial na Aprendizagem Baseada em problemas**. Montes Claros: UNIMONTES, 2010. Xxf. Dissertação de mestrado – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde –CEDESS, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo. 2010.

---



OLIVEIRA, N. A., ALVES, L. A. **Ensino médico, SUS e início da profissão: como se sente quem está se formando?** Rev. Bras. Educ. Med. vol.35 nº.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2011.

OLIVEIRA, Vanessa Teixeira Duque de. **Avaliação na sessão tutorial do curso de medicina na UNIMONTES: aprendendo concepções e práticas.** Nildo Alves Batista. 2012.

PONTES, A. L.; REGO, S.; SILVA JUNIOR, A. G. **Saber e Prática Docente na Transformação do Ensino Médico.** Revista Brasileira de Educação Médica 2006; 30(2): 66-75.

SANTOS, Wilton Silva dos. Organização Curricular Baseada em Competências na Educação Médica. Revista Brasileira de Educação Médica. V. 35, nº 1, Jan./Mar. 2011. P.86-92

SGUISSARDI, Valdemar. **A universidade Neoprofissional, Heterônoma e Competitiva.** GT: Política de Educação Superior/ n.11, 2004.

SONZOGNO, M.C. Metodologias no Ensino Superior: Algumas Reflexões. In: BATISTA, Nildo Alves; BATISTA, Sylvia H. S. (Org.). **Docência em Saúde: temas e experiências.** São Paulo: SENAC São Paulo, 2004.

SOUZA, P. A.; ZEFERINO, A. M. B.; Da Ros, M. A. **Currículo Integrado: entre o discurso e a prática.** Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro. Jan/Mar; 2011; 35(1): 20-25.

---

**APÊNDICE**

---

---

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido você a participar da pesquisa intitulada **A TEMÁTICA DO SUS NA GRADUAÇÃO MÉDICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ**, que está sendo desenvolvida tendo em vista a elaboração de dissertação de mestrado do Programa Ensino em Ciências da Saúde do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Paulete Goldenberg.

A pesquisa tem como proposta identificar a caracterização da abordagem do SUS na estrutura formal do currículo em âmbito institucional, identificar as condições de ensino do SUS na graduação médica, frente às estratégias didático-pedagógicas adotadas e avaliar, na perspectiva dos alunos, o ensino da temática do SUS, após o término do quarto período da graduação médica.

A pesquisa, do ponto de vista operacional envolverá análise documental, entrevistas com o coordenador e docentes tutores, assim como, a partir da realização de grupos focais com alunos do quinto semestre do curso. Neste sentido, não há riscos nem desconfortos previstos para os participantes.

As gravações das entrevistas, feitas em equipamento portátil, assim como os questionários preenchidos pelos participantes e as gravações dos grupos focais serão armazenadas na residência da pesquisadora, em local de acesso reservado.

Ao final do estudo poderemos conhecer a situação da presença da temática do SUS no processo de graduação em Medicina da Universidade Federal do Amapá quanto a inserção da temática do SUS na proposta curricular adotada.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Prof.<sup>a</sup> Maribel Nazaré dos Santos Smith Neves, que poderá ser contatado pelos telefones (96) 8121.2345 e (96) 9111.4532

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj. 14, (11) 5571-1062, FAX: (11) 5539.7162 – e-mail: [cepunifesp@epm.br](mailto:cepunifesp@epm.br)

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer tipo de prejuízo.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Fica assegurado também, o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

---

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há remuneração financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Comprometo-me, como pesquisadora principal, utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

### CONSENTIMENTO

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito da investigação sobre **A temática do SUS na graduação médica da Universidade Federal do Amapá.**

Eu concordo em participar desta pesquisa. Ficaram claros para mim quais os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Macapá, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) pesquisado(a)

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura da pesquisadora

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do(a) testemunha

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do(a) testemunha

---

**APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O REITOR**

O roteiro de entrevistas para o Reitor da UNIFAP contemplou os seguintes eixos:  
Sexo? Idade? Formação profissional?

1. Há quanto tempo você está como Reitor da UNIFAP?
  2. Você atua como docente na Medicina? Há quanto tempo?
  3. Como aconteceu o planejamento e o desenvolvimento do projeto político-pedagógico do curso?
  4. Qual a proposta do curso de Medicina da Unifap em relação ao SUS?
  5. Houve participação dos docentes na construção do projeto pedagógico? Eles aceitaram bem a proposta do projeto pedagógico do PBL?
  6. Nas atividades de colegiado do curso os professores fazem avaliação do modelo de ensino?
  7. Como você avalia que está sendo a execução desse conteúdo atendendo o modelo integrado de ensino com relação ao SUS?
  8. Como você avalia que está a situação atual no curso com relação ao ensino do SUS quando se contempla o ensino teórico com o ensino prático?
  9. Em sua opinião o SUS como cenário de prática propicia uma melhor compreensão da importância da atenção primária em saúde por parte dos alunos?
  10. Você considera que o modelo pedagógico do PBL ou ABP onde o aluno participa ativamente junto à comunidade é um fator que contribui para que se desenvolvam alunos melhores enquanto cidadãos?
-

11. Você considera que o método contribui para que se estabeleça a aquisição de habilidades? Acha que os alunos realizem uma abordagem mais humanizada e uma atitude mais de transformar uma realidade de uma sociedade?
  12. Você considera que a transversalidade da prática desde o início do curso é um fator que contribui para que se estabeleça a prática de multidisciplinaridade?
  13. Como você avalia a aceitação dos alunos do curso de medicina da Unifap com relação à temática do SUS?
  14. Você considera que existem entraves com relação ao desenvolvimento do ensino do SUS na teoria e na prática nas unidades básicas de saúde?
-

**APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O COORDENADOR**

O roteiro de entrevistas para o coordenador do Curso deverá contemplar os seguintes eixos:

Sexo? Idade? Formação profissional?

- Há quanto tempo atua como docente de medicina? Há quanto tempo você está na coordenação do curso?
  - Como foi o planejamento e desenvolvimento do projeto político pedagógico do curso?
  - Qual a proposta deste curso em relação ao SUS?
  - Houve participação dos docentes na construção do projeto político-pedagógico? Os docentes aceitaram a proposta do projeto político-pedagógico?
  - Nas atividades de colegiado do curso, existem momentos em que os professores fazem avaliação do modelo de ensino?
  - Você entende que o modelo integrado de ensino deste curso está sendo executado com propriedade? Explícite.
  - Você acha que os conteúdos relativos ao SUS estão sendo executados satisfatoriamente?
  - Como você avalia a situação atual do ensino do SUS neste curso de medicina quanto à relação teoria e prática?
  - Você considera importante o contato do aluno na rede do SUS desde o início do curso? Explícite.
-

- Em sua opinião, o SUS como cenário de prática propicia melhor compreensão da importância da atenção primária em saúde, por parte dos alunos?
  - Você considera que o modelo pedagógico do ABP, onde o aluno participa ativamente junto à comunidade, é um fator que contribui para o desenvolvimento dos alunos enquanto cidadãos?
  - O método contribui para que se estabeleça a aquisição de habilidades para que os alunos realizem uma abordagem mais humanizada junto à comunidade?
  - Você considera que a transversalidade da prática desde o início do curso através do IESC, constitui um favorecimento em torno da multidisciplinaridade?
  - Como avalia a aceitação dos alunos à temática do SUS nesse curso de medicina?
-



**APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTAS PARA OS DOCENTES TUTORES**

Idade? Sexo? Formação profissional? Há quanto tempo atua como docente de medicina?

- Você conhece a proposta do PPP com relação ao ensino do SUS?
  - Como você qualifica o modelo pedagógico adotado (ABP) no favorecimento do ensino sobre o SUS?
  - Nesta metodologia os alunos manifestam mais interesse por esta temática do que nos cursos convencionais?
  - Você considera que a transversalidade da prática desde o início do curso através do IESC, constitui um favorecimento em torno da multidisciplinaridade?
  - Você acha que os alunos no 5º semestre do curso já incorporaram noções sobre a organização do SUS?
  - Você acredita que a vivência do aluno nos cenários de prática do SUS, desde o início do curso, permite melhor compreensão da importância da atenção básica para a saúde do cidadão?
  - Como você avalia a efetividade do ensino sobre o SUS ministrado até o momento considerando a integração dos conteúdos presentes nos módulos de ensino com a prática do IESC?
  - Você enquanto docente, está satisfeito com a forma como o SUS está sendo apresentado no curso de medicina ou acha que existem entraves que você observa no ensino da temática do SUS na instituição?
  - Você tem sugestões para a melhoria do curso no tocante a temática focalizada?
  - Você considera que o modelo pedagógico do ABP, onde o aluno participa ativamente junto à comunidade, é um fator que contribui para o desenvolvimento dos alunos enquanto cidadãos? Contribui para que se estabeleça uma abordagem mais humanizada junto à comunidade?
  - Como você avalia a aceitação dos alunos à temática do SUS nesse curso de medicina?
-











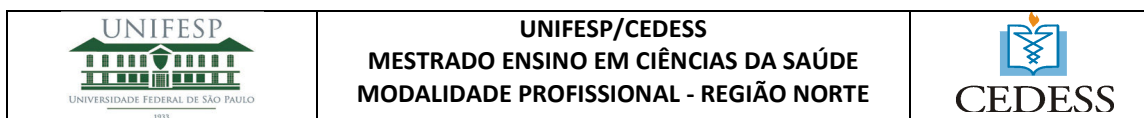


## **APÊNDICE F**

### **PRODUTO DE INTERVENÇÃO NA PRÁTICA**

---





**MARIBEL NAZARÉ DOS SANTOS SMITH NEVES**

**PRODUTO DE INTERVENÇÃO NA PRÁTICA**

**SEMINÁRIO**

**O CURSO DE MEDICINA NA UNIFAP: *Perspectivas de realinhamento***

**Macapá – Amapá**

**2014**

---

## PRODUTO DE INTERVENÇÃO NA PRÁTICA

### SEMINÁRIO

#### O CURSO DE MEDICINA DA UNIFAP: *Perspectivas de realinhamento*

#### 1. INTRODUÇÃO

O PPC do curso de Medicina da UNIFAP tem como proposta a preparação do aluno para atuar no SUS. Norteados pelo PBL, o projeto valoriza o aprendizado pela prática, envolvendo a participação ativa do aluno, em atenção às recomendações das DCN (2001).

Entusiasta do PBL, o reitor refere que, na prática, ainda há problemas na execução do projeto. Segundo os docentes, o ensino integrado ainda apresenta dificuldades na interlocução entre conteúdos das áreas básicas com as clínicas, assim como entre a teoria e a prática. Para os docentes, os alunos conhecem o SUS e a temática é bem aceita por eles. Ressaltam-se, entretanto, deficiências relacionadas às condições de ensino nos espaços das unidades de saúde, envolvendo não só as condições físicas quanto a disponibilidade de profissionais para receber os alunos.

Consoante com estes resultados, os alunos referem como satisfatório o aprendizado teórico, deixando a desejar o aprendizado prático nos cenários do SUS. Valorizando o IESC como propiciador de vivências práticas, eles identificam falhas referentes à qualificação de docentes e preceptores, em meio às deficiências das UBS, que se explicita na crítica ao planejamento das atividades didáticas exercidas junto aos alunos.

Diante desse quadro, emergiu - como produto da presente investigação - a proposta de realização de um seminário que subsidiasse um movimento de reflexão sobre as potencialidades de realinhamento das condições de execução do projeto. Neste sentido, o seminário envolveria não só a apresentação dos resultados sobre o ensino do SUS na graduação da UNIFAP, mas sua interface com a metodologia de ensino e relação entre a teoria e a prática - daí a opção pela apresentação, inclusive dos resultados de investigação de colegas nossos sobre esses assuntos.

---

## **2. OBJETIVO**

Caracterizar o panorama das condições de implantação do curso de Medicina da UNIFAP tendo em vista subsidiar reflexão sobre as necessidades de realinhamento do projeto original.

## **3. METODOLOGIA**

O seminário envolverá a realização de uma mesa redonda seguida de trabalhos em grupo, tendo como público alvo os coordenadores, docentes e preceptores da UNIFAP, assim como gestores das unidades de saúde. Nestas condições, o seminário deverá se desenvolver em dois períodos.

A Mesa Redonda, num primeiro momento, envolverá apresentações de trabalhos de avaliação que tratam do ensino do SUS, avaliação do PBL e caracterização do IESC na perspectiva dos preceptores, gestores e trabalhadores das UBS e dos alunos da UNIFAP. Assim procedendo, pretende-se retratar o panorama atual do ensino que servirá de referência para o desencadeamento de um movimento de reflexão sobre as necessidades de reformulação do projeto atual – que será desenvolvido, num segundo momento, no âmbito dos trabalhos de grupo. A apresentação de críticas e sugestões de cada grupo, deverá ocorrer numa plenária onde serão consolidados os resultados, os quais serão encaminhados para o colegiado do curso.

Ao final do seminário serão disponibilizados certificados para os participantes.

---

#### **4. PROGRAMAÇÃO**

##### **O CURSO DE MEDICINA DA UNIFAP: Perspectivas de realinhamento**

**Período da manhã (das 09h às 12h)**

##### **Mesa Redonda**

**Coordenador:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Katia Jung

- O Ensino do SUS na Graduação Médica da UNIFAP  
Palestrante: Prof.<sup>a</sup> Ms. Maribel Smith
- O Ensino Baseado em problemas no Curso de graduação em Medicina da UNIFAP: desafios de implantação curricular.  
  
Palestrante: Ms Elza Rezende
- IESC e os desafios do processo de inserção dos alunos do curso de Medicina da UNIFAP no cenário de prática: olhar do gestor e profissionais de saúde.  
  
Palestrante: Prof.<sup>a</sup> Ms. Maria Helena
- A percepção da Integração Ensino Serviço e Comunidade (IESC) sob a visão dos alunos de Medicina e da equipe de saúde das Unidades Básicas do Estado do Amapá  
  
Palestrante: Ms. Josilene Rodrigues

**Período da tarde (das 14h às 17h30min)**

##### **Grupos de trabalho**

- Reunião de grupos de trabalho por temas
- Plenária

Apresentação dos trabalhos

Discussão

Consolidado de sugestões sobre realinhamento

---

## 5. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BATISTA, N.A. Planejamento na prática docente em saúde. In: BATISTA, Nildo Alves; BATISTA, Sylvia H. S. (Org.). **Docência em Saúde: temas e experiências**. São Paulo: Editora SENAC, São Paulo, 2004.

IOCHIDA, L.C. Metodologias problematizadoras no ensino em saúde. In: BATISTA, Nildo Alves; BATISTA, Sylvia H. S. (Org.). **Docência em Saúde: temas e experiências**. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2004.

SILVA, I.F. Dicotomia Básico-Profissional no Ensino Superior em Saúde: Dilemas e Perspectivas. In: BATISTA, Nildo Alves; BATISTA, Sylvia H. S. (Org.). **Docência em Saúde: temas e experiências**. São Paulo: Editora SENAC São Paulo, 2004.

UNIFAP. **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina**. PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE GRADUAÇÃO/UNIFA. Macapá. 2008.

---

**ANEXOS**

---

---

**ANEXO A – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ

**CARTA DE AUTORIZAÇÃO**

Macapá, 23 de abril de 2012

Ao  
Comitê de Ética em Pesquisa  
UNIFESP

Prezados Senhores

Eu, **KÁTIA JUNG DE CAMPOS**, Coordenadora do Curso de Medicina da Universidade Federal do Amapá - UNIFAP, conheço o Projeto de Pesquisa "**A temática do SUS na Graduação Médica da Universidade Federal do Amapá**" de autoria da Pesquisadora **MARIBEL NAZARÉ DOS SANTOS SMITH NEVES** e autorizo a coleta de dados nessa Instituição, após aprovação do referido projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP.

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Kátia Jung de Campos', is written over a horizontal line.

Assinatura

---

---

## ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO - UNIFESP

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/ Hospital São Paulo

### PROJETO DE PESQUISA

---

**Título:** A Temática do SUS na Graduação Médica da Universidade Federal do Amapá.

**Área Temática:**

**Pesquisador:** Maribel Nazaré dos Santos Smith Neves

**Versão:** 1

**Instituição:** Universidade Federal de São Paulo -  
UNIFESP/EPM

**CAAE:** 04868612.8.0000.5505

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

---

**Número do Parecer:** 81573

**Data da Relatoria:** 24/08/2012

**Apresentação do Projeto:**

Este trabalho tem como objetivo estudar como está acontecendo o processo de ensino-aprendizagem relacionado à temática SUS na graduação médica da Universidade Federal do Amapá, implantada em 2010. A investigação acontecerá em três movimentos, sendo o primeiro de investigação. A identificação da proposta de ensino do SUS no âmbito institucional deverá se apoiar na análise documental, tendo como fonte de informações o Projeto Político-pedagógico. O segundo movimento de investigação abordará a percepção do coordenador e dos professores tutores do curso quanto à presença da temática do SUS no curso que aconteceram nos cinco semestres iniciais do curso. Finalmente, será investigado a presença da temática do SUS na graduação médica da Universidade Federal do Amapá, sob a visão dos alunos do sexto semestre do curso. A investigação junto ao coordenador e tutores do curso acontecerá sob a forma de entrevista cujo roteiro é elaborado sob a forma de questões abertas. Aos alunos será aplicado, inicialmente, um questionário semi aberto com respostas individuais cujas informações serão aprofundadas com a realização de grupos focais envolvendo o máximo de dez alunos em cada grupo. Os grupos focais serão coordenados pela pesquisadora.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Avaliar a inserção da temática do SUS na graduação do curso de medicina da Universidade Federal do Amapá.

Objetivo Secundário:

1)Caracterizar a abordagem do SUS na estrutura formal do currículo em âmbito institucional; 2)Identificar as condições de ensino do SUS na graduação médica na perspectiva do coordenador e tutores, frente às estratégias didático pedagógicas adotadas; 3)Avaliar, na perspectiva dos alunos da aprendizagem da temática do SUS, após o término do quarto período da graduação médica.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Risco mínimo, sem procedimento intervencionista.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa envolvendo entrevistas e formação de grupos focais. Estão descritos os procedimentos do estudo. Apresenta carta de autorização da Coordenadora do Curso de Medicina da Universidade Federal do Amapá para a realização da pesquisa. O estudo será conduzido sem financiamento externo, com custo de R\$ 920,00.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A folha de rosto encontra-se adequada. Apresenta TCLE, contemplando a resolução 196/96

---



**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:**

O colegiado acatou o parecer do relator. Projeto aprovado.

**Na data de emissão desse parecer estava pendente (1) parecer de instituições coparticipantes.**

SAO PAULO, 24 de Agosto de 2012

---

Assinado por:  
José Osmar Medina Pestana

---

## **ANEXO C – O TUTORIAL E O PAPEL DOS PARTICIPANTES**

Cada grupo tutorial é composto por um professor tutor e de seis a oito alunos sorteados aleatoriamente.

O documento em estudo explicita (p. 62) que na composição do grupo para os encontros tutoriais, um dentre os alunos desempenhará o papel de coordenador e o outro desempenha o papel de secretário. Esses papéis fazem rodízio entre os alunos de sessão a sessão proporcionando que todos desempenhem cada papel nas sessões que acontecem. Ambos os papéis são escolhidos no início das atividades entre os pares ou pelo tutor, cabendo a eles as funções de encaminhar a execução dos tutoriais.

### **Papel do aluno coordenador:**

O coordenador deve exercer as seguintes funções:

- Orientar o grupo na discussão do problema, segundo os 8 passos;
- Estimular a participação de todos, mantendo o foco das discussões no problema;
- Impedir a monopolização ou a polarização das discussões entre alguns membros do grupo, favorecendo a participação de todos;
- Apoiar as atividades do secretário;
- Estimular a busca do conhecimento prévio, a apresentação de hipóteses e o aprofundamento das discussões;
- Respeitar posições individuais e garantir que estas sejam discutidas pelo grupo com seriedade e que tenham representação nos objetivos de aprendizagem, sempre que o grupo não conseguir refutá-las adequadamente;
- Resumir as discussões;
- Contribuir para que os objetivos de aprendizagem sejam específicos, formulados de forma clara e compreensível.
- Solicitar auxílio do tutor quando pertinente e estar atento às suas orientações quando oferecidas espontaneamente.

### **Papel do aluno secretário:**

Ele deve exercer as seguintes funções:

- Anotar no quadro, de forma legível, compreensível e o mais fiel possível, as contribuições dos integrantes do grupo.
  - Solicitar ajuda do coordenador quando necessário
  - Respeitar as opiniões do grupo, evitando privilegiar suas próprias opiniões ou aquelas com as quais concorde.
-

- Anotar com fiel rigor os objetivos de aprendizagem apontados pelo grupo
- Anotar as discussões posteriores, classificando-as segundo os objetivos de aprendizagem traçados.

**Papel do professor tutor:**

O professor-tutor deve ser docente que participou ativamente do Grupo de Planejamento da unidade educacional e será acompanhado por esse grupo e contará com o apoio de co-tutores, que substituirão os tutores em suas ausências.

O tutor deve:

**Antes ou no início da unidade educacional e/ou sessão tutorial**

- Conhecer os recursos de aprendizado disponíveis para esta unidade educacional no ambiente da Universidade.
- Participar do grupo de planejamento da unidade e de seus objetivos de aprendizagem
- Receber do Coordenador da unidade um roteiro, que resuma o que se pretende com o problema.
- Esclarecer suas dúvidas junto ao coordenador da unidade, previamente ao início das atividades tutoriais.
- Participar das reuniões semanais de educação permanente dos tutores, apresentando críticas sobre debilidades da unidade, dos problemas e sugestões para melhorá-los.

**Durante a sessão tutorial:**

- Ser um guia, um facilitador no processo de aprendizagem e não uma fonte de informações;
  - Ensinar aos alunos dos primeiros grupos tutoriais do primeiro ano, a dinâmica do grupo, esclarecendo quais são os papéis do coordenador e do secretário do grupo tutorial;
  - Solicitar ao grupo que indique um coordenador de atividades e um secretário para cada problema a ser trabalhado;
  - Observar os 8 passos e exigir que os alunos a sigam;
  - Salientar que o 4º passo é importante para o grupo ter uma visão geral do problema, facilitando o encontro dos objetivos de aprendizagem;
  - Apoiar as atividades do coordenador e do secretário;
  - Promover, quando o coordenador do grupo permanecer fraco, mesmo após estímulo, a uniformidade da discussão entre os alunos, estimulando o tímido, bem como “podando” aquele que fala demais;
  - Cobrar dos alunos as fontes que consultaram, promovendo, assim, a diversificação de informações e facilitando o debate;
-

- Promover, diante de opiniões diferentes, o debate até que ocorra um consenso no grupo;
- Estimular o grupo a obedecer ao tempo destinado às discussões, exigindo que os alunos sejam objetivos;
- Formular questões apropriadas para que os alunos enriqueçam suas discussões, quando apropriado;
- Favorecer o bom relacionamento dos alunos entre si e com o tutor, ajudando a construir um ambiente de confiança para o aprendizado;
- Aplicar (e discutir) com critério, as avaliações pertinentes, imediatamente após o término do grupo tutorial, e exigir que os alunos também o façam;
- O tutor pode exercer outras atividades na unidade educacional, tais como: consultoria, instrutor de habilidades ou outras, quando programado;

#### **Após o término da sessão tutorial**

- Identificar os objetivos de aprendizagem previstos pelo Grupo de Planejamento da unidade que os alunos não conseguiram alcançar
- Conversar e criticar individual e construtivamente os alunos do grupo, quando pertinente.
- Valorizar a avaliação e exercer a crítica nos foros pertinentes quando necessário.

#### **O tutor não deve**

- Intimidar os alunos com seus próprios conhecimentos
  - Indicar os objetivos de aprendizagem previstos pelo grupo de planejamento (eles podem ser inadequados ao atual estágio de desenvolvimento do grupo).
  - Privilegiar o seu grupo, trazendo bibliografia própria ou fazendo consultorias durante a sessão tutorial. Quando tiver fonte melhor que a bibliografia sugerida pela unidade, deve passá-la ao Coordenador para que este a divulgue para todos.
  - Mudar os horários previstos para os trabalhos da unidade, suspender atividades dos tutoriais ou prever tutoriais extras ou fora de horário.
  - Dar folga para os alunos quando não previsto em horário da universidade, especialmente para deixar os alunos livres tratar de outro problema semelhante.
  - Substituir os problemas previstos por outros de sua iniciativa ou agrado
  - Contratar aulas teóricas ou similares para suprir aspectos que julgue não terem sido abordados.
  - Criar atividades extras programáticas para o seu grupo de alunos ou mesmo para os outros alunos da unidade, gerando expectativas e competição com o programa do bloco.
-