



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA**
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Integração ensino-serviço-comunidade nos projetos de cooperação do Internato em Medicina Social da Faculdade de Medicina da Bahia/Universidade Federal da Bahia: operacionalização de conceitos

Elaine Nunes Pacheco

Salvador (Bahia)
Agosto, 2014

FICHA CATALOGRÁFICA**UFBA/SIBI/Bibliotheca Gonçalo Moniz: Memória da Saúde Brasileira**

Pacheco, Elaine Nunes

P116 Integração ensino-serviço-comunidade nos projetos de cooperação do internato de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Bahia/Universidade Federal da Bahia: operacionalização de conceitos / Elaine Nunes Pacheco. Salvador: EN, Pacheco, 2014.

VIII., 45 fls.:il. [fig.].

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rafaela Cordeiro Freire.

Monografia como exigência parcial e obrigatória para Conclusão do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

1. Integração docente- assistencial. 2. Educação. 3. Internato e residência.
I. Freire, Rafaela Cordeiro. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina. III. Título.

CDU: 61:37.018



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA**
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Integração ensino-serviço-comunidade nos projetos de cooperação do Internato em Medicina Social da Faculdade de Medicina da Bahia / Universidade Federal da Bahia: operacionalização de conceitos

Elaine Nunes Pacheco

Professora orientadora: **Rafaela Cordeiro Freire**
Coorientadora: **Mônica Angelim Gomes de Lima**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2014.1, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)
Agosto, 2014

Monografia: *Integração ensino-serviço-comunidade nos projetos de cooperação do Internato em Medicina Social da Faculdade de Medicina da Bahia / Universidade Federal da Bahia: operacionalização de conceitos*, de **Elaine Nunes Pacheco**.

Professor orientador: **Rafaela Cordeiro Freire**
Coorientadora: **Mônica Angelim Gomes de Lima**

COMISSÃO REVISORA:

- **Rafaela Cordeiro Freire** (Presidente, Professora orientadora), Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Mônica Angelim Gomes de Lima (Coorientadora)**, Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Ana Luiza Queiroz Vilasbôas**, Professora e Vice-Diretora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.
- **Maria Cristina Teixeira Cangussu**, Professora do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia.
- **Charleston Ribeiro Pinto**, Doutorando do Curso de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde (PPgMS) da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO: Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no VII Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em ___ de _____ de 2014

*“Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar,
mas para transformá-lo;
se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo,
devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia,
mas participar de práticas com ela coerentes”.*

Paulo Freire

À minha família, amigos e aos que me permitiram acreditar que a utopia está no horizonte.

EQUIPE

- Elaine Nunes Pacheco, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA.
Correio-e: nane.nunes@gmail.com;
- Rafaela Cordeiro Freire, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA; e
- Mônica Angelim Gomes de Lima, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA.

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

- Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)
- Departamento de Medicina Preventiva e Social

FONTES DE FINANCIAMENTO

1. Recursos próprios.

AGRADECIMENTOS

- ◆ À minha Professora orientadora, **Rafaela Cordeiro Freire**, pela dedicação, apoio, carinho e por compartilhar as suas experiências e ideias na construção deste trabalho.
- ◆ À **Mônica Angelim Gomes de Lima**, minha Coorientadora, pelo incentivo e ensino desde os primeiros passos e por acreditar no potencial deste trabalho.
- ◆ Aos estudantes e professores do **Internato em Medicina Social** pela produção e disponibilidade de material para este trabalho.
- ◆ Ao combativo **Diretório Acadêmico de Medicina da Bahia**, pelo aprendizado constante na luta por uma saúde pública como direito do povo brasileiro e pela formação de militantes que acreditam que nada deve parecer impossível de mudar.
- ◆ Aos companheiros e companheiras da **Liga de Atenção Primária à Saúde**, pela disposição de serem agentes ativos contra os modelos hegemônicos apostando numa outra forma de fazer saúde e educação.
- ◆ A **Maria Cristina Teixeira Cangussu**, **Ana Luiza Queiroz Vilasbôas** e **Tarcísio Matos Andrade**, e ao Doutorando **Charleston Ribeiro Pinto**, membros da Comissão Revisora desta Monografia. Meus agradecimentos pelo interesse e disponibilidade.

SUMÁRIO

ÍNDICE DE GRÁFICOS	2
ÍNDICE DE QUADROS	3
I. RESUMO	4
II. OBJETIVOS	5
<i>II. 1 Principal</i>	5
<i>II. 2 Secundários</i>	5
III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	6
<i>III. 1 Educação e a formação para Saúde</i>	6
<i>III. 2 Integração Ensino-Serviço-Comunidade</i>	8
<i>III. 3 O Internato e seu contexto</i>	13
IV. METODOLOGIA	16
V. RESULTADOS	18
VI. DISCUSSÃO	25
VII. CONCLUSÕES	35
VIII. SUMMARY	37
IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
X. ANEXOS	41
ANEXO I. Pesquisa: Notícias online da Atenção Básica e Saúde da Família em Salvador, período de 2009-2012.	41
ANEXO II: Ficha para levantamento dos dados dos projetos de cooperação	45

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. Distribuição dos Projetos de cooperação por ano e local de execução	18
GRÁFICO 2. Distribuição dos Projetos de cooperação nas Cidades do interior da Bahia, em 2011-2012	19
GRÁFICO 3. Distribuição dos Projetos de cooperação por Distrito Sanitário em Salvador e Região Metropolitana, em 2011-2012	19
GRÁFICO 4. Distribuição por categorias temáticas de temas dos projetos de cooperação	21
GRÁFICO 5. Distribuição por categorias temáticas dos objetivos dos projetos de cooperação	22
GRÁFICO 6. Aspectos observados nas metodologias empregadas nos projetos de cooperação	23
GRÁFICO 7. categorias de dificuldades relatadas nos projetos de cooperação	24
GRÁFICO 8. Categorias de perspectivas relatadas pelos estudantes nos projetos de cooperação	24

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1. Distribuição dos projetos de cooperação por ano e local de execução	18
QUADRO 2. Distribuição dos projetos de cooperação por Distrito Sanitário e Unidade de Saúde da Família	20
QUADRO 3. Categorias da análise de conteúdo dos projetos de cooperação	20

I. RESUMO

Integração ensino-serviço-comunidade nos projetos de cooperação do Internato em Medicina Social da Faculdade de Medicina da Bahia/Universidade Federal da Bahia: operacionalização de conceitos

Ao longo da história, a ideologia dos cursos de medicina demonstra essa reprodução com um modelo biotecnista, médico hegemônico e hospitalocêntrico. Com a criação do Sistema Único de Saúde, torna-se necessário repensar os modelos tecno assistenciais e, por conseguinte a formação dos profissionais da área da saúde, a integração ensino-serviço-comunidade aponta como uma estratégia com potencial transformador. Nessa perspectiva, surge o Internato em Medicina Social, da Faculdade de Medicina Da Bahia (FMB/UFBA). Os estudantes são inseridos em Unidades de Saúde da Família e desenvolvem projetos de cooperação, como intervenção no serviço de saúde ou na comunidade. **OBJETIVO:** Analisar como a integração ensino-serviço-comunidade está sendo operacionalizada nos projetos de cooperação do Internato em Medicina Social da FMB/UFBA, no período de 2011 a 2012. **METODOLOGIA:** Pesquisa documental, de recorte qualitativo, baseada em análise de conteúdo temática dos relatórios dos Projetos de Cooperação. **RESULTADOS:** 58 projetos foram analisados, a maior parte desenvolvida em Salvador e Região Metropolitana, principalmente no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário. Os temas relacionados ao cuidado individual surgiram com maior frequência nos projetos (74%), assim como nos objetivos (50%). Muitos projetos se propuseram a fazer estudos epidemiológicos e as atividades foram desenvolvidas em interação com a equipe. As principais dificuldades relatadas são em relação à falta de estrutura (48,2%) e problemas de organização do serviço (46,5%). Ao final os estudantes sugerem muitas melhorias para o serviço e a continuidade dos projetos. **DISCUSSÃO:** As atividades desenvolvidas estão em consonância com a necessidade de reorientação da formação profissional em saúde e buscam algumas ferramentas para melhor integração do ensino-serviço-comunidade. As dificuldades de mudanças estão relacionadas com a continuidade do pensamento médico hegemônico e suas reflexões na prática e a preferência por práticas técnicas e do método científico de pesquisa. **CONCLUSÃO:** Tanto as dificuldades presentes na rede de serviços, quanto às mudanças não efetivas do ensino influenciam o desempenho do estudante no cenário de prática. Porém há a percepção de um retorno positivo e de uma possível mudança de visão do conceito de saúde dos estudantes em formação.

Palavras-chaves: 1. Integração Docente-Assistencial. 2. Educação. 3. Internato e Residência.

II. OBJETIVOS

II. 1 Principal

Analisar como a integração ensino-serviço-comunidade está sendo operacionalizada nos projetos de cooperação desenvolvidos nas Unidades de Saúde da Família durante o Internato em Medicina Social do curso de graduação em medicina da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, no período de 2011-2012.

II. 2 Secundários

1. Descrever as características dos projetos de cooperação do internato realizados nas Unidades de Saúde da Família (USF);
2. Identificar a apropriação feita pelos estudantes de medicina dos elementos relacionados à formação no Sistema Único de Saúde (SUS): ensino, gestão, atenção e controle social nas experiências registradas nos projetos de cooperação desenvolvidos nas USF.

III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

III. 1 Educação e a formação para Saúde

“A educação ajuda a pensar tipos de homens, mais do que isso, ela ajuda a criá-los, através de passar uns para os outros o saber que o constitui e legitima. Produz o conjunto de crenças e ideias, de qualificações e especialidades que envolvem as trocas de símbolos, bens e poderes que, em conjunto constroem tipos de sociedades.”(Brandão, 1993, pq.11)

A educação varia conforme a organização e o momento histórico de cada sociedade. A socialização sempre esteve presente nos processos educacionais, pois é através dela que o sujeito entra em contato e difunde as necessidades e projetos de sociedade que constituem a identidade e ideologia de um grupo social. Dessa forma, a escola é apenas um lugar momentâneo de socialização, mas a educação em si independe dessa estrutura. (Brandão, 1993)

Segundo Ferreira (1988, *apud* Brandão 1993, pg. 57), no Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa, a educação é:

“Ação exercida pelas gerações adultas sobre as gerações jovens para adaptá-las à vida social; trabalho sistematizado, seletivo, orientador, pelo qual nos ajustamos à vida, de acordo com as necessidades ideais e propósitos dominantes; ato ou efeito de educar; aperfeiçoamento integral de todas as faculdades humanas, polidez, cortesia”.

Em muitas experiências a educação serve como instrumento de formação da técnica, afirmando as desigualdades e a divisão de trabalho e determinando a reprodução dos ideais da classe dominante. A falta de liberdade e igualdade contribui para que a educação se afaste de formação de consciência e do fortalecimento dos verdadeiros valores culturais. Ao mesmo tempo, pensando por essa lógica, se a educação for reinventada e estiver a serviço da liberdade, será meio de transformação e produzirá agentes de mudança, promotores do desenvolvimento social. (Freire, 1996)

A Lei Nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, do Ministério da Educação, estabelece as diretrizes e bases da educação nacional em relação ao ensino superior:

II - formar diplomados nas diferentes áreas de conhecimento, aptos para a inserção em setores profissionais e para a participação no desenvolvimento da sociedade brasileira, e colaborar na sua formação contínua;

VI - estimular o conhecimento dos problemas do mundo presente, em particular os nacionais e regionais, prestar serviços especializados à comunidade e estabelecer com esta uma relação de reciprocidade. (Brasil, 2010)

Portanto, percebe-se o potencial da educação para o desenvolvimento das sociedades, mas também as dificuldades enfrentadas para superar os modelos tradicionais e reprodutores de interesses específicos e não coletivos. Com a educação médica não é diferente, através dos marcos históricos percebemos a influência das ideologias.

O resgate histórico feito por Da Ros (2004) sobre a ideologia do ensino médico conta que no início do século XIX, já estava instalada a hegemonia capitalista, com o cenário de super exploração da força de trabalho, condições precárias de trabalho, más condições de vida. Segundo Virchow, esses fatores são determinantes da produção de doenças e a partir dessa análise, junto com os movimentos socialistas, surge a medicina social. No final do século XIX, o desenvolvimento dos campos de conhecimentos biológicos, aliado aos interesses econômicos, supera a determinação social no entendimento da saúde, tornando-se hegemônico. O processo de adoecimento passa a ser uni causal e a vítima culpabilizada, abrindo portas para o higienismo e a medicalização.

Em 1910, Flexner, um professor da John Hopkins University contratado pela fundação americana Rockefeller, produz um relatório de avaliação das faculdades de medicina nos EUA, com base no padrão da Hopkins. Posteriormente o relatório é considerado um marco na negação dos aspectos psicológicos e sociais da educação médica e consolida a hegemonia do complexo médico-industrial. Entre as principais ideias estão: ensino deve ser dividido em básico e profissionalizante, hiper valorização dos hospitais e anatomia, não menciona saúde mental, pública ou ciências sociais, considera que o melhor ensino é por especialidades.

No Brasil, o modelo flexneriano se consolida na ditadura militar como sinônimo de modernidade, centrado no hospital e na tecnologia, muitos dos professores atuais das faculdades de medicina foram formados nessa época. Junto com as reivindicações da ditadura militar surgem os movimentos estudantis e populares de saúde que começam a questionar essa lógica e associam a necessidade da prevenção, resgate da medicina social e saúde como direito social. Posteriormente

esses grupos darão origem ao Movimento Sanitário.

Após os embates do Movimento da Reforma Sanitária e os grupos políticos, alcança-se a aprovação da Constituição de 1988 e as Leis Orgânicas de 1990, criando o sistema público de saúde com seus princípios de universalidade, integralidade e controle social. A partir dos anos 90, passa-se a valorizar a atenção primária em saúde como estruturante do sistema e sua rede de serviços, considerado o modelo de atenção que permitirá a consolidação de uma saúde mais integral. Ao mesmo tempo, esse modelo funciona com menor custo e as grandes empresas e o Banco Mundial passam a investir na atenção primária, inclusive na formação de profissionais capacitados para essa área e não para o modelo flexneriano. Nesse contexto, surgem as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina (DCN).

Ceccim e Feuerwerker (2004) defendem a elaboração de uma política pública para educação dos profissionais de saúde. A formação conservadora e tecnicista difundida atualmente não corresponde aos princípios e diretrizes que embasam o Sistema Único de Saúde (SUS). O ensino precisa referenciar-se nas necessidades de saúde da população e do sistema de saúde. O SUS tem assumido o papel de problematizar as questões relacionadas aos modelos de atenção vigentes e os modos de cuidar, assim como aponta a necessidade de reformar a o perfil do profissional envolvido com a saúde pública. No entanto, mais estratégias específicas e de maior impacto precisam ser implementadas com foco na formação profissional para que sejam alcançados estes objetivos. A proposta do quadrilátero da formação no SUS é que revê que esta seja baseada em quatro elementos: ensino, gestão, atenção e controle social. Cada componente traz aspectos que precisam dialogar entre si para que os indivíduos envolvidos no processo - estudantes, professores, profissionais, gestores, usuários e movimentos sociais - possam potencializar as transformações no campo da saúde.

III. 2 Integração Ensino-Serviço-Comunidade

Uma das estratégias para a reformulação de recursos humanos em saúde é a integração

ensino-serviço-comunidade (IESC). No SUS, essa interação é apontada como o trabalho pactuado entre estudantes, docentes, trabalhadores, e gestores da área da saúde e comunidade que objetiva a melhoria da qualidade da atenção ao usuário e à comunidade, assim como ao aperfeiçoamento da formação profissional afinado com os princípios e diretrizes propostas por este complexo sistema público de saúde. (Albuquerque et al. 2008)

As relações entre esses componentes tem se configurado de maneira frágil e distante. O ensino-serviço significa a inserção do estudante no campo de prática, o ensino-comunidade se restringe à extensão universitária e a interação serviço-comunidade ocorre através dos programas de atenção primária. Com a parceria entre as instituições de ensino, os serviços de saúde e a comunidade têm-se as bases para a transformação necessária e a intervenção na formação de atores comprometidos com a implantação do sistema de saúde e a consolidação de um novo modelo de atenção centrado no usuário. (Almeida et al. 1999)

Desde a década de 80, no contexto das discussões da Reforma Sanitária, a IESC passa a aparecer no cenário das políticas públicas, quando o Ministério da Educação lança o Programa de Integração Docente Assistencial (IDA), buscando a aproximação das instituições de ensino com os serviços de saúde para que a prática e a educação interligadas se adequassem às necessidades de saúde da população. Já no final dessa década, após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Constituição de 1988 aprova a criação do SUS, com necessidade de mudanças para adequar o ensino e os serviços a essa nova forma de organização da saúde no Brasil. (Relatório..., 2010)

Em 1985, é criada a Rede Unida, incentivada pela Fundação Kellogg, a Rede visava à mudança dos modelos de atenção baseados em um conceito ampliado de saúde com ênfase nas ações de promoção à saúde. A partir da década de 90, a Rede Unida passa a priorizar o debate da formação de recursos humanos em saúde, articulada com os projetos desenvolvidos no Programa UNI, proporcionando ampla discussão e a troca das primeiras experiências no âmbito da IESC e até os dias atuais, a Rede Unida promove articulações e participa da formulação de políticas nessa área, como por exemplo, as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Saúde. (Rede Unida, 2013)

O Programa UNI (Uma Nova Iniciativa), citado anteriormente, surge nos anos 90 como um projeto da América Latina, sendo as cidades de Botucatu, Marília, Londrina, Natal, Salvador e Brasília, as participantes do Brasil. O objetivo era incentivar a criação e divulgação de projetos que envolvessem ações integradas de educação, serviço de saúde e comunidade. (Fundação UNI, 2013)

Para que a IESC aconteça como ferramenta potencial de transformações do quadrilátero da formação, é necessária a organização dos currículos médicos de forma a priorizar uma formação socialmente referenciada, colocando o aluno estudante como elemento central, evidenciando a importância da inserção nos serviços de saúde para construção de autonomia e cidadania, preferencialmente no SUS. Nesse contexto de propostas de mudanças, em 2001, as DCN do Curso de Graduação em Medicina, foram instituídas e apontam como essencial o seguinte perfil do médico, como o almejado pela formação médica no Brasil:

“[...] 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.”(Brasil, 2001)

A novidade trazida pelas diretrizes que tem relação direta com a integração ensino-serviço-comunidade é o acréscimo do Internato em Saúde Coletiva de caráter obrigatório. Desde então os vários cursos de medicina procuram se adequar às novas propostas apontadas nas diretrizes e algumas experiências já têm sido relatadas. Na Universidade Estadual de Londrina, a reorientação do modelo de saúde alicerçou a adequação do programa curricular com atividades voltadas para atenção primária. No primeiro ano os estudantes se inserem no cotidiano da equipe e comunidade, identificam os problemas e traçam estratégias para resolução, no segundo ano as atividades são voltadas para aplicação dos conceitos de epidemiologia e saúde coletiva e no terceiro ano o foco é a prática clínica no contexto da atenção primária. (Gil et al. 2008)

Na Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal, um dos objetivos do curso é a formação para servir a região através de atividades que colocam o estudante no centro do ensino-aprendizagem e a inserção na rede pública. Um eixo longitudinal que abrange

do primeiro ao oitavo semestres na atenção primária foi incorporado ao currículo. Com práticas que contemplam o funcionamento da unidade, as atividades e a relação com o sistema, acompanhamento das condições de vida das famílias, desenvolvimento de trabalhos epidemiológicos e discussões éticas. Dessa forma, o internato realizado na atenção primária é muito bem aceito pelos profissionais, pois contribuem de forma significativa para o desenvolvimento do serviço. (Cabral et al. 2008)

Outros programas foram lançados nos últimos anos para incentivar e garantir recursos para reorientação da formação dos profissionais de saúde. Entre estes programas estão: o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médica (Promed), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), os Polos de Educação Permanente, Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS) e o Programa de Educação para o Trabalho. (Relatório..., 2010)

O Pró-Saúde, lançado em 2005, busca contemplar projetos de IESC que possibilitem mudanças na formação, buscando a transformação do modelo tecno assistencial vigente para um modelo que contemple o cuidado integral, focado na atenção básica. Foi realizado em duas etapas, a primeira incluindo os cursos de graduação dos profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), são eles Medicina Enfermagem e Odontologia. Na segunda etapa, em 2007, os outros cursos da saúde foram incluídos. A previsão é que o programa tenha beneficiado 354 faculdades e atingido cerca de noventa mil estudantes. (Brasil, 2009)

Entre as políticas públicas, uma das que mais dialogam com a IESC é a política de Educação Permanente em Saúde. A Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde:

“Considerando que a Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde.” (Brasil, 2009)

As ações educativas, através da Educação Permanente permitem a reformulação das práticas

de formação, gestão, atenção e participação social a partir da experiência da realidade, valorizando as ações inter setoriais, portanto a educação permanente opera o quadrilátero da formação. A educação permanente então não se trata de um aperfeiçoamento técnico do profissional. É comum a identificação de problemas de forma fragmentada no setor saúde, buscando soluções também fragmentadas que valorizam saberes técnicos, seja na clínica, na gestão, nos processos de trabalho, mas a educação permanente propõe mudanças. (Ceccim, 2005)

A educação permanente não é apenas uma prática de ensino-aprendizagem, mas também uma opção político-pedagógica. Como prática de ensino aprendizagem se propõe a produzir novos conhecimentos a partir da problematização das experiências cotidianas como base da interrogação e mudança, ou seja, utiliza-se dos princípios da educação libertadora de sujeitos autônomos. Como opção político-pedagógica, a educação permanente reafirma a contribuição do ensino para a construção do Sistema Único de Saúde, formando e desenvolvendo trabalhadores que correspondam às diretrizes e princípios do sistema, dessa forma poderiam criar novos pactos e vínculos de trabalho, gestão e participação social que possibilitam a aproximação do SUS de uma atenção integral à saúde. (Ceccim e Ferla, 2013)

Todo esse histórico relatado sobre a IESC e seu potencial para mudanças na formação dos profissionais e no modelo de atenção à saúde apresentaram repercussões locais. Os cursos da Universidade Federal da Bahia (UFBA) foram beneficiados pelo Pró-Saúde. Por conta disso, em 2010, aconteceu em Salvador a Oficina de Integração Ensino-Serviço-Comunidade do Pró-Saúde I e II. Nessa ocasião, as unidades de saúde foram afirmadas como espaços de ensino-aprendizagem, com aposta no potencial de participação dos diversos atores sociais – estudantes, docentes, profissionais, gestores, usuários – nas mudanças de paradigmas da formação e assistência em saúde. O evento proporcionou a aproximação entre os profissionais de saúde e as instituições de ensino. Foram socializadas as experiências acumuladas até o momento, levantados os problemas e formuladas estratégias de ações nos eixos de: planejamento, inter-relações, estrutura, autonomia e fatores externos. (Relatório..., 2010)

III. 3 O Internato e seu contexto

A Faculdade de Medicina da Bahia (FMB-UFBA), sede Mater da educação médica no Brasil, também participa das experiências de IESC, como processos de transformações da formação profissional. Em 2002, foi criado o Internato em Medicina Social, como componente curricular obrigatório, sob responsabilidade do Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS).

O Internato em Medicina Social consiste em práticas a serem realizadas, sob a forma de treinamento em serviços, para alunos do 5º ano do curso médico, nas áreas de Epidemiologia, Planejamento, Administração, Organização e Gestão de Serviços e de Educação em Saúde. As concepções e os instrumentos da Medicina Social/Saúde Pública a serem trabalhados no Internato são aqueles considerados necessários à formação geral do médico, de acordo com o perfil definido nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Entre os objetivos compreende-se: entender a organização dos serviços através de práticas de promoção, prevenção e proteção à saúde individual e coletiva, de forma multiprofissional, compreendendo os determinantes sociais do processo saúde-doença. (Universidade Federal da Bahia, 2012)

As atividades são estruturadas de forma articulada com as Unidades de Saúde da Família, através da parceria da FMB com as gestões municipais. Em determinado período, as atividades eram desenvolvidas em cidades do interior da Bahia e Região Metropolitana de Salvador – Vitória da Conquista, Catu, Alagoinhas, Lauro de Freitas e Camaçari. A partir de 2010, há a necessidade de migrar as atividades para Salvador e Região Metropolitana, ocupando vagas no Distrito Sanitário Barra-Rio Vermelho e Subúrbio Ferroviário. (Pinto et al. 2007)

É fundamental situar o contexto no qual as atividades estão inseridas. Dessa forma os dados e noticiários da situação de saúde em Salvador, entre 2010 e 2012, período que engloba a análise desse trabalho, revelam algumas dificuldades de organização e consolidação da atenção primária que interferem direta ou indiretamente as atividades do Internato.

Segundo a Diretoria de Atenção Básica da Secretaria de Saúde do estado da Bahia (DAB-SESAB), a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é implantada na Bahia em 1997, como estratégia

de modelo tecno assistencial para reorganização da rede de serviços no SUS. Em 2011, a Bahia superou a cobertura nacional com 59,63% de cobertura populacional da ESF, sendo que 100% dos municípios baianos possuíam USF. Entretanto, comparando as macrorregiões da Bahia, a macrorregião Leste encontrava-se em estágio incipiente de implantação, com menos de 40% da cobertura da ESF, sendo que Salvador corresponde a 61% da população dessa área e as suas coberturas variaram de 17,54% em 2011 a 13,32% em 2012. (Bahia 2012, 2013)

O Plano Municipal de Saúde para o período de 2010-2013 refere que Salvador possuía uma Rede de 48 Unidades Básicas de Saúde, 56 Unidades de Saúde da Família, 2 Núcleos de Apoio à Saúde da Família, 12 Centros de Atenção Psicossocial, entre outros serviços da atenção primária. O mesmo revela que pela organização do serviço há capacidade de cumprir 48% das consultas médicas programadas na atenção básica, indicando a necessidade de ampliação da rede e investimento na ESF. Os maiores problemas apontados estão relacionados à gestão e a insuficiência da organização do modelo de atenção. (Salvador, 2010)

As notícias da mídia local mostram que houve um concurso público em setembro de 2011 e em 2012 a convocação dos concursados gerou repercussões, como por exemplos, algumas paralisações dos profissionais que seriam demitidos após o concurso reivindicando a garantia dos direitos trabalhistas. Mobilizações e audiências públicas também ocorreram nesse período denunciando as deficiências de limpeza e terceirização, como uma crise da saúde pública em Salvador. (Anexo 1)

É baseado nesse contexto que os estudantes realizam suas atividades práticas junto às equipes de saúde da família e os gestores, a partir das demandas locais, que perpassam por educação em saúde, educação permanente, sistemas de informação, sistema de vigilância, atenção a populações específicas, desenvolvimento de projetos de pesquisa. (Universidade Federal da Bahia, 2012)

Os alunos, supervisionados por um docente do DMPS, realizam atividades preparatórias durante uma semana e em seguida são inseridos em uma USF, onde ficam por mais nove semanas. Nesse tempo, espera-se que os alunos acompanhem e se incorporem ao funcionamento da unidade, de forma integrada com a equipe. Há ainda o desenvolvimento de uma atividade transversal de intervenção, pactuada com os profissionais e docentes, podendo ser um trabalho de campo ou a

continuação de um projeto existente, caracterizando o Projeto de Cooperação a ser descrito em forma de relatório do final do estágio e os resultados apresentados em um seminário para os professores, colegas e profissionais convidados. Essas atividades constam como parte da avaliação do aluno no Internato em Medicina Social. (Universidade Federal da Bahia, 2012)

Pinto et al. (2007) analisaram, através de relatórios, a percepção dos estudantes sobre a prática do internato e concluíram que, apesar dos desafios presentes num sistema de saúde em processo de consolidação e como esse aspecto influencia nas atividades propostas, estão sendo utilizadas as ferramentas adequadas para inserção do ensino na assistência e para formação de um novo perfil de profissional, com satisfação dos estudantes com esta experiência.

Uma análise qualitativa e descritiva dos projetos de cooperação do Internato em Medicina Social da FMB/UFBA, que avalie as relações entre a instituição formadora, o serviço de saúde e a comunidade, contemplando os três elementos que compõem o trinômio ensino-serviço-comunidade, mostra-se necessária para evidenciar as potencialidades e desafios desse componente curricular no atual Projeto Político Pedagógico da FMB-UFBA, baseado nas DCN, e o quanto este tem sido efetivo em contemplar uma formação em saúde voltada para a atenção integral, baseada nas necessidades da população e visando a consolidação do SUS.

IV. METODOLOGIA

Este estudo foi feito através de uma pesquisa com abordagem qualitativa baseada na análise documental dos relatos dos projetos de cooperação, desenvolvidos pelos estudantes do Internato em Medicina Social da Faculdade de Medicina da Bahia.

Serão considerados para este estudo os relatórios dos projetos de cooperação produzidos no período de 2011 e parte de 2012, particularmente anterior a greve da UFBA em maio de 2012, disponibilizados pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social, responsável pelo componente do Internato.

Não há um número exato de amostra para o período analisado. Considerando que a cada ano cursam o estágio cinco grupos de alunos, nesses grupos eles estão divididos em cerca de oito duplas e distribuídos nas unidades, os projetos de cooperação podem ser desenvolvidos por uma ou mais duplas. Portanto estima-se uma média de 40 projetos para o ano de 2011, como no ano de 2012 foram analisados apenas três grupos, a estimativa média é de 24 projetos, chegando a um total de cerca de 64 projetos. Os dados levantados dos projetos foram: o ano ou período, o título, o tema, os objetivos gerais e específicos, a metodologia, os resultados, as dificuldades e as perspectivas relatadas pelos alunos. Esses dados foram organizados em fichas, que dão subsídio à análise de conteúdo.

De forma geral, a análise de conteúdo pretende superar o senso comum e o subjetivismo nas interpretações, através de uma visão crítica de documentos e textos sem desconsiderar os aspectos históricos, sociais e simbólicos de cada contexto. “Relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados.” (Minayo, 2004, pg 203)

A metodologia qualitativa permite uma valorização do caráter social e dos diversos aspectos envolvidos nas relações entre os atores que nas abordagens quantitativas são tratadas de forma parcial. O conhecimento científico não é baseado apenas na objetividade quantitativa, mas também pela qualidade dos fatos, das relações sociais e das vivências dos atores envolvidos que lhe atribuem significados. (Minayo et al. 2012)

Após o fichamento dos dados dos projetos de cooperação, os mesmos foram transferidos para planilhas do Microsoft Excel 2010. As planilhas permitiram analisar os dados qualitativos e quantitativos sobre ano de execução, cidades e distritos sanitários envolvidos, USF que participaram das atividades do Internato. Os temas, objetivos, metodologias, dificuldades e perspectivas foram analisados a partir dos discursos e divididos em categorias relacionadas aos elementos da integração ensino-serviço-comunidade, percebidos após leitura apurada dos dados.

Análise de conteúdo do material coletado permite uma descrição quantitativa de alguns aspectos e a extrapolação da interpretação desses dados, considerando aspectos de relações, cenários e atores envolvidos, a partir da análise de conteúdo temática presente em cada variável analisada. Portanto, o conteúdo dos projetos de cooperação foi analisado considerando o contexto em que se desenvolveram durante o estágio do Internato em Medicina Social. A análise temática “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (Bardin, 1979, p. 105 apud Minayo et al. 2012, pg. 86)

V. RESULTADOS

Foram coletados dados de 58 projetos de cooperação. Do ano de 2011 foram 35 projetos, sendo 9 (25,7%) realizados em outras cidades da Bahia e 26 (74,3%) realizados em Salvador. Do ano de 2012 foram 23 projetos, sendo 8 (34,8%) em outras cidades e 15 (65,2%) realizados em Salvador ou Região Metropolitana.

QUADRO 1. Distribuição dos projetos de cooperação por ano e local de execução

Local/Ano	2011	2012
Outras cidades	26 (74,3%)	15 (65,2%)
Salvador	9 (25,7%)	8 (34,8%)

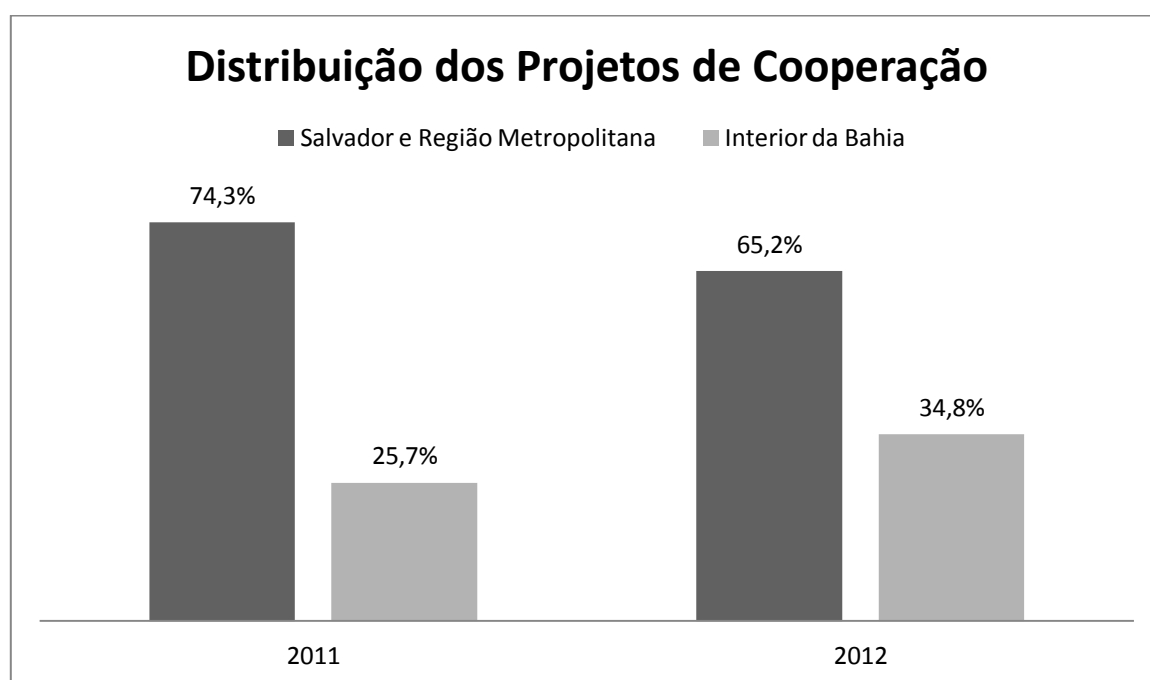


GRÁFICO 1. Distribuição dos Projetos de cooperação por ano e local de execução

As outras cidades que participaram do Internato foram: Vitória da Conquista com 6 projetos nas USF de Capinal (2 projetos), São Joaquim (2 projetos), José Gonçalves I (1 projeto) e Simão/Campinhos (1 projeto); São Francisco do Conde com 3 projetos nas USF de Baixa Fria, Engenho de Baixo e Monte; Santa Maria da Vitória com 1 projeto na USF Doutor Aziel Borges de Almeida e São Sebastião com 1 projeto na USF de São Sebastião. A cidade de Lauro de Freitas,

região metropolitana de Salvador, aparece abrangendo 2 distritos sanitários – Itinga e Portão – desenvolvendo 3 projetos nas USF Israel Moreira, Vila Nova e Cidade Nova.

No território de Salvador participaram 3 distritos sanitários: o Subúrbio Ferroviário com um total de 24 projetos, distribuídos com 9 na USF de Itacaranha, 6 na USF de Alto da Terezinha, 5 na USF de São João do Cabrito e 4 na USF de Fazenda Coutos III; o Barra/Rio Vermelho com um total de 19 projetos, distribuídos com 8 na USF do Garcia, 6 na USF Ivone Silveira-Calabar e 5 na USF da Federação e o distrito sanitário da Liberdade com 1 projeto desenvolvido da USF de San Martin.

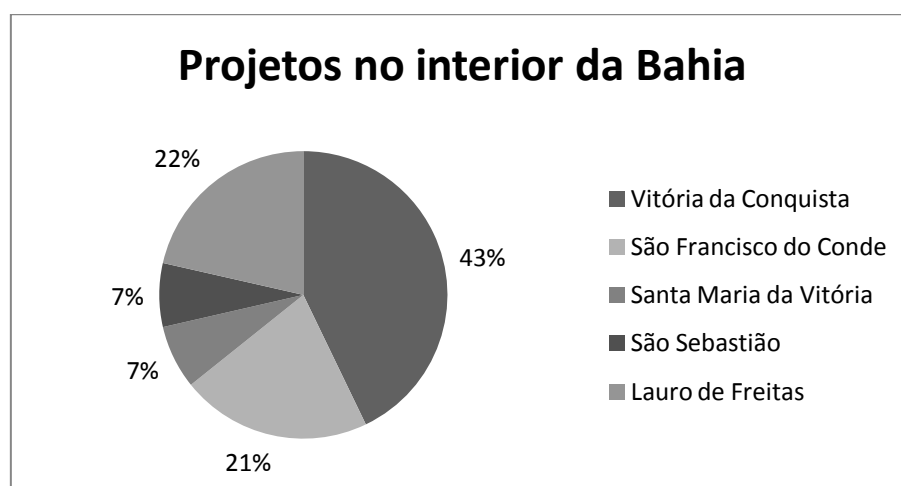


GRÁFICO 2. Distribuição dos Projetos de cooperação nas Cidades do interior da Bahia, em 2011-2012.

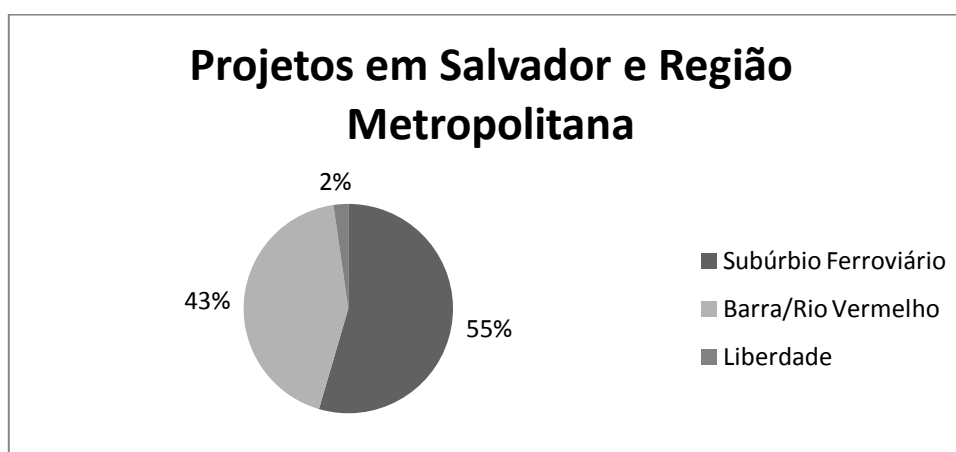


GRÁFICO 3. Distribuição dos Projetos de cooperação por Distrito Sanitário em Salvador e Região Metropolitana, em 2011-2012.

QUADRO 2. Distribuição dos projetos de cooperação por Distrito Sanitário e Unidade de Saúde da Família

Cidade	Unidade de Saúde da Família		Nº Projetos
Vitória da Conquista	Capinal		2
	São Joaquim		2
	José Gonçalves I		1
	Simão/Campinhos		1
São Francisco do Conde	Baixa Fria		1
	Engenho de Baixo		1
	Monte		1
Santa Maria da Vitória	Doutor Aziel Borges de Almeida		1
São Sebastião	São Sebastião		1
Lauro de Freitas	Distrito Sanitário – Itinga	Israel Moreira	1
		Cidade Nova	1
	Distrito Sanitário – Portão	Vila Nova	1
Salvador	Distrito Sanitário - Subúrbio Ferroviário	Itacaranha	9
		Alto da Terezinha	6
		São João do Cabrito	5
		Fazenda Coutos III	4
	Distrito Sanitário – Barra/Rio Vermelho	Garcia	8
		Ivone Silveira-Calabar	6
		Federação	5
	Distrito Sanitário – Liberdade	San Martin	1

As categorias emergentes do conteúdo dos projetos de cooperação foram divididas segundo as variáveis do fichamento e se organizaram da forma abaixo (Quadro 3). Para auxiliar na interpretação dos dados os mesmos serão apresentados em relação à frequência de aparição nas categorias emergentes de cada variável e os exemplos e detalhamentos considerados relevantes em cada categoria serão explicitados na descrição dos resultados.

QUADRO 3. Categorias da análise de conteúdo dos projetos de cooperação

Temas	Objetivos	Metodologias	Dificuldades	Perspectivas
Cuidado individual,	Aperfeiçoar territorialização,	Estudo epidemiológico, Interação com a equipe,	Cumprimento da atividade,	Vínculo, Melhoria do serviço,

Continua na próxima página

Continuação do QUADRO 3

Programas a populações específicas, Ferramentas da Atenção Básica, Educação em saúde, Epidemiologia, Comunidade.	Aplicar/criar ferramentas, Aprimorar Estratégia de Saúde da Família, Auxiliar cuidado individual, Dar continuidade, Descrever perfil, Educação em saúde, Organizar informações, Promover parcerias.	Construir instrumentos/ações, Aplicar instrumentos conhecidos, Atividades educativas, Assistência à saúde, Interação com a comunidade, Parceria com instituições/organizações sociais.	Organização da USF, Organização do Internato, Estrutura, Fatores externos, Interação com a equipe, Interação com a comunidade, Metodologia inadequada.	Continuidade/ampliação, Retorno da atividade, Parcerias com outras instituições, Visão ampliada de saúde-doença.
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Os temas categorizados mostram que 43 (74,1%) projetos discutem o cuidado individual ou abordagem de doenças, sendo que desses, 31 (72%) estão voltados para as doenças crônicas, como hipertensão e diabetes. Dos outros, 28 (48,3%) projetos se referem a programas para populações específicas (Saúde do Homem, da Mulher, do Idoso), 14 (24,1%) sobre ferramentas utilizadas na atenção básica - sendo 10 (71,4%) sobre territorialização, 6 (10,3%) abordam educação em saúde ou educação permanente, 3 (5,2%) sobre epidemiologia e 2 (3,4%) se referem a aspectos da comunidade.

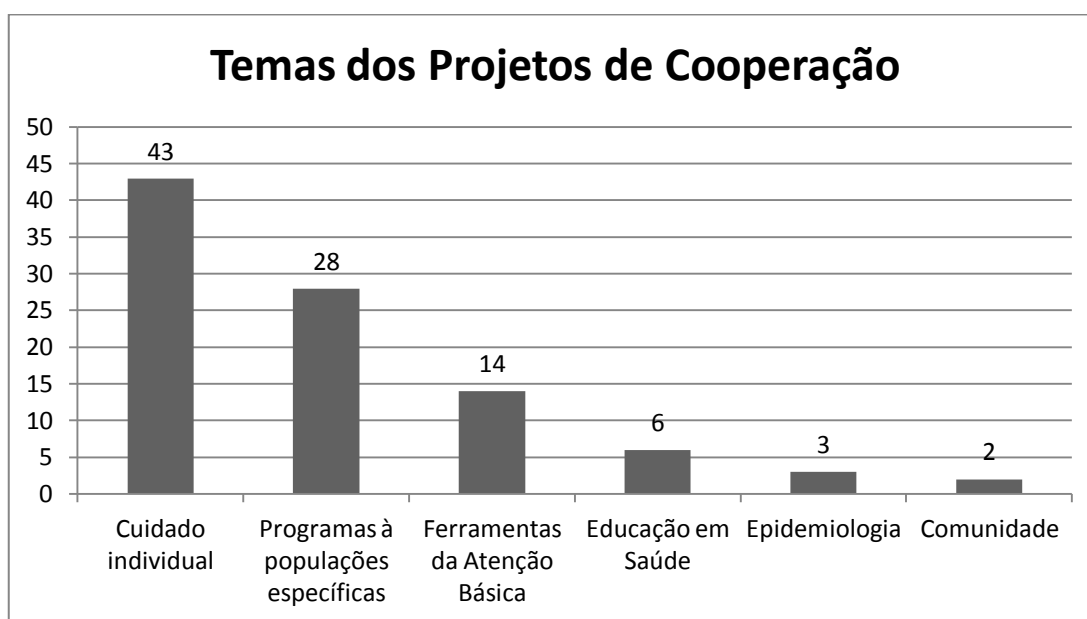


GRÁFICO 4. Distribuição por categorias temáticas de temas dos projetos de cooperação

Entre os objetivos, 29 (50%) projetos pretendiam auxiliar o cuidado individual, 15 (25,9%) descrever perfis clínicos, epidemiológicos ou sociais, 14 (24,1%) aprimorar aspectos da ESF, 13 (22,4%) criar ou aplicar ferramentas, 10 (17,2%) realizar educação em saúde ou permanente, 7 (12%) aperfeiçoar territorialização, 6 (10,3%) organizar informações, 3 (5,2%) promover parcerias e 2(3,4%) são continuação de outros projetos.

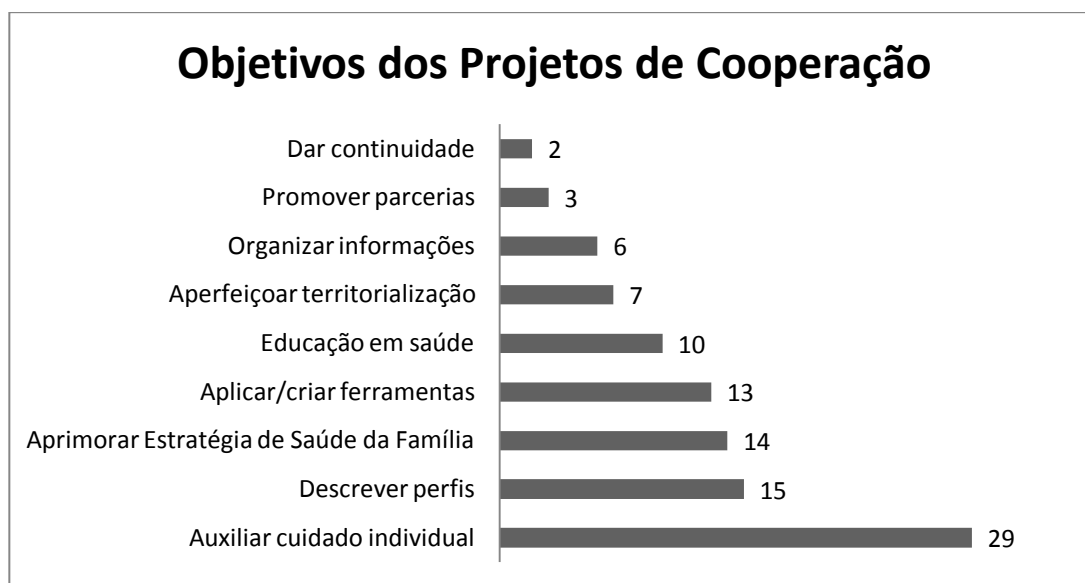


GRÁFICO 5. Distribuição por categorias temáticas dos objetivos dos projetos de cooperação

Em relação às metodologias utilizadas 36 (62%) foram estudos epidemiológicos; 34 (58, 6%) demonstraram interação com a equipe, a maioria com o agente comunitário de saúde (ACS); 24 (41,4%) realizaram atividades educativas; 14 (24,1%) construíram instrumentos ou ações no local, principalmente construção de mapas ou fichas de cadastro; 12 (20,7%) aplicaram ferramentas já conhecidas, como a ficha do HIPERDIA; 11 (19%) se propuseram à assistência, fazendo triagem, identificando riscos; 8 (13,8%) propuseram parcerias com instituições ou organizações sociais e 7 (12%) pretendiam interação direta com a comunidade, como levantamento da história local, feiras de saúde, campanhas.

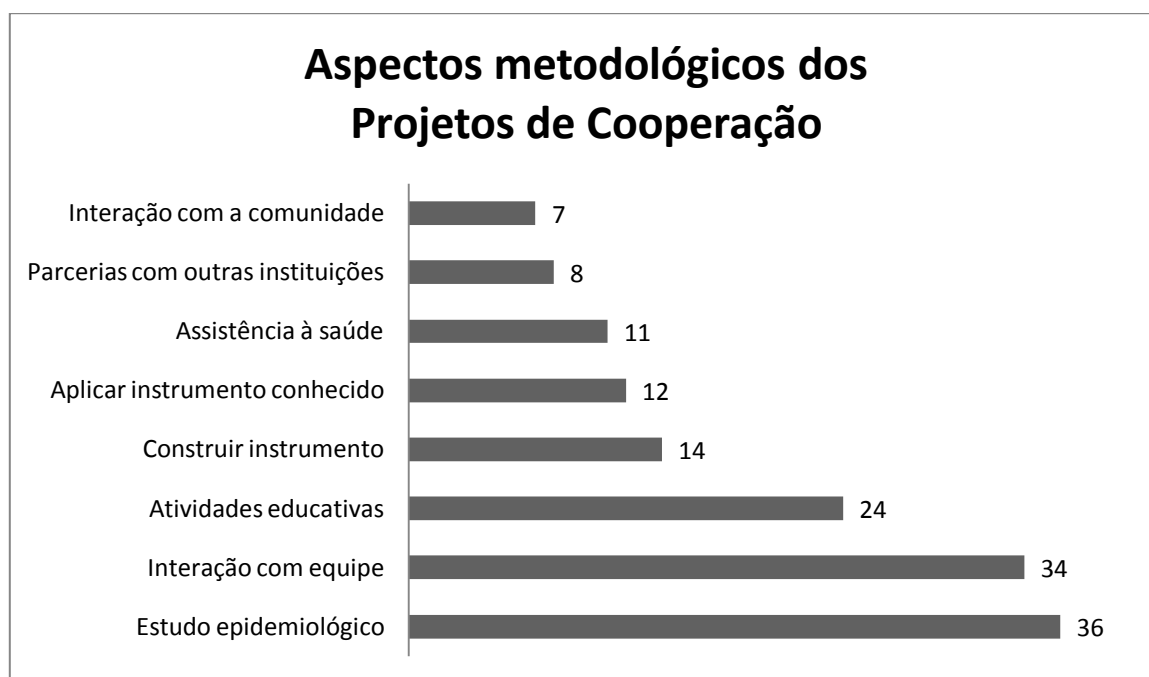


GRÁFICO 6. Aspectos observados nas metodologias empregadas nos projetos de cooperação

As dificuldades foram observadas em conjunto, sem divisão por projetos, 8 relatos demonstraram que as atividades programadas foram realizadas parcialmente e 1 relata que a execução foi impossibilitada. Em termos organizacionais, 27 enfrentaram dificuldades na organização da USF em diversos aspectos (informações nos prontuários, burocracia, falta de profissionais, ausência de cuidado integral, baixa cobertura das áreas, falta de articulação com rede de saúde) e em 8 as dificuldades foram sobre a organização do Internato em Medicina Social, essencialmente a limitação do tempo de estágio. Problemas com a estrutura física e logística apareceram em 28, desde material para procedimentos até falta de água e banheiros. Fatores externos à USF, principalmente com relação a aspectos políticos, sociais e culturais, influenciaram em 26 relatos, muitas greves foram relatadas nesse período. As interações feitas durante o estágio demonstraram dificuldade na relação com a equipe em 15 relatos e na relação com a comunidade em 21 relatos, principalmente resistência dos profissionais e baixa adesão da comunidade e alguns relatos de dificuldade de comunicação. Além disso, 15 relataram que a metodologia escolhida não foi a mais apropriada e ao final os resultados tiveram baixa relevância ou as intervenções foram ineficazes.

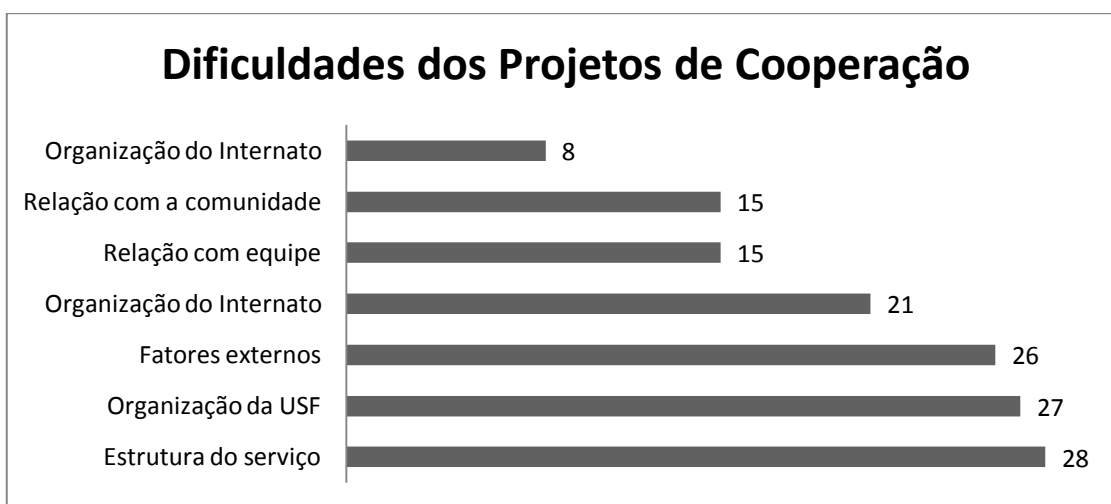


GRÁFICO 7. Categorias de dificuldades relatadas nos projetos de cooperação

De forma geral as perspectivas dos alunos foram muito variadas, iam desde sugestões a reconhecimento da importância do trabalho e relatos de aprendizado. Organizadas as impressões observa-se que 62 apontaram possibilidades de melhoria das atividades da USF, desde organização de informações, aplicar protocolos, atualizar mapas até atividades de educação; 47 sugerem a continuidade do projeto, enquanto 2 contraindicam; 23 relataram uma visão mais ampliada de saúde, considerando aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais; 17 abordaram a construção de vínculo com a comunidade; 16 demonstraram que houve um retorno da atividade, seja pros próprios estudantes, para o serviço ou para comunidade e 4 sugeriram possíveis parcerias com outras instituições.



GRÁFICO 8. Categorias de perspectivas relatadas pelos estudantes nos projetos de cooperação

VI. DISCUSSÃO

A compreensão do cenário de práticas do Internato em Medicina Social é fundamental para interpretação dos resultados encontrados neste trabalho. Os dados evidenciaram que a grande maioria dos projetos de cooperação foi desenvolvida em Salvador e Região Metropolitana, sendo 74,3% em 2011 e 78,3% em 2012. Porém, o município de Salvador apresentava muitos problemas entre 2011 e 2012, muitos deles presentes até hoje na situação de saúde da cidade, como por exemplo, baixa cobertura, falta de recursos humanos e de estrutura, dificuldade de gestão e articulação da rede de serviços (Anexo I). Esse contexto não passa despercebido pelos projetos de cooperação, pois a maior parte das dificuldades apontadas pelos estudantes no campo de prática se refere à falta de estrutura e organização dos serviços. Entre as falas dos estudantes estão: falta de água, de transporte, de materiais e sala para execução das atividades, muita burocracia, desorganização dos prontuários, dificuldade de agendamento, greve da higienização, dos ACS, dos profissionais, entre outras.

Esse ponto permite refletir sobre a dificuldade de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Em meio à ditadura militar surge o Movimento de Reforma Sanitária, sinalizando a busca pela democracia e a garantia dos direitos sociais e após a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi conduzida a aprovação do SUS na Constituição Federal de 1988, porém, após esse período, o cenário político brasileiro enfrentou a posse de governos neoliberais que não defendiam o financiamento público para sistemas universais de saúde e acabaram abrindo espaços para expansão de um sistema privatista. Portanto, apesar de haver avanços importantes do SUS nos últimos anos, como ampliação do acesso aos serviços, descentralização da gestão com maior participação popular e garantia de algumas políticas, como distribuição de medicamentos, vigilância sanitária ou serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU)-muitos ainda são os entraves para atingir o SUS almejado. (Paim et al. 2011)

Outra dificuldade que surge nesse processo de consolidação do sistema de saúde é a mudança de perfil epidemiológico da população de doenças infecciosas e parasitárias para doenças

crônicas, que requerem um cuidado contínuo e compartilhado com o usuário. (Paim et al. 2011)

Dessa forma, o modelo de atenção à saúde médico hegemônico, biologicista, tecnicista, superespecializado não contempla essa nova realidade de saúde e um novo modelo de atenção pautado na integralidade, multidisciplinar, centrado no usuário, abrangendo promoção de saúde e prevenção de doenças é apontado como diretriz para construção do SUS, nessa perspectiva surge a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como aposta para reorganização dessa nova produção de saúde. A mudança do modelo não se trata apenas de prestar serviços, contempla organização do trabalho e meios de tecnologia, dessa forma é percebida a inadequação do perfil do profissional de saúde existente e passa-se a discutir como reorientar a formação dos profissionais para o trabalho no SUS. (Paim, 2008; Nogueira 2009)

A reorientação da formação profissional em saúde está em discussão desde a década de 70, com as propostas de integração docente-assistencial que entendiam a articulação entre as instituições de ensino e os serviços de saúde como potenciais para transformações que atendessem as necessidades de saúde da população. Com o avanço das discussões na área, é cobrada a responsabilidade dos Ministérios da Saúde e Educação com a implantação de políticas que impulsionem as mudanças. (Ceccim e Feuerwerker 2004; Maria et al. 2011)

Uma das ações foi o Pró-Saúde, que aqui na Bahia promoveu a articulação entre os cursos de saúde da UFBA, identificando a necessidade de ocupação do território do município de Salvador em articulação com os serviços na busca de mudanças efetivas para o quadro da saúde. Portanto a necessidade de migração das cidades do interior para uma maior ocupação da capital da Bahia surge nesse contexto e de forma articulada, prevendo inclusive divisão do território e das demandas dos distritos sanitários entre os cursos de saúde, acreditando que apesar de um território conflituoso, a universidade poderia contribuir para abrir outros caminhos. (Relatório..., 2010)

Uma política do Ministério da Saúde que surge em 2007 é a Educação Permanente. A educação permanente propõe uma aprendizagem ativa e contínua tanto dos estudantes quanto dos profissionais de saúde a partir das suas experiências cotidianas, pela problematização da realidade

dos serviços e comunidades, através da troca de saberes entre os sujeitos. (Brasil, 2009; Ceccim 2005) Nos resultados encontrados neste trabalho um aspecto que pode estar relacionado com a vigência dessa política é presença de atividades educativas, a partir das demandas dos serviços ou da própria população. Essas atividades aparecem de forma mais tímida nos temas e objetivos, com 10,3% e 17,2% respectivamente, mas de forma mais expressiva nas metodologias com 41,4%. Um cuidado que não é possível analisar fielmente pelos relatos é a forma como a atividade é feita, pois o preconizado é que seja um momento dialogado e de troca e não de transmissão do conhecimento, como muitas vezes a academia se comporta quando na verdade o papel da universidade é promover a produção de conhecimento com e para a sociedade. (Albuquerque et al. 2008)

Outro elemento deste trabalho que se relaciona com as propostas da educação permanente é a busca de parcerias com instituições nas metodologias. No caso dos projetos de cooperação, a interação ocorre essencialmente com instituições gestoras, no que se refere ao fornecimento de subsídios materiais ou até de capacitação técnica para intervenção no serviço. Dois relatos ilustram essa situação: dois internos participaram do Seminário sobre Manejo Clínico da TB da Secretaria Estadual e após foi decidido fazer a capacitação com os ACS. Outros internos participaram de uma oficina de geoprocessamento da Secretaria Municipal e depois aplicou às equipes, foi entregue às equipes um texto com roteiro de informações sobre cartografia. Ainda que o ideal da educação permanente seja o estabelecimento de polos de discussão e pactuação entre instituições, entre elas as gestoras, e que essa não seja a prática observada no contexto dos projetos de cooperação, a existência desse movimento de articulação entre escola, serviço e gestão com retorno positivo é um bom indício de compreensão da responsabilidade institucional e de uma relação a ser construída.

O elo que parece mais frágil na integração ensino-serviço-comunidade é a relação coma comunidade. Entre as parcerias propostas poucas são com organizações sociais e nenhuma com movimentos sociais, como por exemplo, em um dos projetos foi feito contato com organizações, moradores e equipes da USF para levantamento de material e entrevistas e pesquisa em bases eletrônicas para construção do histórico da comunidade, já em outro foram feitas entrevistas com

profissionais do CAPS II e APAE para tirar dúvidas sobre organização de um grupo. Ao mesmo tempo as atividades que se propõem a interagir diretamente com a comunidade e os seus problemas são poucas, 12% aparecem nas categorias da metodologia. Iniciativas que proponham a participação popular e controle social nos serviços ou até mesmo no direcionamento das atividades da escola médica não aparecem nos projetos de cooperação.

Ainda existe uma série de limitações para um controle social efetivo no SUS, principalmente no que se referem à tensionamentos políticos, pois essa é uma proposta contra hegemônica de empoderar a população na luta pelos seus direitos e pela organização de políticas que atendam aos interesses coletivos. Ceccim e Feuerwerker (2004) apontam que a articulação entre ensino, atenção, gestão e participação social é que torna possível a implementação de mudanças efetivas no sistema de saúde, principalmente pela proposta de uma atenção centrada no usuário. Mas essa articulação ainda está restrita entre universidade-comunidade como prática de extensão ou entre atenção-comunidade como prestação de serviços assistenciais. (Albuquerque et al. 2008)

A universidade pelo seu papel histórico de produzir conhecimentos e oferecer subsídios que pautem as necessidades sociais poderia assumir a função de estar incitando essa conscientização política e uma maior articulação entre os atores sociais, até mesmo pela existência de muitos movimentos dentro da universidade, como por exemplo, o movimento estudantil. (Ceccim e Feuerwerker, 2004) Porém, o contexto político e econômico do sistema que estrutura nossa sociedade exerce muita influência sobre a universidade e ela acaba por refletir e reproduzir o discurso e a prática do pensamento dominante, como por exemplo, a busca por certa neutralidade política e a negação e criminalização dos movimentos sociais. (Silva, 2001)

Portanto não é surpresa que trabalhos protagonizados, na sua maioria, por estudantes que vivem nesse contexto de universidade, que não superaram o pensamento médico hegemônico, não foram apresentados a práticas que apresentem outras possibilidades e uma visão mais crítica dos processos políticos e dos movimentos sociais, não se proponham a trabalhar com esse elemento do trinômio ensino-serviço-comunidade. Existe uma dificuldade real de lidar com essas questões,

inclusive no que diz respeito à comunicação, quando aparecem 21 relatos de dificuldade de se relacionar com a população do local onde estavam inseridos. Esses relatos vão desde resistência dos profissionais para participação nas atividades educativas até declaração de dificuldade de comunicação e de adaptação da linguagem à compreensão do paciente.

As Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 é outro produto das discussões sobre a formação para o SUS. As atividades do Internato em Medicina Social se propõem a contemplar os aspectos das diretrizes inserindo o estudante no campo da atenção básica, propondo a integração com o serviço e a comunidade, objetivando a apreensão dos elementos da saúde coletiva e da determinação social do processo saúde-doença. (Universidade Federal da Bahia, 2012) A Faculdade de Medicina da Bahia só conseguiu emplacar uma mudança curricular no ano de 2007, apresentando avanços importantes com a organização em eixos de formação de habilidade e competências, integração do ciclo básico de forma modular com a prática e a inserção do conteúdo ético-humanístico de forma longitudinal. (Formigli et al. 2010)

Porém, o que se observa, tanto na FMB/UFBA quanto na maioria das outras faculdades que passaram por reformas curriculares, é uma mudança ainda incipiente e com impacto limitado na mudança do perfil dos profissionais egressos. Existe uma dificuldade de deslocar o centro do ensino-aprendizagem do professor para o aluno, de repensar os processos de avaliação de forma contínua e processual, de inserir o estudante desde o início no campo de prática que permita a relação com profissionais e com a comunidade, de diálogo entre as organizações departamentais para um ensino menos fragmentado, entre outras dificuldades que muito tem a ver com as relações de poder e disputa de espaço dentro da instituição e entre esta e as relações que se estabelecem para fora dela. (Albuquerque et al. 2008; Maria et al. 2002)

O maior desafio que aparece ao mesmo tempo como uma das causas que suscitam a necessidade de mudanças no ensino da saúde e como uma grande barreira a essas mudanças é a mudança do estilo de pensamento, a necessidade de romper com a racionalidade médica hegemônica, centrada em procedimentos e financiada pelo complexo médico-industrial, para um

pensamento que contemple o cuidado integral, usuário-centrado, baseado em tecnologias relacionais e na criação de vínculo na produção da saúde. (Nogueira, 2009) Os resultados deste trabalho permite observar na prática como essas dificuldades permeiam o cotidiano do estudante e determina os seus processos de aprendizagem.

Nas categorias dos temas e objetivos o que aparece com maior frequência, 74,1% e 50% respectivamente, são propostas de cuidado individual, focado em doenças crônicas, permitindo inferir que existe uma dificuldade do estudante compreender a saúde para além da concepção biológica e da determinação social, havendo uma busca por trabalhar com questões que permitam o exercício da sua habilidade técnica, já que esse seria o seu objetivo principal no período profissionalizante em que se encontra no curso de graduação. Aqui fica clara a reprodução do modelo médico hegemônico e a falta de apreensão de outras perspectivas de trabalho. Merhy (2013) discute que o trabalho em saúde é baseado numa micropolítica influenciado principalmente pelas relações que se estabelecem e pelos atos, sentidos e significados que emergem a partir disso, proporcionando uma percepção compartilhada do cuidado. Cada profissional possui a sua valise de ferramentas para atuação, incluindo as tecnologias duras, leve-duras e leves, esta última permite um maior exercício da sua subjetividade e da percepção que a clínica médica pode ser muito mais que técnica e estar entremeada por outros saberes e outras práticas, como as ciências humanas e sociais.

Partindo ainda do pensamento vigente com base na desvalorização das relações, outro dado no que concerne à atuação do estudante é a dificuldade de relação apontada tanto com a equipe, em 15 relatos, e com a comunidade, em 21 relatos. Nesse ponto além da dificuldade de mudança de pensamento, existem outras questões que as mudanças curriculares não foram capazes de contemplar. Uma delas é a relação frágil com os serviços de saúde, a falta de profissionais da escola inseridos no cotidiano do serviço dificulta em muitos casos a percepção da importância desse diálogo ou da efetividade da parceria entre ensino-serviço, alimentando em alguns profissionais a ideia de que o estudante no serviço é um trabalho a mais e que não compete a eles. (Albuquerque et al. 2008) A outra questão é a falta de habilidade do estudante em situações onde é necessário

estabelecer um vínculo, seja com o serviço ou com a comunidade para o desenvolvimento de uma atividade não definida previamente, pois para muitos essa será a primeira experiência de prática na atenção básica.

A partir da minha experiência enquanto estudante, consigo perceber que as atividades e ferramentas propostas nos projetos de cooperação muito tem a ver com as vivências pontuais que são proporcionadas ao longo do ciclo básico, na área da atenção básica. Os resultados mostram nos temas a abordagem de 48,3% de programas para populações específicas, que é o formato que a propedêutica básica é apresentada aos alunos, através da saúde da mulher, do idoso e da criança. Tanto os temas quanto os objetivos e metodologias se propõem a utilizar ferramentas da atenção básica, principalmente a territorialização e o preenchimento de fichas de cadastro e do HIPERDIA, refletindo a experiência da maioria dos alunos na construção de mapas para as equipes de saúde no primeiro semestre do curso, em Módulo Clínico e Medicina Social I, e o reconhecimento de fichas para alimentação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), em Epidemiologia. Da mesma forma, as atividades de educação, também presente nos temas, objetivos e metodologias, são uma experiência próxima à proposta de realizar educação em saúde, sejam em escolas ou unidades de saúde, em Medicina Social do terceiro semestre.

A partir desses dados, pode-se considerar o quanto a prática exerce uma grande influência na forma como os indivíduos criam a sua própria visão da realidade. A teoria e a prática precisam caminhar juntas, mas é na prática que os saberes são consolidados, no processo de aprender fazendo e a partir de uma ação-reflexão-ação. (Campos et al. 2001) Portanto fica a clara a importância de um ensino mais prático, inserido no contexto dos serviços de saúde e comunidade desde o início da formação profissional. Segundo Merhy (2013), “o mundo do trabalho é uma escola”, no nosso caso o SUS é uma escola e se bem explorado pode acumular experiências positivas para os diversos sujeitos envolvidos no seu cenário. (Nogueira, 2009)

Ainda sobre as questões relacionadas à mudança curricular, outro dado que chama a atenção é que a principal metodologia escolhida pelos alunos, presente em 62% dos projetos, é a descrição

de perfis, principalmente clínicos e epidemiológicos, mas também sociais. A tendência dos projetos de cooperação é se conformar como um projeto de pesquisa, com objetivos bem definidos, metodologia pré-estabelecida e não flexível, expectativa de resultados estatísticos em curto prazo e o mínimo de intervenção possível por parte do pesquisador, quando aparece nos projetos o seguinte relato “o curto período de tempo e o número pequeno de pacientes não permite obtenção de dados com relevância estatística sobre a modificação do estilo de vida” ou “o estudo não alcançou o objetivo pois não tem uma amostra significativa da micro área analisada”. Isto está presente inclusive no que se refere ao formato de apresentação dos relatórios do projeto de cooperação, que em sua maioria tenta partir da literatura para responder e comparar questões.

Essa tendência também se apoia na defesa de uma clínica baseada no método científico da medicina baseada em evidências presente na graduação, apontar essa questão não significa negar as contribuições dessa área para os avanços em saúde, mas é preciso compreender que existem limitações importantes desses métodos, principalmente no que diz respeito à apreensão de aspectos sociais, culturais, políticos e econômicos. (Nogueira, 2009) Diante de um cenário tão dinâmico e sob a influência de tantos fatores, o estudante parte de uma metodologia inadequada para o contexto e que não consegue responder às expectativas, como aparece em 15 relatos, como por exemplo, “uma parte dos dados foram secundários e por isso desatualizados e incompletos” ou “o instrumento de organização utilizado teve pouco investimento e baixa cobertura” Também não é capaz de contemplar os fatores inerentes ao próprio contexto, como festas de final de ano e greves.

Além das questões apontadas, a postura demonstrada pelo estudante é bastante passiva e não interventora, como preconiza o método científico, se limitando a apresentar os resultados ao final e apontar suas sugestões e críticas, sem necessariamente participar das ações, refletindo na maior parcela das perspectivas presentes nos projetos, com 62 relatos indicando melhorias para Unidade de Saúde da Família. Vale a pena considerar também, que esse formato de produção de ciência, distante das necessidades sociais, é muito incentivado pelo complexo médico-industrial reforçando a manutenção do pensamento médico hegemônico.

Em relação às perspectivas que surgem dos projetos de cooperação, além da forte tendência de apontar sugestões, 47 sugerem continuidade do projeto enquanto 16 consideram que houve retorno positivo das atividades. Essas percepções aparecem nos seguintes trechos “As conversas para a pactuação do tema criaram um vínculo dos estudantes com os profissionais, que acompanharam muitas atividades destes e a troca de experiência foi muito proveitosa” ou “foi uma experiência de crescimento acadêmico e profissional, ressaltada a relação com a equipe e a convivência com diferentes vivências, origens e profissões” Mesmo que a maioria dos projetos não traga esse retorno positivo, é um ponto importante perceber que um campo de trabalho e uma prática diferenciada podem impulsionar mudanças necessárias para uma nova forma de pensar saúde e construir cuidado.

Essas manifestações já se tornam importantes, por exemplo, por ser um dos poucos momentos dos projetos os quais o estudante permite a expressão da sua subjetividade, inclusive refletindo sobre o aprendizado em campo e a capacidade de mudança para uma visão mais ampliada de saúde, em 23 relatos, e da importância da construção de vínculos, em 17 relatos. Essas mudanças aparecem em trechos, como “é necessário abordar o paciente de forma mais individualizada, levando em conta suas peculiaridades, tanto individuais quanto sociais e coletivas”, “Necessidade de trabalho multiprofissional” ou “para as mudanças serem efetivas é imperativo que haja elo entre a academia e os profissionais de saúde para melhor aplicabilidade das ferramentas e análise conjunta da realidade para elaboração de ações mais direcionadas e efetivas”.

Pinto et al. (2007) realizam um trabalho muito parecido com este, com as primeiras turmas do Internato em Medicina Social, entre 2002 e 2004. O trabalho deles revela uma participação positiva dos estudantes nos serviços de saúde, entendendo as suas limitações e as dificuldades de um sistema de saúde em construção, assim como o conflito de visões entre o que os estudantes estão acostumados como aprendizagem - inclusive preferindo atividades assistenciais, com postura observadora - e a outra visão de saúde, pautada na determinação social, compreendendo a importância da promoção e prevenção e do estabelecimento de vínculo entre os sujeitos, com

discursos de concordância sobre a maior resolutividade desse modelo de atenção.

Ou seja, de forma geral percebe-se que os resultados dialogam bastante com os encontrados neste trabalho, à medida que apontam as atividades do Internato em Medicina Social como efetivas, pois parte do cotidiano dos serviços do SUS para a busca de uma mudança do perfil do profissional de saúde e do modelo de atenção, voltados para as necessidades de saúde da população, apesar das limitações inerentes ao próprio sistema e as dificuldades de mudança do pensamento hegemônico.

Alguns aspectos estão mais presentes no trabalho de Pinto, como por exemplo, as críticas aos locais de prática, que eram na sua maioria em cidades do interior, uma realidade diferente do trabalho atual. Além disso, existe uma maior crítica em relação à organização e atuação dos professores, enquanto no trabalho atual a crítica aparece apenas em relação à limitação de tempo da atividade. Esse pode ter sido um aspecto superado com a experiência ao longo dos anos ou o fato dos relatórios serem componentes da nota de avaliação do internato ser um fator confundidor.

Essa é uma das limitações do presente trabalho, basear a interpretação a partir de documentos que tem uma representação avaliativa para o estudante e não um objeto que foi pensado para essa interpretação da realidade. Porém os métodos e técnicas utilizadas na análise de conteúdo temática da pesquisa qualitativa sempre consideram quem são os atores, quais as relações que se estabelecem entre eles e em que cenário eles atuam com a intenção de tornar esses fatores parte da interpretação, dessa forma foi conduzido este trabalho (Minayo et al. 2012). Outra limitação a apontar é que o presente trabalho se propõe a analisar os elementos da integração ensino-serviço-comunidade e isso foi feito a partir dos produtos dos projetos de cooperação, porém essa é a visão de um elemento do trinômio, o ensino, mais especificamente o estudante. Para uma análise mais completa e uma maior discussão, seria interessante ter material que permitisse conhecer a visão dos docentes, profissionais de saúde e usuários.

VII. CONCLUSÕES

1. As dificuldades encontradas no cenário prático da rede básica do sistema público de saúde influenciam diretamente nas atividades desenvolvidas pelos estudantes, mas não impedem a inserção deles no campo de prática com a intencionalidade de integrar ensino-serviço-comunidade visando à formação do profissional de saúde que possibilite uma mudança de modelo de atenção à saúde.
2. A educação permanente, como política pública atual que tenta operacionalizar os elementos da integração ensino-serviço-comunidade, exerce influências na valorização das atividades educativas e da busca pela parceria entre instituições, podendo ser uma ferramenta melhor explorada no contexto do Internato em Medicina Social.
3. O elo mais frágil dos elementos da integração é a comunidade, a sua presença participativa nas articulações estabelecidas é baixa e a participação social não aparece nos projetos de cooperação. Existem limites concernentes ao contexto político e social do sistema de saúde, mas numa proposta de articulação efetiva do ensino-serviço-comunidade, devido ao seu papel histórico, a universidade se responsabilizar por auxiliar o empoderamento dos indivíduos para o exercício da sua cidadania.
4. As mudanças curriculares da Faculdade de Medicina da Bahia não conseguiram superar alguns aspectos importantes para mudança do perfil do egresso, sendo o principal deles a não superação da racionalidade médica hegemônica, por se tratar de um processo de disputa política ideológica, e este ponto reflete muito das posturas e dificuldades dos estudantes no cenário de prática.
5. A falta de experiência prática em cenários como a atenção básica, que permitam o vínculo com profissionais e comunidade através de outra proposta de produzir saúde dificulta um melhor desempenho e inserção do aluno nas atividades. Uma proposta de aprendizado prático, contínuo e gradual desde o início da graduação, permitiria uma

articulação mais efetiva e com mais produtos a serem compartilhados entre ensino, serviço e comunidade.

6. A influência do método científico na forma de pensar e organizar do estudante pode se constituir como limites para uma compreensão ampliada de questões políticas, sociais, econômicas, além da adoção de uma postura não interventora. A academia deve instigar e apresentar outras possibilidades de trabalho ao estudante, como por exemplo, um formato de relatório dos projetos de cooperação que permita uma maior expressão das subjetividades e ideologias.
7. Mesmo com os limites e dificuldades, as atividades do Internato em Medicina Social é capaz de apresentar um retorno positivo para serviço e para comunidade, principalmente pelos produtos dos projetos de cooperação. O estudante consegue ser sensibilizado a mudar sua visão de saúde para uma perspectiva ampliada, compreender a necessidade de um novo modelo de atenção à saúde e refletir sobre uma mudança de postura profissional que estabeleça vínculos para o exercício de um cuidado centrado no usuário e que seja capaz de promover saúde. Resta a dúvida se essa sensibilização será capaz de superar os outros fatores da academia e efetivar a formação de um profissional comprometido com o SUS.

VIII. SUMMARY

Throughout history, the ideology of medical courses demonstrates this reproduction with biotechnicist model, doctor hegemonic and hospital center. With the creation of the Unified Health System, it is necessary to rethink the techno care models and therefore the training of health professionals, the integration of teaching-service-community arises as a strategy with transformative potential. From this perspective, among many incentive programs and some reported experiments, arises the Internship of Social Medicine, Faculty of Medicine Da Bahia (FMB/UFBa). The interns students are inserted into a Family Health Units and develop cooperation projects, as an intervention in the health service or community. **OBJECTIVE:** To analyze how the integration of teaching-service-community, is being operationalized in the Cooperation Projects of Internship Social Medicine, FMB/UFBa for the period 2011-2012. **METHODOLOGY:** Qualitative document analysis based on content analysis of the reports of the Project cooperation. **RESULTS:** 58 projects were analyzed, most developed in Salvador and Metropolitan Area, principally the Sanitary District of Suburban Railway. The issues related to individual care appeared more frequently in the projects (74%) and in goals (50%). Many projects have proposed to do epidemiological studies and activities were developed in interaction with the staff. The main difficulties are reported in relation to the lack of infrastructure (48.2%) and problems of organization of service (46.5%). At the end the students suggested many improvements to the service and continuity of projects. **DISCUSSION:** The activities accompanying the need for reorientation of training in health and seek some tools for better integration of service-learning-community. The difficulties of changes are related to the continuity of the hegemonic medical thought and reflection on practice and preference for practical techniques and scientific methods of research. **CONCLUSION:** Both present difficulties in the service network, as non-effective changes of teaching influence student performance in the practice setting. But there is a perception of a positive return and a possible change of view of the concept of health of students in training.

Keywords: 1. Teaching Care Integration. 2. Education. 3. Internship and Residency.

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHA de, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho RM. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2008 Set;32(3).
2. Almeida M, Feuerwerker L, Llanos M. A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. *Interface - Comun. Saúde, Educ.* São Paulo: Hucitec; 1999. p. 139–42.
3. Bahia. Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Diretoria de Atenção Básica. *Boletim de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica - Bahia.* Salvador; 2012.
4. Bahia. Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Diretoria de Atenção Básica. *Cobertura da Atenção Básica em Salvador.* Salvador; 2013. p. 9. [acesso em 29 mar 2014]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php
5. Brandão CR. *O que é educação.* 28ª ed. São Paulo: Brasiliense; 1993.
6. Brasil. Projeto de Lei Nº 8.035-B de 2010. *Plano Nacional de Educação - PNE.* Brasil: Congresso Nacional; 2010.
7. Brasil. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES Nº4, de 7 de Novembro de 2001. *Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.* Diário Oficial da União, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38.
8. Brasil. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde : objetivos, implementação e desenvolvimento potencial.* Brasília; 2007. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)
9. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.* Brasília; 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9)
10. Cabral PE, Machado JLM, Machado VMP, Pompílio MA, Vinha JM, Mattos MCI De. Serviço e Comunidade, Vetores para a Formação em Saúde: o Curso de Medicina da Uniderp. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2008;32(3):374–82.
11. Campos FE De, Feuerwerker L, Sena RR De. Caminhos para Aproximar a Formação de Profissionais de Saúde das Necessidades da Atenção Básica. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2001.
12. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comun. Saúde, Educ.* Interface - Comunicação, Saúde, Educação; 2005 Fev;9(16):161–8.
13. Ceccim RB, Ferla AA. Educação Permanente em Saúde. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde.* [acesso em 17 abr 2014]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>

14. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis Rev. Saúde Coletiva*. 2004;14(1):41–65.
15. Ferreira AB de H. *Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1988.
16. Formigli VL, Barbosa HS, Lima MAG De, Araújo IB, Fagundes NC, Macedo RSA. Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina da FMB/UFBA. *Gaz. Médica da Bahia*. 2010;1:3–47.
17. Freire P. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
18. Maria A, Zeferino B, Aurélio M, Ros D. Currículo Integrado: entre o Discurso e a Prática. *Rev. Bras. Educ. Med*. 2011;35(1):20–5.
19. Merhy EE. Engravitando palavras: o caso da integralidade. [acesso em 30 mai 2014]. Disponível em: <http://www.eeaac.uff.br/professores/merhy/capitulos-06.pdf>
20. Minayo MC de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
21. Minayo MC de S, Deslandes S, Gomes R. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 2012.
22. Nogueira MI. As Mudanças na Educação Médica Brasileira em Perspectiva: Reflexões sobre a Emergência de um Novo Estilo de Pensamento. *Rev. Bras. Educ. Med*. 2009;33(2):262–70.
23. Paim J. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella L, editor. *Políticas e Sist. Saúde no Bras*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 547–73.
24. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet* 2011 Mai; 377(9779):1778–97. [acesso 24 mai 2014]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21561655>
25. Pinto LLS, Formigli VLA, Rêgo R de CF. A dor e a delícia de aprender com o SUS: integração ensino-serviço na percepção dos internos em Medicina Social. *Rev. Baiana Saúde Pública*. 2007;115–33.
26. Regina C, Gil R. Interação ensino, serviços e comunidade: desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção básica. *Rev. Bras. Educ. Med*. 2008;32(2):230–9.
27. Da Ros MA. *A ideologia nos cursos de medicina. Educ. Médica em Transform. instrumentos para construção novas Real*. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 224–44.
28. Salvador. Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde 2010-2013*. Salvador; 2010.
29. Silva FL e. Reflexões sobre o conceito e a função da universidade pública. *Estud. Avançados* 2001 Ago;15(42). [acesso 30 mai 2014]. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142001000200015&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

30. Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia, Departamento de Medicina Preventiva e Social. Programa do Internato em Medicina Social. Salvador; 2012 p. 1-6.
31. Relatório da Oficina de Integração Ensino-Serviço-Comunidade do Pró Saúde I e II/Universidade Federal da Bahia, Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. Salvador; 2010.
32. Nossa História - Textos, imagens e documentos sobre a trajetória da Rede Unida. [acesso 18 abr 2014]. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/rede-unida/nossa-historia/>
33. Fundação UNI - Quem Somos. [acesso em 18 abr 2014]. Disponível em: http://www.fundacaouni.org.br/quem_somos

X. ANEXOS

ANEXO I. Pesquisa: Notícias online da Atenção Básica e Saúde da Família em Salvador, período de 2009-2012.

(Acessados em 8 de novembro de 2013)

- 2009

“Está disponível edital do Concurso público da Secretaria Municipal de Administração de Salvador (SEAD) 2009 com 1541 vagas para os níveis médio, técnico e superior”. A remuneração varia de R\$ 541,00 a R\$4.555,00.

O concurso será para diversos órgãos na área de Saúde: Programa de Saúde da Família (PSF), ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e ao Centro de Especialidade Odontológica (CEO) da Secretaria Municipal da Saúde.

Cargos disponíveis:

- Nível Médio: Centro de Atenção Psicossocial – CAPS: Técnico de Enfermagem (41), Programa de Saúde da Família – PSF: Auxiliar de Consultório Dentário (42), Técnico de Enfermagem (158), Secretaria Municipal de Saúde – Centro de Especialidade Odontológica – CEO: Assistente Administrativo (420), Auxiliar de Consultório Dentário (23).

- Nível Superior: Centro de Atenção Psicossocial – CAPS: Assistente Social (42), Educador Físico (30), Enfermeiro (42), Farmacêutico (25), Médico Clínico (5), Médico Encefalografista (4), Médico Neurologista (8), Médico Psiquiatra (42), Pedagogo (11), Psicólogo (42), Terapeuta Ocupacional (42), Programa de Saúde da Família – PSF: Enfermeiro (105), Médico (126), Odontólogo (31), Secretaria Municipal de Saúde – Centro de Especialidade Odontológica – CEO: Odontólogo (12), Odontólogo Cirurgião (23), Odontólogo Endodontista (23), Odontólogo Oncologista (6), Odontólogo Periodontista (23), Secretaria Municipal de Saúde – Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF: Assistente Social (25), Educador Físico (24), Fisioterapeuta (47), Médico Acupunturista (5), Médico Ginecologista (11), Médico Homeopata (5), Médico Pediatra (11), Nutricionista (25), Psicólogo (25), Terapeuta Ocupacional (47)”.

Site: <http://www.resultadoconcursos.net/concurso-na-saude-em-salvador-2009-sead-psf-nasf-caps-e-ceo-1541-vagas/>

POPULAÇÃO DE SALVADOR RECEBE MAIS OITO POSTOS DO PSF

Mais oito postos do Programa Saúde da Família (PSF) – seis no subúrbio ferroviário, um no Costa Azul e um no Calabar – foram entregues à população de Salvador nesta terça-feira (16) pelo secretário estadual da Saúde, Jorge Solla. Além dos prédios em alvenaria, as unidades, com estrutura para atender 200 mil pessoas/mês, contam com equipamentos médicos e odontológicos, ar-condicionado e mobiliário apropriado, perfazendo um investimento de R\$ 8 milhões.

Site: <http://www.comunicacao.ba.gov.br/noticias/2009/06/16/populacao-de-salvador-recebe-mais-oito-postos-do-psf>

Retrospectiva 2009: Concurso em fevereiro. Campanha e ações de combate à dengue, incluindo pontos de hidratação para atendimento a pessoas com a doença. Agentes Mirins de combate à dengue. SMS deu início em 2009 à construção de dez novas Unidades de Saúde, como exemplo a USF e CEO Alto da Cachoeirinha, no bairro de Cabula VI. Serão quase mil m² de área construída e a população poderá contar com dois serviços em um só lugar, odontologia e atendimento médico em geral. Também foram inauguradas esse ano 11 Unidades de Saúde da Família. Os novos postos seguem todas as normas técnicas e dispõem de consultórios médicos, odontológicos, salas para vacina e curativo, farmácia, amplas salas de espera e sanitários adaptados para deficientes físicos. Salvador possui hoje 56 USF, beneficiando milhares de famílias em toda cidade. Também iniciou este ano uma série de reformas nas unidades de saúde de Salvador já existentes.

Site:

http://www.saude.salvador.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=242%3Aretrospectiva-2009&catid=39%3Anoticias&Itemid=1

- 2010

PCCV dos servidores da Saúde de Salvador aprovado com emenda que representa retrocesso para a categoria

Site: <http://www.sindsaudeba.org.br/conteudo.php?ID=41>

Profissionais do PSF paralisam atividades pelo pagamento do 13º salário (22/12/2010)

A prefeitura de Salvador não cumpriu o prometido, deixando os profissionais das 53 unidades do PSF sem o 13º salário. Conforme decisão das assembleias conjuntas do Sindsaúde-Ba e Sindimed, nos dias 13 e 21 deste mês, os trabalhadores paralisaram as atividades em sinal de protesto e estão realizando, nesta manhã (22), manifestação na Praça Municipal para denunciar o descaso com as equipes do PSF.

Na segunda-feira, dia 27, caso o pagamento não tenha sido efetuado, a categoria promove nova assembleia, desta vez no auditório da Associação dos Funcionários Públicos (Rua Carlos Gomes), para avaliar o movimento e definir novas atividades de pressão.

Caos - Além de reivindicar o pagamento do 13º, a paralisação é também em protesto contra o caos instalado nos postos do PSF, em função da precariedade dos serviços de limpeza e segurança, sob a responsabilidade de trabalhadores terceirizados.

Site: <http://www.sindsaudeba.org.br/conteudo.php?ID=90>

- 2011

Convocação de Concurso público, setembro de 2011.

Site:

http://www.gestaopublica.salvador.ba.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=411&Itemid=29

PSF: POPULAÇÃO SALVADOR FICARÁ SEM ATENDIMENTO por (David Mendes)

A população de Salvador que necessitar de atendimento nos 50 Postos de Saúde da Família (PSF) pode encontrar as unidades sem os profissionais da área. Eles decidiram paralisar parcialmente as atividades nesta sexta-feira (14/01), em protesto contra a “precarização das relações trabalhistas” e a “falta de condições de trabalho”. No grupo em greve estão médicos, enfermeiras, dentistas, técnicos de enfermagem e agentes de portaria. De acordo com informações da TV Bahia, a Secretaria Municipal de Saúde informou que já depositou os salários, e que cairá na conta dos funcionários nesta madrugada. O vice-presidente do Sindicato dos Médicos (Sindmed), Francisco Magalhães, declarou que a pasta não divulgou oficialmente o pagamento para a classe.

Site: <http://www.bahianoticias.com.br/principal/noticia/83728-psf-populacao-salvador-ficara-sem-atendimento.html>

Profissionais do PSF, em greve, fazem assembleia na 4ª, dia 19, às 9h, na AFPB 15/01/2011 (SindSaúde)

Servidores do PSF fazem paralisação em Salvador 15/06/2011

Categoria pede a incorporação dos funcionários Reda ao quadro efetivo. Duas manifestações estão programadas pelos servidores.

Site: <http://www.ibahia.com/detalhe/noticia/servidores-do-psf-fazem-paralisacao-em-salvador/>

Saúde também está em crise em Salvador (BA), 8 DE ABRIL DE 2011 - 18H24.

Representantes do Conselho Municipal de Saúde, sindicatos da área, lideranças de bairros e demais entidades da sociedade civil organizada se reuniram na manhã desta sexta-feira (8/4), na Praça da Piedade, no Centro, para discutir a crise na saúde pública em Salvador. O evento, organizado pela vereadora Aladilce Souza (PCdoB), lançou também a Caravana Saúde e Cidadania, que deve percorrer os principais bairros da cidade para colher as demandas da população.

Site: http://www.vermelho.org.br/ba/noticia.php?id_secao=58&id_noticia=151530

- 2012

PSF se mobiliza para garantir empregos, DO BAHIA TODO DIA | 05/03/2012 |.

Trabalhadores do Programa de Saúde da Família (PSF) de Salvador buscam uma solução para os mais de 4 mil profissionais que serão demitidos por não alcançarem classificação no último concurso público realizado pela Secretaria de Saúde Municipal. A categoria lotou, na tarde desta segunda (5), as dependências do Centro Cultural da Câmara de Vereadores para a realização de mais uma audiência pública para tratar do tema.

Site: <http://bahiatododia.com.br/imprimir.php?id=12907>

Salvador tem déficit de médicos e PSF atende 17,5% da população, 15 de Jun de 2012 às 07:00 em Jornal da Metrópole

PSF: Sindsaúde envia ofício à SMS cobrando regularização da situação dos trabalhadores 06/06/2012

Diante da situação caótica em que se encontram os trabalhadores do PSF em Salvador, o Sindsaúde-Ba enviou ofício à Secretaria Municipal da Saúde solicitando audiência com a secretária Tatiana Paraíso. No documento, a entidade cobra o cumprimento dos direitos trabalhistas desses servidores, que estão trabalhando regularmente, e defende a convocação dos concursados para ampliação das equipes do PSF.

O Conselho Municipal de Saúde de Salvador - CMS-SSA realiza, no dia 28 de agosto, audiência pública para debater a atual situação da Saúde no Município de Salvador.

CONVOCAÇÃO: AUDIÊNCIA PÚBLICA NO MP SOBRE A SITUAÇÃO DO PSF 05/10/2012

MPE assegura direitos trabalhistas dos servidores do PSF 10/10/2012

Com a intermediação do Sindsaúde-Ba e Sindimed, em audiência pública realizada na segunda-feira (8), a promotora Rita Tourinho, do MPE, garantiu que os servidores terceirizados do Programa Saúde da Família (PSF) terão os seus direitos trabalhistas como o FGTS e INSS assegurados.

A reunião teve como objetivo resolver o impasse da situação dos profissionais que serão demitidos para que as vagas sejam ocupadas pelos novos servidores concursados. Os servidores terceirizados do PSF se encontram numa espécie de “limbo administrativo”, e estão regidos pelo TAC (Termo de Ajustamento de Conduta) firmado entre a prefeitura e o MPT (Ministério Público do Trabalho), expirado desde 2008. A promotora Rita Tourinho esclareceu que não há possibilidade jurídica de garantir o vínculo trabalhista dos servidores do PSF com o município sem concurso público. A diretoria do Sindsaúde-Ba considera a decisão do MPE um avanço, e questionou junto aos procuradores do município a possibilidade do pagamento do 13º salário e do 1/3 de férias dos servidores, referente ao ano de 2012. A representação jurídica da prefeitura salientou a impossibilidade legal diante da negativa do Tribunal de Contas do município. A vice-presidente do Sindsaúde-Ba, Tereza Deiró, cobrou do secretário da Seplag, a realização de concurso público para os agentes de portaria e da área administrativa que foram excluídos do último processo seletivo realizado pela prefeitura.

Sindsaúde apoia assembleia dos servidores da FESF dia 23/10 17/10/2012

Site: <http://www.sindsaudeba.org.br/conteudo.php?ID=324>

ANEXO II: Ficha para levantamento dos dados dos projetos de cooperação

Código: USF- Ano- Número

MUNICÍPIO:

DISTRITO:

UNIDADE:

ANO:

PERÍODO:

TEMAS:

TÍTULO:

OBJETIVO GERAL:

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

METODOLOGIA:

RESULTADOS:

DIFICULDADES:

PERSPECTIVAS: